



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015

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.....	4
CARTE D'IDENTITE.....	4
LES RESSOURCES DU COMITE.....	5
LE COREVIH AQUITAIN EN ACTION.....	7
ANIMATION ET IMPLICATION DU COMITE	7
COMMISSIONS	10
SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER	19
SON ORGANISATION.....	19
SES RESULTATS.....	22
Première partie : DONNÉES À L'INCLUSION.....	22
Deuxième partie : DONNÉES AU SÉRODIAGNOSTIC.....	33
Troisième partie : FILE ACTIVE 2015.....	44
CONCLUSION DU PRESIDENT.....	52
REMERCIEMENTS AUX ACTEURS IMPLIQUES	53

INTRODUCTION

Chaque année de fonctionnement a ses particularités en fonction du contexte et de l'évolution des moyens de lutte contre l'épidémie à VIH, sinon des volontés politiques.

2015 n'aura pas manqué de moments forts et de fils directeurs novateurs ou « déstabilisants » comme la préparation de la mise place de la PREP et la réflexion sur les réformes structurelles à venir avec la réforme territoriale.

En dehors de l'Assemblée des membres du Corevih, les deux regroupements des acteurs impliqués lors de la Journée de Périgueux et du colloque « Prison » de Bordeaux ont marqué cette année par la mobilisation constatée, l'intérêt des thématiques et les prolongements possibles en termes d'actions pour le futur.

Ce rapport montre bien l'importance du travail réalisé dans les différentes commissions, le nombre important d'acteurs impliqués, majoritairement non membres élus du Corevih...

L'évolution de la prise en charge de l'épidémie et des recommandations de plus en plus pragmatiques ont et auront plus encore dans les années à venir un impact dans les orientations des actions et méthodes de travail du Corevih.

Ceci commence à apparaître notamment dans les orientations des acteurs associatifs et professionnels avec toujours plus de moyens dans le dépistage et la prise en charge précoce, la prévention primaire, la lutte contre les ruptures de soin.

L'Aquitaine sur ce plan, au vu des chiffres produits dans ce rapport (comme les années précédentes d'ailleurs), obtient de bons scores en termes de prise en charge des patients mais reste encore aujourd'hui en attente d'une meilleure vision de l'amont épidémiologique sur le plan géographique et populationnel.

Sans doute, l'évolution des objectifs de la lutte contre l'épidémie dans le contexte de la mise en place de la PREP permettra-t-elle, avec l'abond de la Santé Sexuelle dans le cadre des CeGIDD mis en place en fin d'année, de mieux « coller » aux tendances observées sur le terrain.

Le Corevih a initié ou proposé cette année plusieurs travaux de recherche dans les domaines médicaux et socio-anthropologiques dont on espère l'aboutissement en 2016 (perdus de vue, abond de la santé sexuelle en médecine générale, qualité de vie...).

Dr Lacoste, Président du Corevih

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**mmunodéficiency **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		
CACIS	Bordeaux	3	CIDDIST	Bayonne	1

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

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			
SNIL	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.

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

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

Denis Lacoste	Coordinateur médical	0,1 ETP
Brigitte Naura	Secrétaire	1ETP
Isabelle Crespel	Coordinatrice 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	Interne en santé publique	1ETP

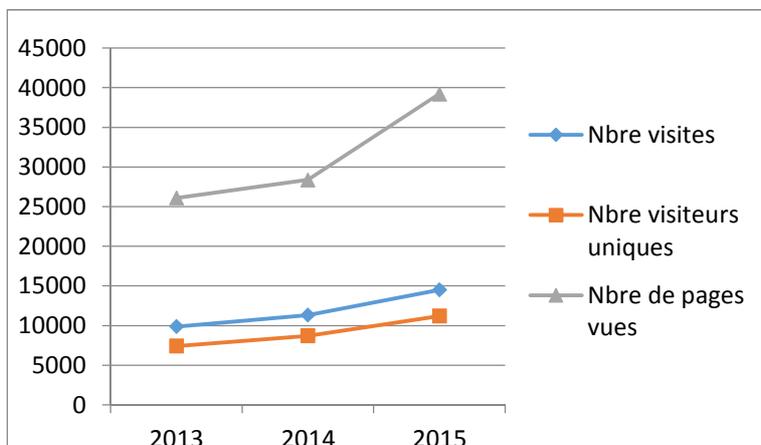
Le comité a et gère son site internet.

www.corevih-aquitane.org

14 493 visites
39 204 pages vues
11 201 visiteurs



Evolution de la fréquentation du site Internet 2013-2015



De 2013 à 2015, le nombre de visites a augmenté de 49%, le nombre de pages vues de 14% et le nombre de visiteurs uniques de 12%.

Les dotations du COREVIH sont issues du Fond d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS⁸.

Le compte de résultat simplifié est le suivant :

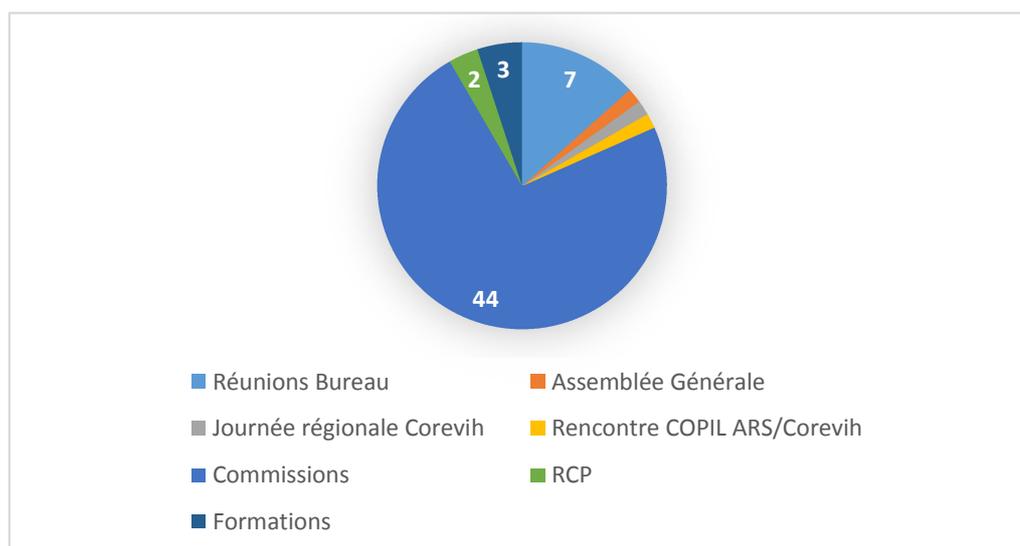
Intitulé	Charges (euros)	Produits (euros)
Dotation ARS (FIR)		800 000

Autre produit		1499
Charges Personnel Médical	148483	
Charges Personnel Non Médical	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	

LE COREVIH AQUITAIN EN ACTION

ANIMATION ET IMPLICATION DU COMITE

Les Activités du Corevih pour l'année 2015 se répartissent de la façon suivante :



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

- ⌘ 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 des grands événements : journée régionale et plénière annuelle.

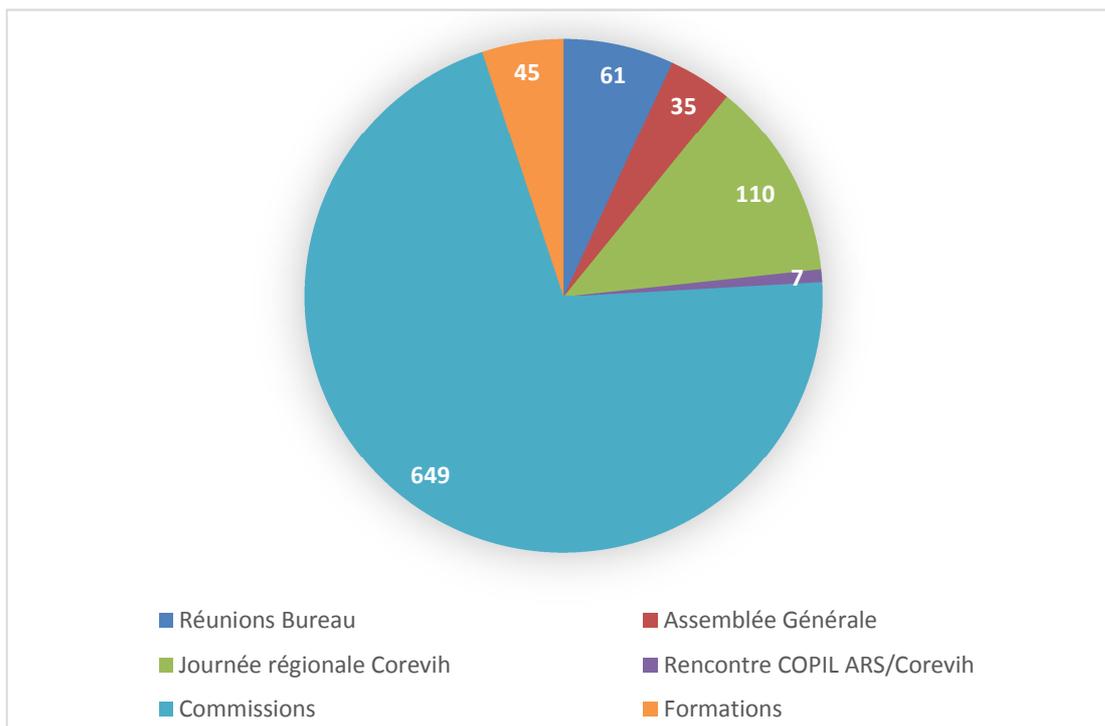
Ouverte aux titulaires comme aux suppléants (39% de participation cette année, 35 participants), **l'assemblée plénière annuelle du comité** a permis de faire le point sur l'activité générale, d'en présenter le bilan aux membres et de définir les contours des travaux à mettre en œuvre pour l'année à venir.

La **8ème journée régionale** s'est tenue à Périgueux. 110 acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH en Aquitaine ont pu se retrouver pour échanger autour des enjeux actuels :

- ⌘ La prise en charge des Hépatites
- ⌘ La « gestion » des perdus de vue
- ⌘ La mise en place des autotests et de la PreP
- ⌘ Les résultats de l'enquête sur la Syphilis
- ⌘ L'actualisation du rapport d'experts



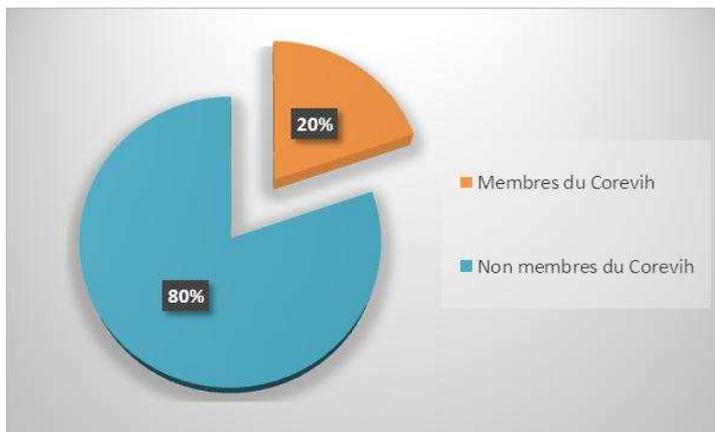
Nombre d'acteurs ayant participé aux activités du Corevih



En dehors des temps plénières, les acteurs sont fortement impliqués dans

l'ensemble des temps collectifs et principalement dans les différentes commissions thématiques. Au total **880 personnes** ont participé aux activités du Corevih Aquitaine.

Participation des membres et non membres aux activités du Corevih



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 de la prise en charge de cette épidémie (80% de participation de non membres 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-Corevih
- ⌘ Journée d'Echanges des Acteurs de la Lutte contre le SIDA (JEALS) et journées annuelles de la Société Française de Lutte contre le Sida



Co pilotage ARS /COREVIH

1 rencontre s'est déroulée le 12 Octobre 2015. Elle a permis d'acter le prolongement du mandat des membres du Corevih jusqu'au 1^{er} décembre 2016, de discuter du rôle du Corevih dans la réforme des CeGIDD.



CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles)

Pour l'instruction des projets CeGIDD, l'ARS avec l'aide de la DT 33 et du Corevih ont élaboré une grille de lecture pour la sélection des projets CeGIDD. L'ARS a reçu 10 projets CeGIDD. Le Corevih a participé à la Commission de sélection des candidatures des projets CeGIDD le 19 Décembre : 1 projet par territoire de santé a été retenu soit 6 projets en Aquitaine. Ils ont reçu leur habilitation fin décembre.

COMMISSIONS

PREVENTION/DEPISTAGE

Nom du pilote : **Dr Isabelle Bertrand-Salles**

Structures composant le groupe de travail : Conseils Généraux (24, 33, 47, 64), Services PMI (33, 24), CDAG CIDDIST, Cacis, 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, MFPF



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	<ul style="list-style-type: none">⇒ Effectuer un diagnostic de l'offre de dépistage⇒ Analyser la répartition de l'offre de dépistage et proposer des réponses adéquates⇒ Communiquer sur l'offre de dépistage⇒ Réaliser des échanges de pratiques entre acteurs de santé sexuelle autour de l'approche globale en santé sexuelle⇒ Elaborer le contenu et réaliser des formations TROD VIH/VHC

Résultats

- Recensement de l'offre de dépistage VIH/VHC, 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
- Définition de modalités pour l'organisation d'ateliers « santé sexuelle et dépistage VIH, hépatites, IST » auprès des professionnels intervenant dans l'accompagnement individuel et mise en place de ces ateliers sur 3 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
- 1 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

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions de commission : 3 pour 51 participations
Nombre de réunions partenaires pour l'offre de dépistage : 6 pour 90 participants
Nombre d'ateliers « santé sexuelle » : 3 pour 23 participants

TRAITEMENTS & RECHERCHE

Nom du pilote : **Dr Denis Lacoste**

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

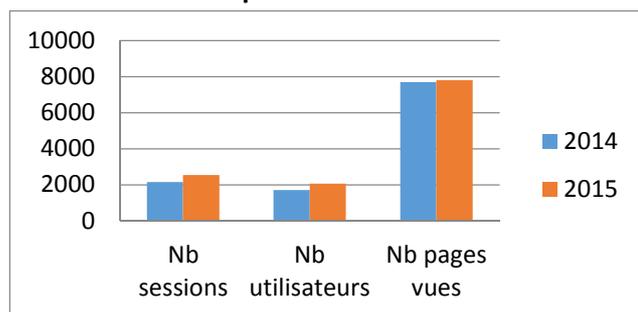
- Animation du groupe de travail « VIH Interact » par un pharmacien hospitalier (pharmaciens,



VIH-InterAct : interactions médicamenteuses

pharmacologues, cliniciens) Mise à jour du logiciel d'interactions médicamenteuses « VIH Interact » dans le cadre d'une convention avec le CREDIM : [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
- 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 QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions de commissions : 3 pour 24 participations

Nombre de RCP régionales: 2 pour 3 sites hospitaliers

Nombre de visites sur le site : 2548

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

EDUCATION THERAPEUTIQUE

Nom des pilotes : **Dr Isabelle Raymond et Mme Christiane Millien**

Structures composant le COPIL : C.H du Haut-Lévêque, AIDES, IREPS, CCECQA, PACE, COREVIH

Objectif principal	Améliorer les compétences des équipes ETP VIH en matière d'ETP
Objectifs spécifiques	Amener les équipes à interroger leurs représentations et à questionner leurs pratiques en ETP Permettre une culture commune autour de l'ETP Faciliter l'accès des patients aux programmes ETP

Résultats

- 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

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions du comité de pilotage : 3

Nombre de participants aux 2 journées : 54

Documents de promotion produits : 2



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 des actions la dimension « Grande Région »

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

- 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

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions préparatoires : 2 pour 23 participations

Nombre de participants au colloque : 137

Evaluation des participants : 98% des répondants estiment que le colloque a répondu à leurs attentes

Expériences innovantes

Perspectives 2016

- Poursuivre l'état des lieux qui s'était déroulé 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 du Limousin

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 charge conjointe Partager les outils et résultats de l'étude pour une meilleure connaissance des professionnels

Résultats

- 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'étude des facteurs associés à la rupture de suivi (RDS) chez les PVVIH en Aquitaine pour en estimer la fréquence
- Ecriture du protocole de l'étude qualitative de rupture de soins des PVVIH

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions : 5 pour 46 participations

Nombre de sites visités pour connaître leurs procédures de recherche des perdus de vue : 4

Estimation du nombre de perdus de vue en Aquitaine : 737



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 de VIH
- Diffusion de ces recommandations régionales auprès des services référents

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

- ➔ 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

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de formations : 1 auprès de 10 professionnels

Evaluation : 70% tout à fait satisfait des apports et des échanges

Perspectives 2016

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

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

Thématique de la commission : AES

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
- Définition de la méthodologie de travail d'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.

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions : 6

Nombre de participants : 49

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 ACTIVITES

1^{er} décembre



JOURNEE
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.

Formations

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

Conditions de vie/qualité de vie

2 réunions se sont déroulées au Corevih pr mettre en place un projet d'étude au niveau de la région en collaboration avec le COREVIH.

Appel à projets 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.

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 2016

- Formations « Actualisation des connaissances en matière de VIH/SIDA » des IDE scolaires de la Gironde
- Dans le cadre de l'appel à projets scientifique et médical de Sidaction, Diana Barger de l'ISPED va déposer un projet de thèse pour explorer les conditions de vie, qualité de vie des PVVIH de la Cohorte Aquitaine
- 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

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 2015.

- Unités participantes

Maladies Infectieuses, Médecine interne :

CHU de Bordeaux : N. BERNARD, F. BONNAL, 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, P. MERCIÉ, P. MORLAT, D. NEAU, A. OCHOA, I. PELLEGRIN, JL. PELLEGRIN, M. PILLOT-DEBELLEIX, T. PISTONE, I. RAYMOND, MC. RECEVEUR, J. ROGER-SCHMELTZ, L. SORIN, C. VALETTE, MA. VANDENHENDE, MO. VAREIL, JF. VIALARD, H. WILLE, G. WIRTH

Hôpital de Libourne : J. CECCALDI, S. DE WITTE, S. TCHAMGOUÉ

Hôpital d'Arcachon : A. DUPONT

Hôpital de Bayonne : F. BONNAL, S. FARBOS

Hôpital de Pau : V. GABORIEAU, E. MONLUN

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

Hôpital de Mont-de-Marsan : C. COURTAULT, M. FOISSAC

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

Hôpital de Villeneuve-sur-Lot : I. CHOSSAT

Hôpital de Périgueux : P. LATASTE, J. MARIE

Virologie : H. FLEURY, S. REIGADAS, P. TRIMOULET (*CHU Bordeaux*)

Immunologie : I. PELLEGRIN (*CHU Bordeaux*)

Pharmacovigilance : F. HARAMBURU, G. MIREMONT-SALAMÉ (*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'IVERNOIS et E. LENAUD (attachée de recherche clinique - COREVIH), F. DIARRA et B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA (attachés de recherche clinique - INSERM U1219)

- Gestion des données

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

- Traitement des données

F. LEMAREC et J. MOURALI (INSERM U1219)

En 2015, 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, 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 Foéto 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 ARPEGE™ 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 régulièrement 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 2015.

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 **9 661 patients** inclus jusqu'au 31 décembre 2015 et pour lesquels on disposait à cette date de **298 790 observations** cumulées.

Un patient sur cinq est inclus dans un hôpital général, soit 2 042 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, **1 729 patients** étaient déjà au stade SIDA (**SIDA prévalents**). **1 732 patients** sont passés au stade SIDA au cours de leur suivi et sont donc des cas de **SIDA incidents**.

232 patients infectés par le VIH ont été nouvellement inclus en 2015 dans les services participants. Parmi eux, 36 étaient des découvertes de séropositivité dans l'année.

Au 31 décembre 2015, environ **300 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 2015**.

2 644 décès ont été recensés de manière cumulée au 31 décembre 2015, dont 33 au cours de l'année 2015.

Les 18 tableaux et 10 graphiques suivants permettent une description générale de l'ensemble des patients inclus et de la file active 2015 selon les principales caractéristiques socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques. Les tendances au cours du temps sont en général présentées sur les 20 dernières années, de 1996, année d'introduction des multithérapies hautement actives, à 2015.

Tableau 1. Evolution des inclusions, des files actives et des décès au cours du temps, 1996-2015

	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	2 619	82
1999	313	2 779	59
2000	264	2 851	52
2001	218	2 923	71
2002	244	3 090	68
2003	228	3 123	56
2004	320	3 333	58
2005	308	3 577	68
2006	238	3 630	56
2007	208	3 750	55
2008	209	3 843	54
2009	233	3 919	57
2010	288	4 056	55
2011	210	4 151	44
2012	194	4 192	47
2013	145	4 117	40
2014	396	4 216	41
2015	232	3 907	33

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

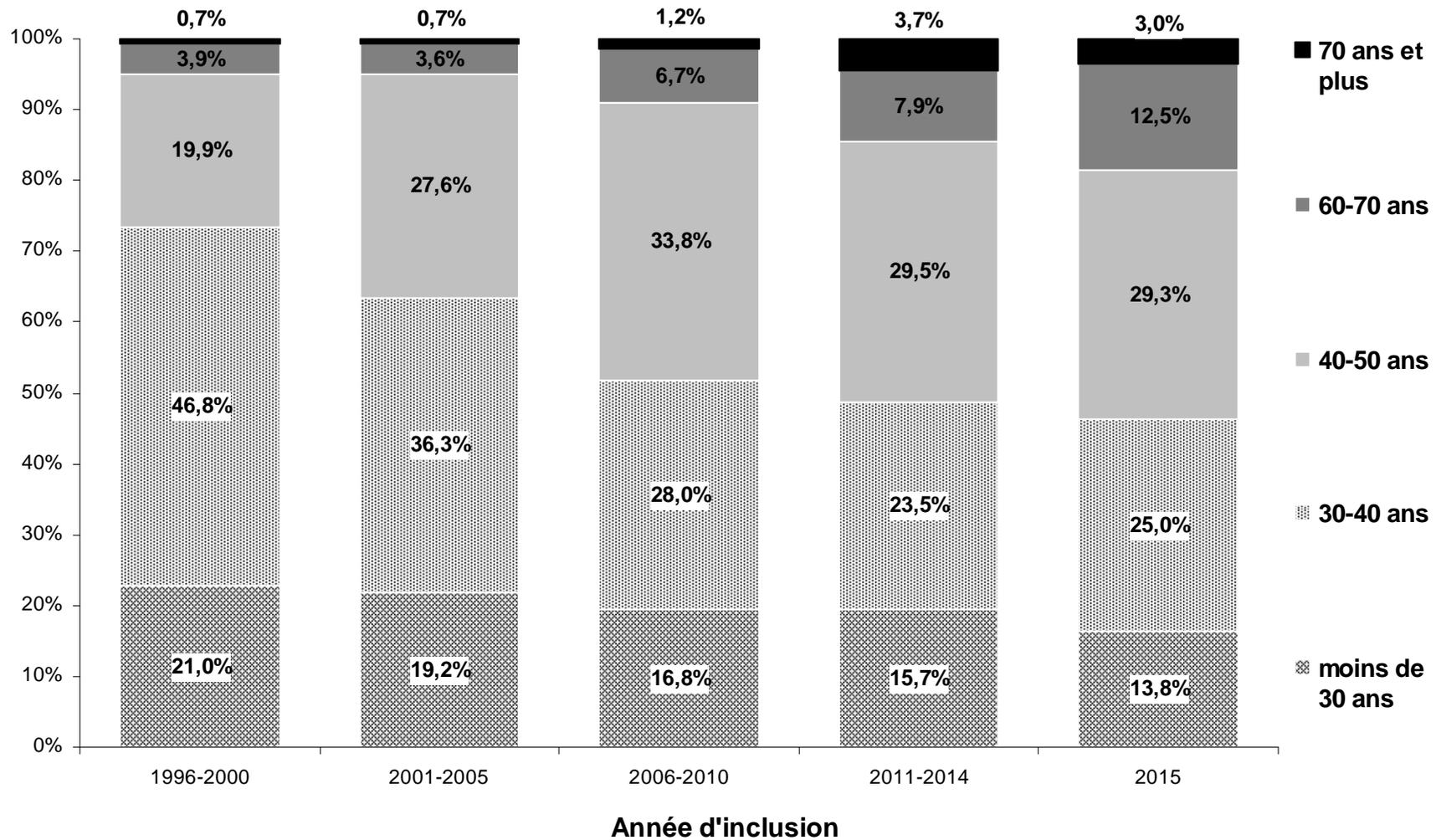
2009 : début des inclusions à l'hôpital de Pau

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)

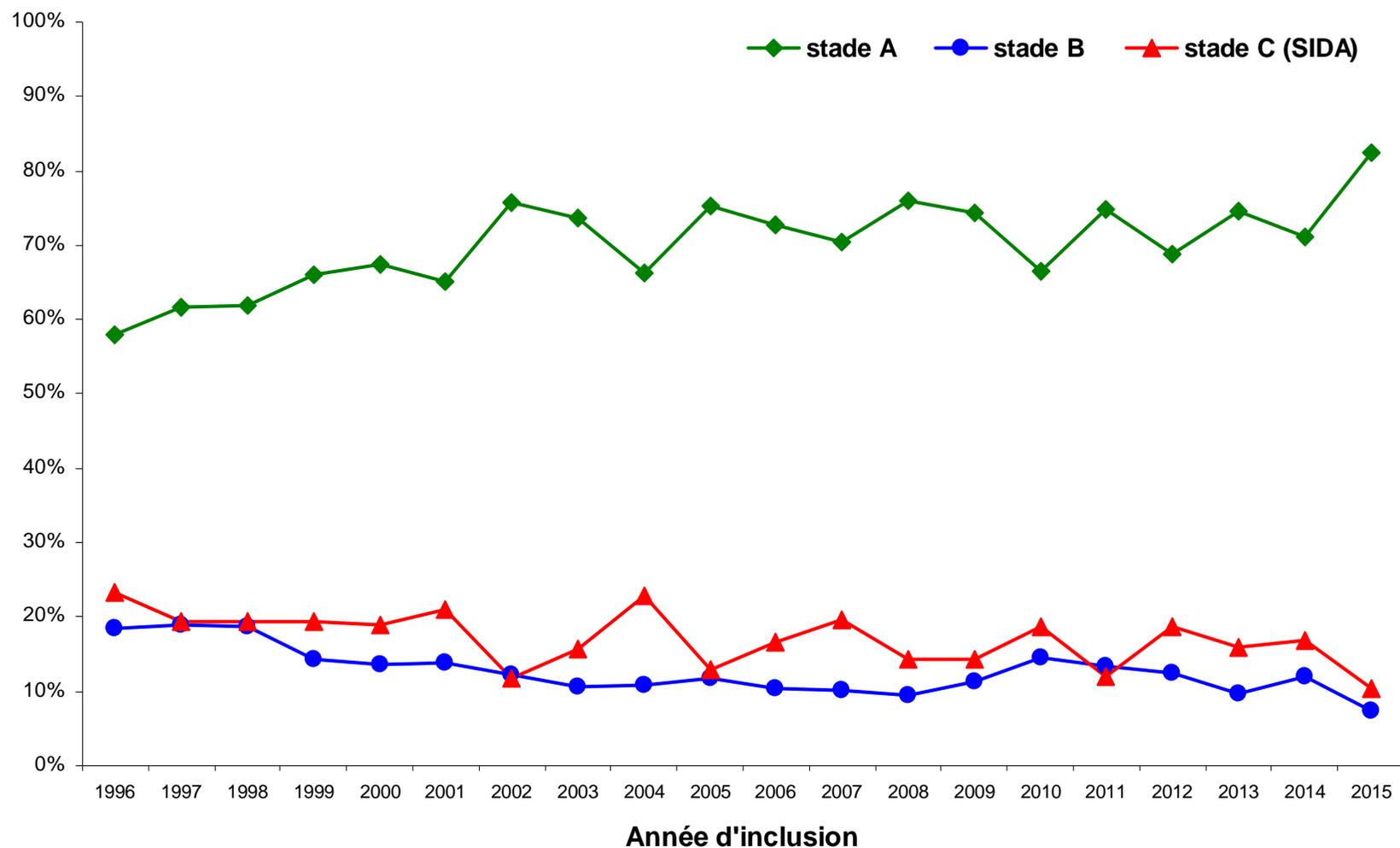
Tableau 2. Caractéristiques des sujets à l'inclusion selon les périodes d'inclusion (N = 9 661)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2014	2015	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1405 (100)	2924 (100)	1661 (100)	1318 (100)	1176 (100)	945 (100)	232 (100)	9661 (100)
Sexe								
Homme	1005 (71,5)	2198 (75,2)	1268 (76,3)	949 (72,0)	846 (71,9)	700 (74,1)	170 (73,3)	7136 (73,9)
Femme	399 (28,4)	725 (24,8)	393 (23,7)	369 (28,0)	327 (27,8)	244 (25,8)	62 (26,7)	2519 (26,1)
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 (15,7)	32 (13,8)	2801 (29,0)
30-39	422 (30,0)	1161 (39,7)	777 (46,8)	478 (36,3)	329 (28,0)	222 (23,5)	58 (25,0)	3447 (35,7)
40-49	141 (10,0)	408 (14,0)	330 (19,9)	364 (27,6)	398 (33,9)	279 (29,5)	68 (29,3)	1988 (20,6)
50-59	69 (4,9)	164 (5,6)	130 (7,8)	166 (12,6)	158 (13,4)	186 (19,7)	38 (16,4)	911 (9,4)
60-69	21 (1,5)	79 (2,7)	65 (3,9)	48 (3,6)	79 (6,7)	75 (7,9)	29 (12,5)	396 (4,1)
70 et plus	15 (1,1)	27 (0,9)	11 (0,6)	9 (0,7)	14 (1,2)	35 (3,7)	7 (3,0)	118 (1,2)
Mode de contamination								
Homo-bisexualité	425 (30,2)	1018 (34,8)	650 (39,1)	533 (40,4)	514 (43,7)	393 (41,6)	102 (44,0)	3635 (37,6)
Toxicomanie IV	564 (40,1)	869 (29,7)	328 (19,7)	131 (9,9)	100 (8,5)	82 (8,7)	8 (3,5)	2082 (21,6)
Homo-bisexualité/toxicom. IV	31 (2,2)	54 (1,8)	11 (0,7)	10 (0,8)	6 (0,5)	2 (0,2)	1 (0,4)	115 (1,2)
Hétérosexualité	194 (13,8)	671 (23,0)	520 (31,3)	534 (40,5)	468 (39,8)	391 (41,4)	99 (42,7)	2878 (29,8)
Transfusion	107 (7,6)	150 (5,1)	40 (2,4)	20 (1,5)	12 (1,0)	8 (0,8)	1 (0,4)	338 (3,5)
Hémophilie	42 (3,0)	28 (1,0)	5 (0,3)	6 (0,5)	-	-	-	81 (0,8)
Mère-enfant	-	-	3 (0,2)	12 (0,9)	15 (1,3)	11 (1,2)	1 (0,4)	42 (0,4)
Accident d'exposition au VIH	-	3 (0,1)	-	5 (0,4)	7 (0,6)	2 (0,2)	1 (0,4)	18 (0,2)
Indéterminé	42 (3,0)	131 (4,5)	104 (6,3)	67 (5,1)	57 (4,6)	56 (5,9)	19 (8,2)	472 (4,9)
Stade de l'infection								
A	966 (68,8)	1860 (63,6)	1038 (62,5)	939 (71,2)	844 (71,8)	680 (72,0)	191 (82,3)	6518 (67,5)
B	208 (14,8)	502 (17,2)	284 (17,1)	155 (11,8)	134 (11,4)	114 (12,1)	17 (7,3)	1414 (14,6)
C (SIDA)	231 (16,4)	562 (19,2)	339 (20,4)	224 (17,0)	198 (16,8)	151 (16,0)	24 (10,3)	1729 (17,9)

Graphique 1. Evolution de la distribution de l'âge à l'inclusion selon la période d'inclusion, 1996-2015



Graphique 2. Evolution de la distribution des stades cliniques de l'infection à l'inclusion selon l'année d'inclusion, 1996-2015



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stade A	266	214	173	207	178	142	185	168	212	232	174	147	159	172	191	157	132	108	282	192
Stade B	85	66	52	45	36	30	30	24	35	36	25	21	20	26	42	28	24	14	48	17
Stade C/SIDA	107	67	54	61	50	46	29	36	73	40	40	41	30	33	54	25	36	23	67	24

Tableau 3a. Caractéristiques des sujets de sexe masculin à l'inclusion selon les périodes d'inclusion (N = 7 136)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2014	2015	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1005 (100)	2198 (100)	1268 (100)	949 (100)	846 (100)	700 (100)	170 (100)	7136 (100)
Age (en années)								
<30	490 (48,8)	744 (33,8)	228 (18,0)	142 (15,0)	124 (14,7)	103 (14,7)	21 (12,4)	1852 (26,0)
30-39	322 (32,0)	905 (41,2)	603 (47,6)	338 (35,6)	223 (26,4)	150 (21,4)	37 (21,8)	2578 (36,1)
40-49	121 (12,0)	341 (15,5)	274 (21,6)	293 (30,9)	299 (35,3)	209 (29,9)	53 (31,2)	1590 (22,3)
50-59	51 (5,1)	129 (5,9)	103 (8,1)	138 (14,5)	118 (13,9)	148 (21,1)	30 (17,6)	717 (10,0)
60-69	13 (1,3)	62 (2,8)	53 (4,2)	30 (3,2)	71 (8,4)	60 (8,6)	23 (13,5)	312 (4,4)
70 et plus	8 (0,8)	17 (0,8)	7 (0,5)	8 (0,8)	11 (1,3)	30 (4,3)	6 (3,5)	87 (1,2)
Mode de contamination								
Homo-bisexualité	424 (42,2)	1017 (46,3)	650 (51,3)	533 (56,2)	511 (60,4)	392 (56,0)	102 (60,0)	3629 (50,8)
Toxicomanie IV	363 (36,1)	602 (27,4)	241 (19,0)	95 (10,0)	61 (7,2)	65 (9,3)	5 (2,9)	1432 (20,1)
Homo-bisexualité/toxicom. IV	31 (3,1)	54 (2,5)	11 (0,8)	10 (1,1)	6 (0,7)	2 (0,3)	1 (0,6)	115 (1,6)
Hétérosexualité	68 (6,8)	327 (14,9)	252 (19,9)	233 (24,6)	215 (25,4)	184 (26,3)	45 (26,5)	1324 (18,5)
Transfusion	50 (5,0)	83 (3,8)	22 (1,7)	9 (0,9)	3 (0,4)	6 (0,9)	-	170 (2,4)
Hémophilie	39 (3,9)	25 (1,1)	5 (0,4)	5 (0,5)	-	-	-	74 (1,0)
Mère-enfant	-	-	1 (0,1)	5 (0,5)	6 (0,7)	3 (0,4)	1 (0,6)	19 (0,3)
Accident d'exposition au VIH	-	2 (0,1)	-	3 (0,3)	5 (0,6)	1 (0,1)	-	11 (0,2)
Indéterminé	30 (3,0)	88 (4,0)	86 (6,8)	56 (5,9)	39 (4,6)	47 (6,7)	16 (9,4)	362 (5,1)
Stade de l'infection								
A	680 (67,7)	1344 (61,1)	782 (61,7)	655 (69,0)	605 (71,5)	505 (72,2)	137 (80,6)	4708 (66,0)
B	148 (14,7)	387 (17,6)	208 (16,4)	111 (11,7)	90 (10,6)	82 (11,7)	12 (7,1)	1038 (14,5)
C (SIDA)	177 (17,6)	467 (21,2)	278 (21,9)	183 (19,3)	151 (17,9)	113 (16,1)	21 (12,3)	1390 (19,5)

Tableau 3b. Caractéristiques des sujets de sexe féminin à l'inclusion selon les périodes d'inclusion (N = 2 519)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2014	2015	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	399 (100)	725 (100)	393 (100)	369 (100)	327 (100)	244 (100)	62 (100)	2519 (100)
Age (en années)								
<30	246 (61,7)	340 (47,0)	120 (30,5)	111 (30,1)	74 (22,6)	44 (18,0)	11 (17,7)	946 (37,6)
30-39	100 (25,1)	256 (35,3)	174 (44,3)	140 (37,9)	104 (31,8)	72 (29,5)	21 (33,9)	867 (34,4)
40-49	20 (5,0)	67 (9,2)	56 (14,2)	71 (19,2)	98 (30,0)	70 (28,7)	15 (24,2)	397 (15,8)
50-59	18 (4,5)	35 (4,8)	27 (6,9)	28 (7,6)	40 (12,2)	38 (15,6)	8 (12,9)	194 (7,7)
60-69	8 (2,0)	17 (2,3)	12 (3,1)	18 (4,9)	8 (2,4)	15 (6,1)	6 (9,7)	84 (3,3)
70 et plus	7 (1,8)	10 (1,4)	4 (1,0)	1 (0,3)	3 (0,9)	5 (2,0)	1 (1,6)	31 (1,2)
Groupe de contamination								
Toxicomanie IV	201 (50,4)	267 (36,8)	87 (22,1)	36 (9,7)	39 (11,9)	17 (7,0)	3 (4,8)	650 (25,8)
Hétérosexualité	126 (31,5)	345 (47,6)	268 (68,2)	301 (81,6)	253 (77,4)	207 (84,8)	54 (87,2)	1554 (61,7)
Transfusion	57 (14,3)	67 (9,3)	18 (4,6)	11 (3,0)	9 (2,7)	4 (1,6)	1 (1,6)	167 (6,6)
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 (2,1)	-	23 (0,9)
Accident d'exposition au VIH	-	1 (0,1)	-	2 (0,5)	2 (0,6)	1 (0,4)	1 (1,6)	7 (0,3)
Indéterminé	12 (3,0)	42 (5,8)	18 (4,6)	11 (3,0)	15 (4,6)	10 (4,1)	3 (4,8)	111 (4,4)
Stade de l'infection								
A	285 (71,4)	515 (71,0)	256 (65,1)	284 (77,0)	237 (72,5)	175 (71,7)	54 (87,1)	1806 (71,7)
B	60 (15,1)	115 (15,9)	76 (19,3)	44 (11,9)	44 (13,4)	32 (13,1)	5 (8,1)	376 (14,9)
C (SIDA)	54 (13,5)	95 (13,1)	61 (15,5)	41 (11,1)	46 (14,1)	37 (15,2)	3 (4,8)	337 (13,4)

Tableau 4. Evolution du taux de lymphocytes CD4 (en cellules/mm³) à l'inclusion* selon la période d'inclusion (N = 9 661)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2014	2015	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1405 (100)	2924 (100)	1661 (100)	1319 (100)	1175 (100)	945 (100)	232 (100)	9661 (100)
Taux de CD4 non renseigné	750 (53,4)	1117 (38,2)	91 (5,5)	205 (15,6)	167 (14,2)	325 (34,4)	66 (28,4)	2722 (28,2)
< 50	72 (11,0)	282 (15,6)	153 (9,7)	65 (5,8)	48 (4,8)	11 (1,8)	1 (0,6)	630 (9,3)
[50-200[	101 (15,4)	422 (23,4)	338 (21,5)	184 (16,5)	140 (13,9)	54 (8,7)	6 (3,6)	1241 (18,3)
[200-350[	122 (18,6)	391 (21,6)	337 (21,5)	231 (20,8)	197 (19,5)	110 (17,7)	22 (13,3)	1389 (20,5)
[350-500[	143 (21,8)	313 (17,3)	328 (20,9)	248 (22,3)	252 (25,0)	131 (21,1)	36 (21,7)	1424 (21,0)
≥ 500	217 (33,2)	399 (22,1)	414 (26,4)	383 (34,6)	371 (36,8)	314 (50,6)	101 (60,8)	2108 (31,0)
Total	655 (100)	1807 (100)	1570 (100)	1113 (100)	1008 (100)	620 (100)	166 (100)	6939 (100)
Moyenne	408	321	369	425	447	538	608	401
Ecart-type	288	271	275	281	286	293	297	288
Médiane	379	277	335	395	415	502	578	367
Intervalle interquartile	187-573	103-468	164-513	223-573	249-586	330-699	394-779	184-559
Etendue	2-1620	1-2530	1-2057	2-2750	1-2571	3-1806	7-2180	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

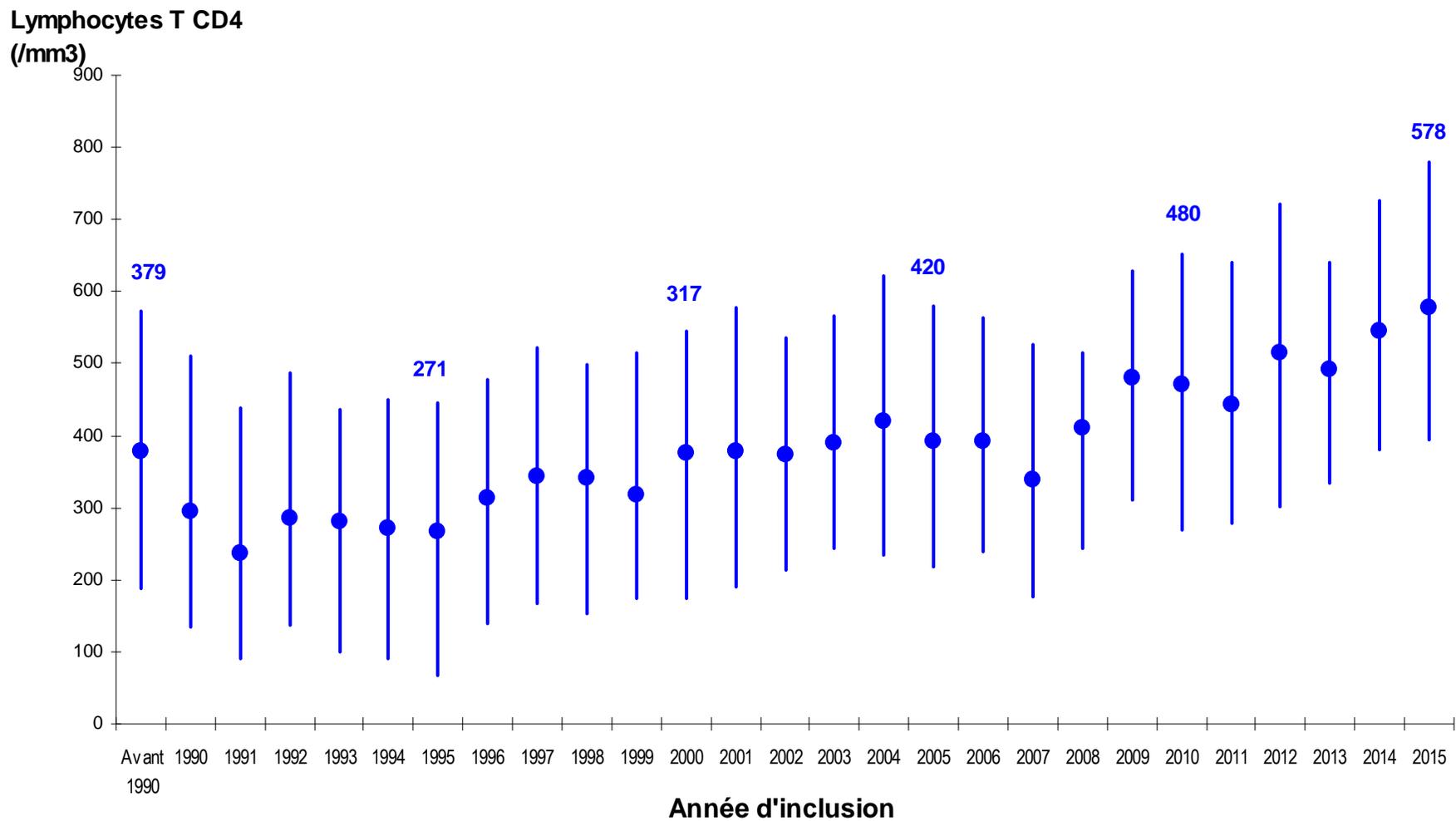
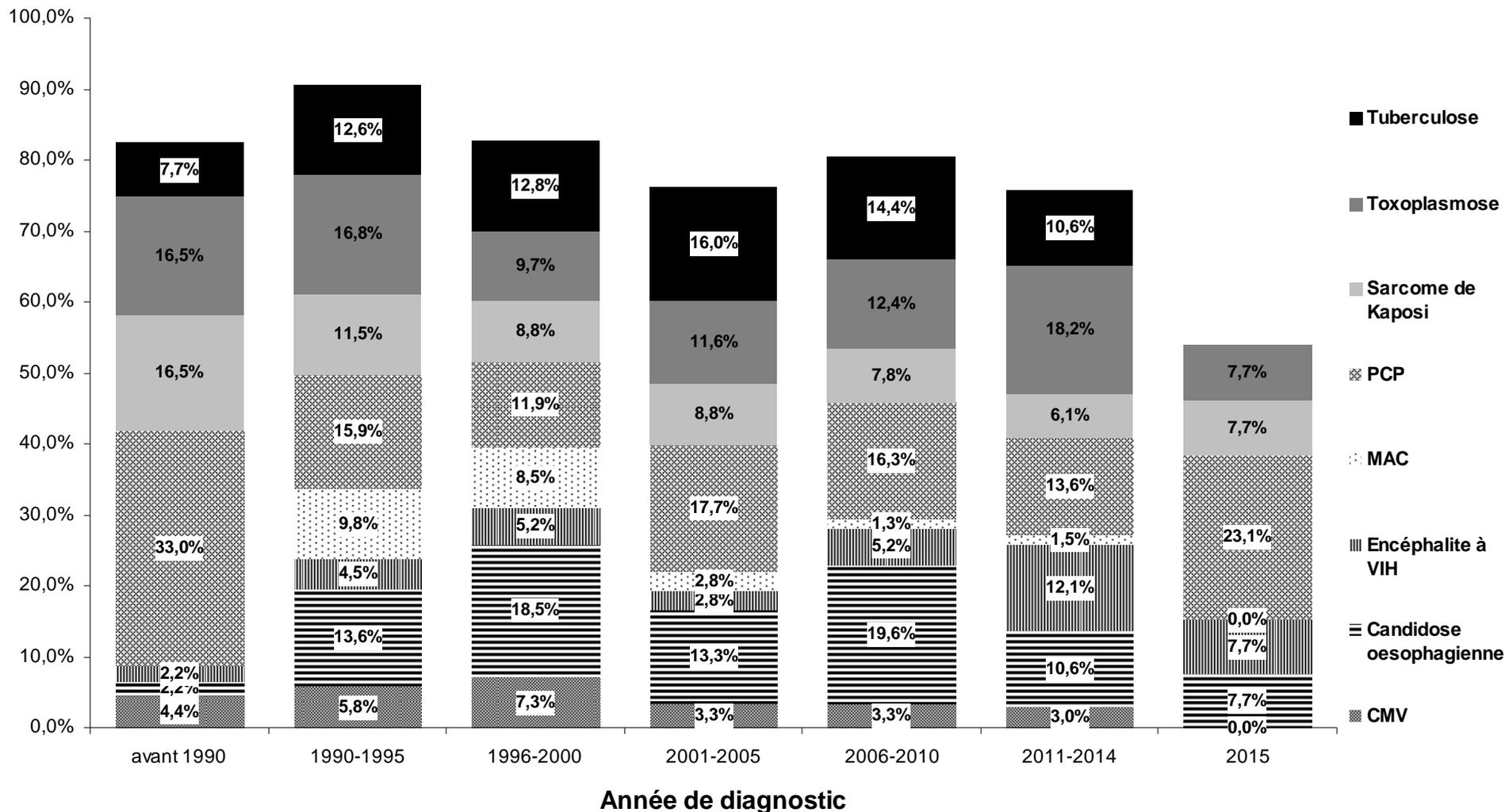


Tableau 5. Evolution de la charge virale plasmatique en copies/mm³ à l'inclusion selon la période d'inclusion

	< 1990*	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2014	2015	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1405 (100)	2924 (100)	1661 (100)	1318 (100)	1176 (100)	945 (100)	232 (100)	9661 (100)
Charge Virale non renseignée	1405 (100)	2919 (99,8)	397 (23,9)	277 (21,0)	180 (15,3)	343 (36,3)	63 (27,2)	5584 (57,8)
< 50			70 (5,5)	231 (22,8)	351 (35,2)	353 (58,6)	123 (72,8)	1028 (27,7)
[50-10000]		4 (80,0)	509 (40,3)	368 (33,6)	240 (24,1)	109 (18,1)	31 (18,3)	1261 (30,9)
> 10000		1 (20,0)	685 (54,2)	442 (43,5)	405 (40,7)	140 (23,3)	15 (8,9)	1688 (41,4)
Total		5 (100)	1264 (100)	1041 (100)	996 (100)	602 (100)	169 (100)	4077 (100)
Moyenne			133937	122123	150149	84935	70286	124860
Ecart-type			512331	514042	702400	496476	771255	574987
Médiane			14000	4909	1953	<40	<20	3404
Intervalle interquartile			<1000-93400	101-55379	<40-58209	<20-6800	<10-74	<50-54815
Etendue			<20->9999999	<20-7698000	<10->9999999	<10-6543000	<10-10000000	<10-10000000

*Mesure de la charge virale non disponible
5 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



Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N*	126	56	58	40	49	40	36	40	32	33	34	33	29	33	24	21	25	10	10	13

* nombre total de patients passés au stade SIDA entre 1996 et 2015

Deuxième partie : DONNÉES AU SÉRODIAGNOSTIC

36 sujets nouvellement diagnostiqués séropositifs pour le VIH en 2015 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 5:1. Leur âge médian est 37,6 ans (intervalle interquartile : 30,6 - 41,6 ans). 23 patients (63,9%) ont moins de 40 ans au diagnostic de l'infection par le VIH et ils sont 32 (88,9%) à avoir moins de 50 ans.

29 patients (80,6%) sont originaires de France et 4 (11,1%) sont d'Afrique sub-Saharienne.

34 patients (94,4%) résident en Aquitaine et 31 (86,1%) ont été pris en charge dans leur département de domicile.

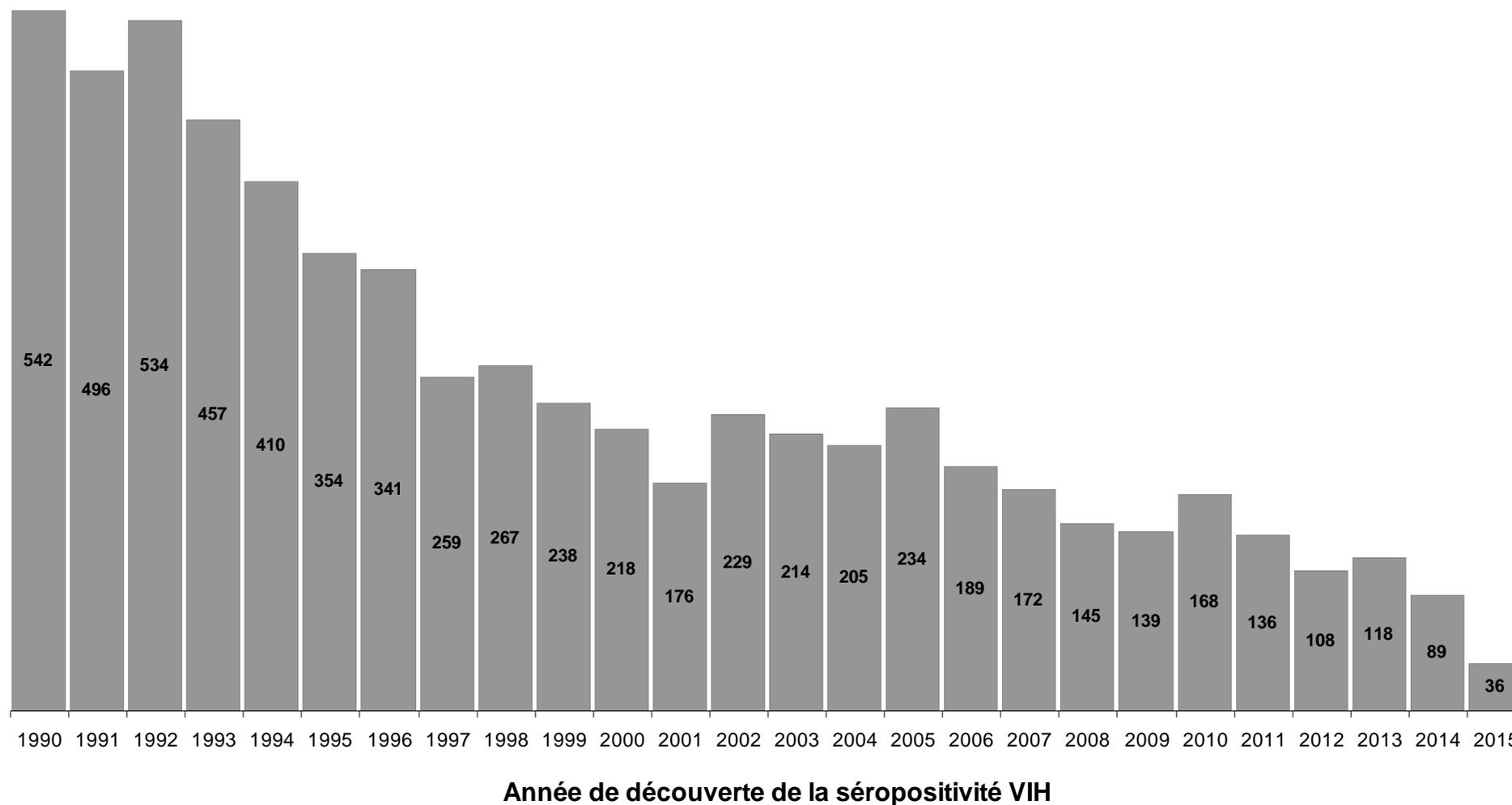
Pour 25 patients (69,4%), le test à l'origine de la découverte de la séropositivité a été prescrit par un médecin généraliste. Les CDAG/CIDDIST ont adressé 3 (8,3%) séropositifs nouvellement diagnostiqués en 2015 pour une prise en charge hospitalière.

Un contact homosexuel est à l'origine de la contamination par le VIH pour 23 patients (63,9%) ; 11 patients (30,6%) se sont contaminés par voie hétérosexuelle.

La majorité des patients nouvellement diagnostiqués en 2015 était à un stade asymptomatique de l'infection (32 patients au stade A). Pour 2 patients (5,6%), la découverte de l'infection par le VIH s'est faite à un stade plus avancé (stade C / SIDA).

La recherche de l'Ag HBs et des anticorps anti-VHC ont pu être faites dès l'inclusion pour 31 et 34 patients respectivement. Pour 2 patients, elle s'est révélée positive pour l'antigénémie HBs et 5 patients a présenté une sérologie VHC positive.

Graphique 5. Evolution des sujets inclus selon l'année de découverte de la séropositivité VIH* (N = 9 661)

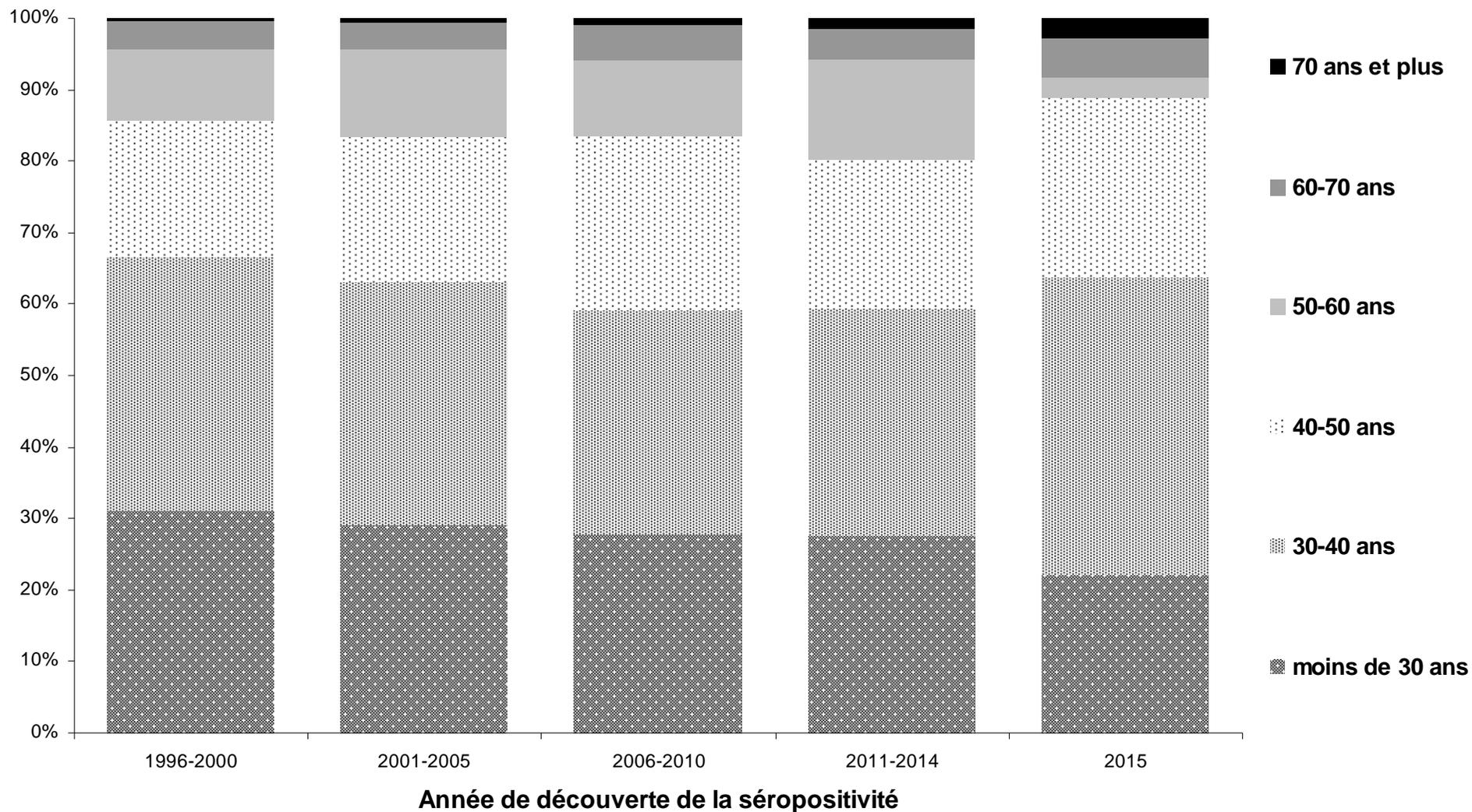


* 3187 patients diagnostiqués avant 1990

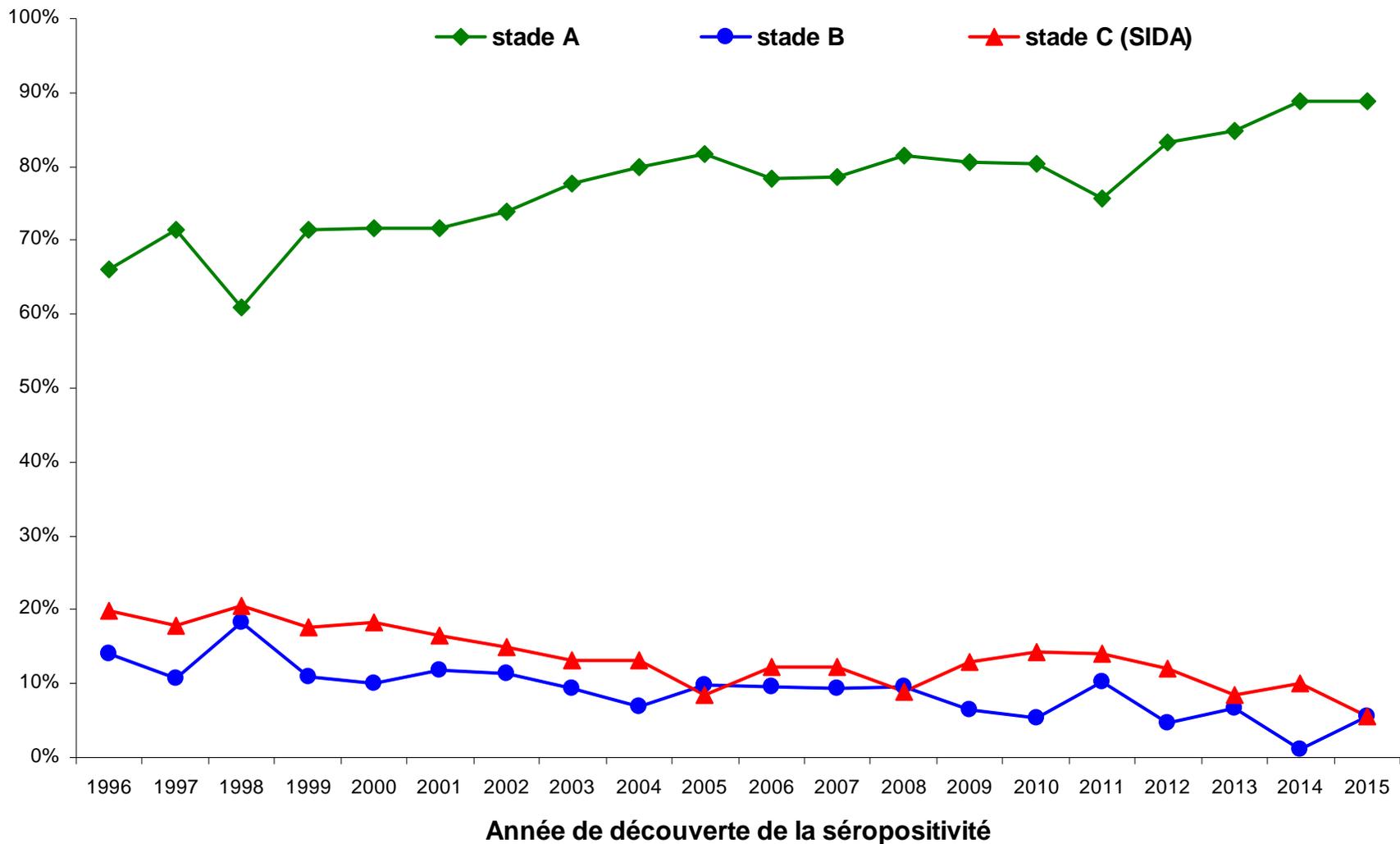
Tableau 6. Caractéristiques des sujets selon la période de de découverte de la séropositivité VIH (N = 9 661)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2014	2015	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	3187 (100)	2793 (100)	1323 (100)	1058 (100)	813 (100)	451 (100)	36 (100)	9661 (100)
Sexe								
Homme	2334 (73,2)	2090 (74,8)	1001 (75,7)	737 (69,7)	608 (74,8)	336 (74,5)	30 (83,3)	7136 (73,9)
Femme	850 (26,7)	702 (25,1)	322 (24,3)	321 (30,3)	204 (25,1)	114 (25,3)	6 (16,7)	2519 (26,1)
Transgenre	3 (0,1)	1 (<0,1)	-	-	1 (0,1)	1 (0,2)	-	6 (<0,1)
Age au diagnostic (en années)								
<30	2075 (65,1)	1226 (43,9)	413 (31,2)	308 (29,1)	226 (27,8)	125 (27,7)	8 (22,2)	4381 (45,3)
30-39	734 (23,0)	921 (33,0)	468 (35,4)	360 (34,0)	256 (31,5)	143 (31,7)	15 (41,7)	2897 (30,0)
40-49	236 (7,4)	387 (13,8)	255 (19,3)	214 (20,2)	198 (24,3)	94 (20,8)	9 (25,0)	1393 (14,4)
50-59	101 (3,2)	163 (5,8)	129 (9,7)	129 (12,2)	85 (10,5)	63 (14,0)	1 (2,8)	671 (7,0)
60-69	25 (0,8)	69 (2,5)	51 (3,9)	39 (3,7)	41 (5,0)	19 (4,2)	2 (5,5)	246 (2,5)
70 et +	16 (0,5)	27 (1,0)	7 (0,5)	8 (0,8)	7 (0,9)	7 (1,6)	1 (2,8)	73 (0,8)
Mode de contamination								
Homo-bisexualité	957 (30,0)	1072 (38,4)	554 (41,9)	428 (40,4)	379 (46,6)	222 (49,2)	23 (63,9)	3635 (37,5)
Toxicomanie IV	1368 (42,9)	532 (19,1)	122 (9,2)	36 (3,4)	15 (1,8)	9 (2,0)	-	2082 (21,6)
Homo-bisexualité/toxicom. IV	72 (2,3)	25 (0,9)	9 (0,7)	5 (0,5)	3 (0,4)	1 (0,2)	-	115 (1,2)
Hétérosexualité	438 (13,7)	839 (30,0)	528 (39,9)	511 (48,3)	359 (44,2)	192 (42,6)	11 (30,5)	2878 (29,8)
Transfusion	157 (4,9)	144 (5,2)	21 (1,5)	12 (1,1)	1 (0,1)	3 (0,7)	-	338 (3,5)
Hémophilie	76 (2,4)	3 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	-	-	-	81 (0,9)
Mère-enfant	20 (0,6)	14 (0,5)	5 (0,4)	3 (0,3)	-	-	-	42 (0,4)
Accident d'exposition au VIH	2 (0,1)	4 (0,1)	1 (0,1)	5 (0,5)	4 (0,5)	2 (0,4)	-	18 (0,2)
Indéterminé	97 (3,1)	160 (5,7)	82 (6,2)	57 (5,4)	52 (6,4)	22 (4,9)	2 (5,6)	472 (4,9)
Stade de l'infection à l'inclusion								
A	1922 (60,3)	1829 (65,5)	899 (67,9)	816 (77,1)	648 (79,7)	372 (82,5)	32 (8,8)	6518 (67,5)
B	609 (19,1)	432 (15,5)	173 (13,1)	104 (9,8)	66 (8,1)	28 (6,2)	2 (5,6)	1414 (14,6)
C (SIDA)	656 (20,6)	532 (19,0)	251 (19,0)	138 (13,1)	99 (12,2)	51 (11,3)	2 (5,6)	1729 (17,9)

Graphique 6. Evolution de la distribution de l'âge au diagnostic selon l'année de découverte de la séropositivité VIH, 1996-2015



Graphique 7. Evolution de la distribution des stades cliniques à l'inclusion selon l'année de découverte de la séropositivité VIH, 1996-2015



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stade A	225	185	163	170	156	126	169	166	164	191	148	135	118	112	135	103	90	100	79	32
Stade B	48	28	49	26	22	21	26	20	14	23	18	16	14	9	9	14	5	8	1	2
Stade C/SIDA	68	46	55	42	40	29	34	28	27	20	23	21	13	18	24	19	13	10	9	2

Graphique 8. Prescripteur à l'origine du test de dépistage selon la période de découverte de la séropositivité VIH (N = 9 661)

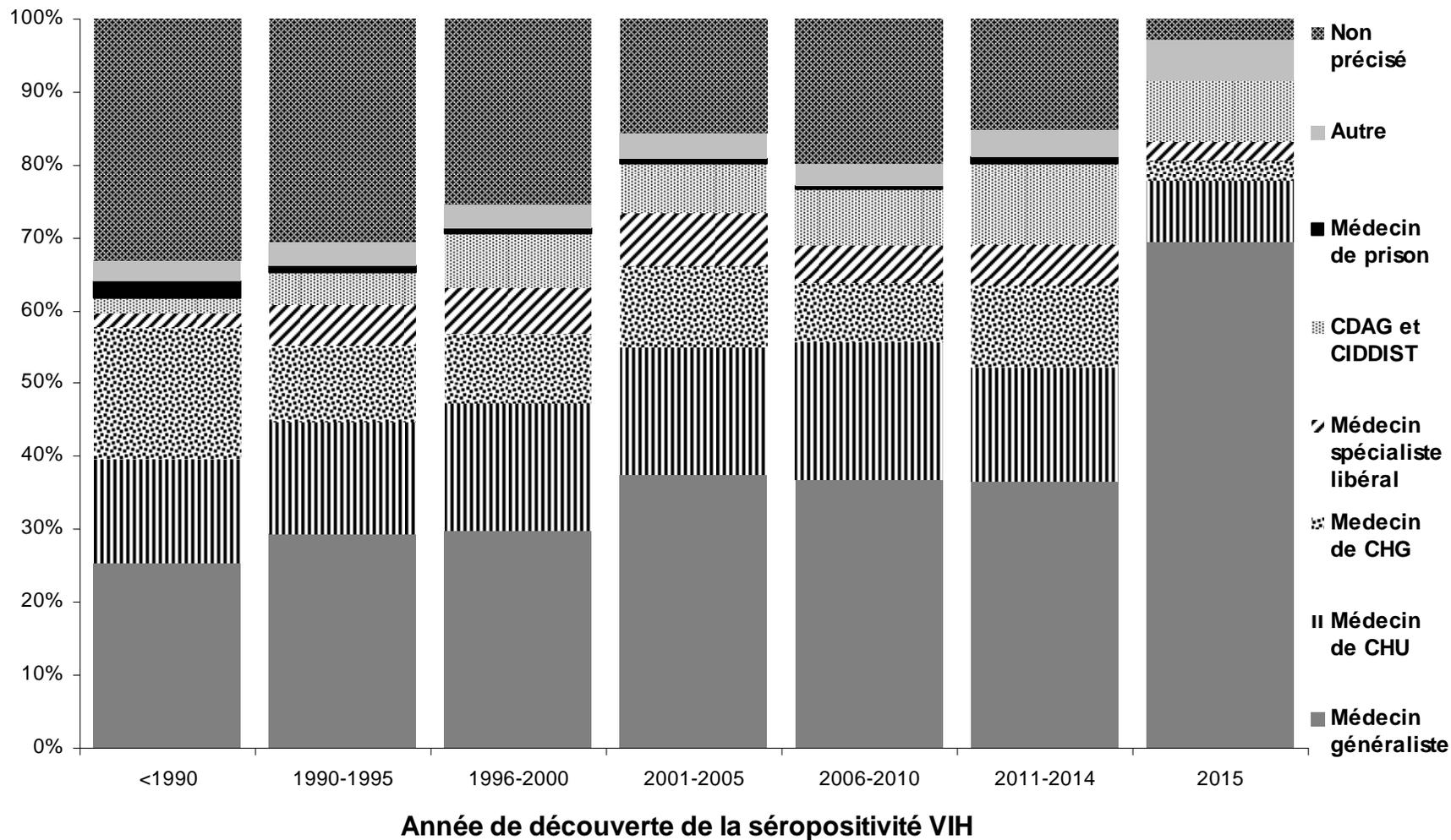


Tableau 7a. Répartition des sujets de sexe masculin par mode de contamination selon l'âge au moment de la découverte de la séropositivité VIH (N = 7 136)

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	1349 (37,2)	1266 (34,9)	674 (18,6)	243 (6,7)	76 (2,1)	21 (0,6)	3629 (100,0)	33,1
Toxicomanie IV	996 (69,6)	393 (27,4)	38 (2,7)	5 (0,3)	-	-	1432 (100,0)	27,4
Homo/bisexualité et toxicomanie IV	71 (61,7)	32 (27,8)	10 (8,7)	2 (1,8)	-	-	115 (100,0)	28,3
Hétérosexualité	330 (24,9)	428 (32,3)	306 (23,1)	184 (13,9)	62 (4,7)	14 (1,1)	1324 (100,0)	37,8
Hémophilie	55 (74,3)	12 (16,2)	1 (1,4)	4 (5,4)	2 (2,7)	-	74 (100,0)	18,7
Transfusion	34 (20,0)	28 (16,5)	42 (24,7)	30 (17,6)	26 (15,3)	10 (5,9)	170 (100,0)	44,6
Mère enfant	19 (100,0)	-	-	-	-	-	19 (100,0)	naissance
AES*	6 (54,5)	4 (36,4)	1 (9,1)	-	-	-	11 (100,0)	24,0
Indéterminé	96 (26,5)	100 (27,6)	84 (23,2)	48 (13,3)	28 (7,7)	6 (1,7)	362 (100,0)	38,6
Total	2956 (41,5)	2263 (31,7)	1156 (16,2)	516 (7,2)	194 (2,7)	51 (0,7)	7136 (100,0)	32,1

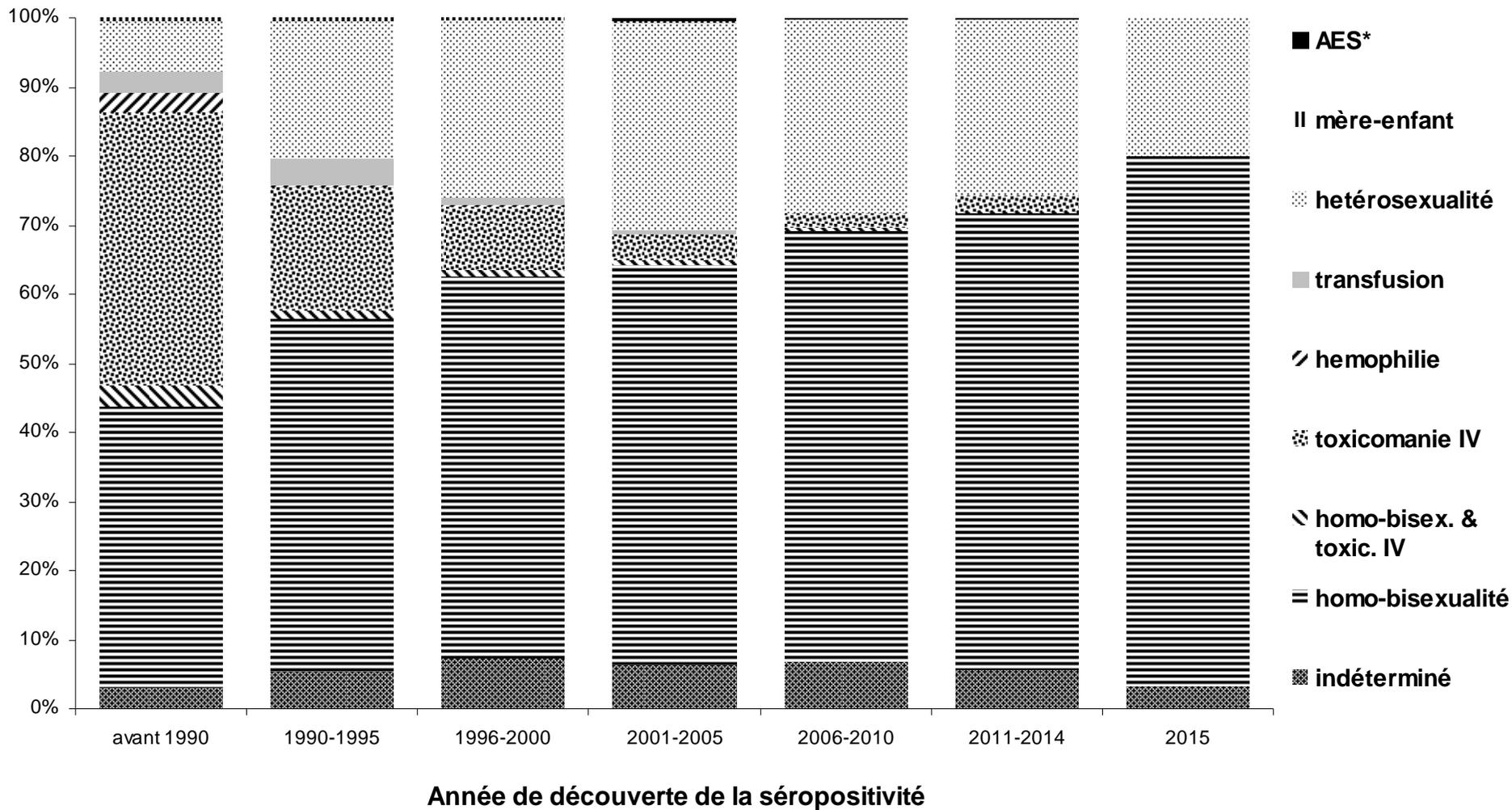
* AES : accident d'exposition au sang et sexuelle

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 = 2 519)

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	501 (77,1)	138 (21,2)	9 (1,4)	2 (0,3)	-	-	650 (100,0)	26,2
Hétérosexualité	797 (51,3)	3424 (27,3)	188 (12,1)	108 (6,9)	32 (2,1)	5 (0,3)	1554 (100,0)	29,7
Hémophilie*	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	-	7 (100,0)	24,1
Transfusion	41 (24,6)	44 (26,3)	23 (13,8)	30 (18,0)	16 (9,6)	13 (7,8)	167 (100,0)	38,8
Mère-enfant	23 (100,0)	-	-	-	-	-	23 (100,0)	naissance
AES**	3 (42,9)	1 (14,2)	-	3 (42,9)	-	-	7 (100,0)	28,7
Indéterminé	52 (46,8)	26 (23,4)	15 (13,5)	11 (9,9)	3 (2,7)	4 (3,6)	111 (100,0)	30,8
Total	1420 (56,4)	634 (25,2)	236 (9,4)	155 (6,1)	52 (2,0)	22 (0,9)	2519 (100,0)	28,6

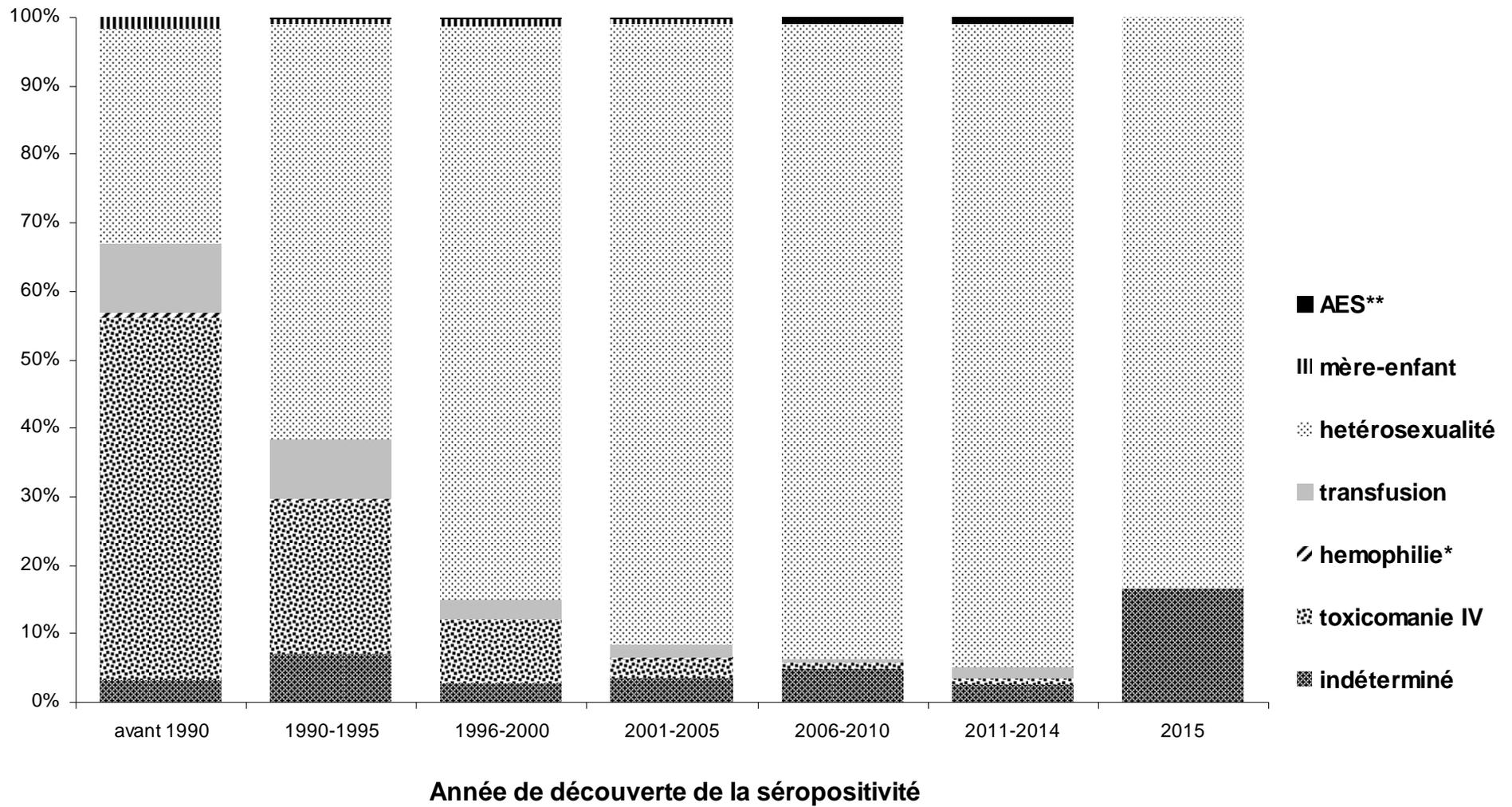
* femmes atteintes de la maladie de Willebrand ; ** AES : accident d'exposition au sang et sexuelle

Graphique 9a. Evolution des modes de contamination des sujets de sexe masculin selon l'année de découverte de la séropositivité VIH (N = 7 136)



* 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 (N = 2 519)



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

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 ou avec un taux de CD4 < 350/mm ³ ⁽¹⁾	Inclus dans les 12 mois suivants, au stade SIDA ou avec un taux de CD4 < 200/mm ³ ⁽²⁾
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
< 1990	3187	1111 (34,9)	159 (14,3)	129 (11,6)	211 (19,0)
1990-1995	2793	1553 (55,6)	258 (16,6)	337 (21,7)	522 (33,6)
1996-2000	1323	766 (57,9)	135 (17,6)	243 (31,7)	386 (50,4)
2001-2005	1058	687 (64,9)	84 (12,2)	167 (24,3)	277 (40,3)
2006-2010	813	523 (64,3)	58 (11,1)	127 (24,3)	217 (41,5)
2011-2014	451	313 (69,4)	27 (8,6)	48 (15,3)	94 (30,0)
2015	36	36 (100,0)	2 (5,6)	4 (11,1)	8 (22,2)
Total	9661	4989 (51,6)	723 (14,5)	1055 (21,1)	1715 (34,4)

(1) stade avancé

(2) stade tardif

Troisième partie : FILE ACTIVE 2015

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 2015

3 907 patients dont 232 nouveaux inclus ont été suivis dans les services participants au système d'information hospitalier entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015. Ce qui représente un total de 10 362 contacts hospitaliers dans l'année.

La durée médiane de l'infection depuis la séropositivité pour les patients de cette file active 2015 est de 17,4 années ; intervalle interquartile : 9,6 - 23,7 années. Plus de 99% des patients suivis en 2015 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.

Causes de décès en 2015

33 patients sont décédés en 2015. Deux d'entre eux (6,1%) étaient au stade A à leur décès, 13 (39,4%) au stade B et 18 (54,5%) au stade C/SIDA.

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

Parmi ces 33 patients, six étaient co-infectés par le virus de l'hépatite C et aucun ne l'était par le virus de l'hépatite B.

Données médico-économique en 2015

En 2015, pour une file active de 3 907 patients, le nombre des recours hospitaliers s'élève à 10 362 et les consultations (57,7%) 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 - 8 jours) pour 527 hospitalisations dans l'année ; 26 (4,9%) des patients hospitalisés le restent plus d'un mois (tableau 13).

Tableau 9a. File active 2015. Caractéristiques socio-démographiques des patients à la dernière visite (N = 3 907)

Caractéristiques socio-démographiques	N (%)
Sexe	
Homme	2801 (71,7)
Femme	1104 (28,3)
Transgenre	2 (<0,1)
Age (en années)	
< 15	1 (<0,1)
15 - 29	144 (3,7)
30 - 39	430 (11,0)
40 - 49	1089 (27,9)
50 - 59	1479 (37,8)
60 - 69	542 (13,9)
70 et plus	222 (5,7)
Mode de contamination	
Homo/bisexualité	1607 (41,1)
Usage de drogue par voie intraveineuse	505 (12,9)
Homo/bisexualité et toxicomanie IV	24 (0,6)
Hétérosexualité	1439 (36,8)
Hémophilie	21 (0,6)
Transfusion	70 (1,8)
Mère enfant	29 (0,8)
AES*	13 (0,3)
Indéterminé	199 (5,1)
Origine géographique**	
France	3240 (83,1)
Afrique sub-saharienne	416 (10,7)
Europe de l'Est	26 (0,7)
Europe (autres)	86 (2,2)
Caraïbes	13 (0,3)
Afrique du Nord	58 (1,5)
Asie	33 (0,8)
Autres	28 (0,7)
Femmes et Grossesse	
Femmes	1104 (100,0)
Grossesses	39 (3,5)

* AES : accident d'exposition au sang et sexuelle ; ** 7 données manquantes

Tableau 9b. File active 2015. Consommations de produits addictifs des patients à la dernière visite (N = 3 907)

Caractéristiques au dernier suivi	N (%)
Consommation de tabac (N = 3 449)	
Non fumeurs	936 (27,2)
Fumeurs actuels	1588 (46,0)
Anciens fumeurs	925 (26,8)
Consommation d'alcool (N = 3 213)	
Non "buveurs"	517 (16,1)
"Buveurs" actuels	1869 (58,2)
Anciens "buveurs"	827 (25,7)
Buveurs actuels (N = 296)	
Moins de 4 verres par jour	205 (69,2)
4 à 8 verres par jour	73 (24,7)
Plus de 8 verres par jours	18 (6,1)
Consommation de drogues (N = 1 159)	
Pas de drogues	295 (25,5)
Utilisation actuelle de drogues	412 (35,5)
Anciens drogués	452 (39,0)
Consommation de produits psycho-actifs (N = 19)	
Produits injectables	19 (100,0)
Produits non injectables	8 (42,1)

Tableau 9c. File active 2015. Caractéristiques cliniques des patients à la dernière visite (N = 3 907)

Caractéristiques cliniques	N (%)
Délai depuis la séropositivité	
< 3 mois	7 (0,2)
[3 mois – 1 an[	58 (1,5)
[1 – 3 ans[	181 (4,6)
[3 – 5 ans[	216 (5,5)
[5 – 10 ans[	570 (14,6)
[10 – 15 ans[	625 (16,0)
[15 – 20 ans[	669 (17,1)
≥ 20 ans	1581 (40,5)
Stade de l'infection	
A	2192 (56,1)
B	890 (22,8)
C (SIDA)	825 (21,1)
Passage au stade SIDA*	13 (0,4)
Sérologie VHC (recherche Ac anti-VHC)	
Patients ayant eu une recherche	3624 (92,8)
Ac anti-VHC positifs	649 (17,0)
Sérologie VHC (recherche de l'ARN du VHC)	
Patients ayant eu une recherche**	716 (19,8)
ARN VHC positif	308 (43,0)
Sérologie VHB (recherche Ag HBs)	
Patients ayant eu une recherche	3639 (93,1)
Ag HBs Positif	154 (4,2)

* passage au stade SIDA en 2015 parmi les patients asymptomatiques ; ** Recherche d'ARN du VHC parmi les patients ayant eu une recherche des Ac anti-VHC

Tableau 9d. File active 2015. Traitement antirétroviral (ARV) et paramètres viro-immunologiques des patients à la dernière visite (N = 3 907)

Traitements ARV et paramètres viro-immunologiques	N	(%)
Traitements ARV		
Non traités par ARV	25	(0,6)
Traités par ARV	3882	(99,4)
Moins de 6 mois	154	(4,0)
6 mois et plus	3728	(96,0)
Taux de lymphocytes CD4 (en cellules/mm³)		
Patients ayant eu une mesure dans les 6 mois	3442	(88,1)
< 200	138	(4,0)
[200 – 500[	944	(27,4)
≥ 500	2360	(68,6)
Charge virale VIH (en copies/mL)		
Patients ayant eu une mesure dans les 6 mois	3256	(83,3)
< 50	2957	(90,8)
[50 – 10000]	230	(7,1)
> 10000	69	(2,1)

Tableau 10. File active 2015. 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 = 3275)	(N = 145)	(N = 22)
Taux de CD4/mm ³ médian [EIQ]	635 [460 - 849]	524 [287 - 737]	572 [426 - 699]
Taux de CD4 ≥ 500/mm ³ (%)	2268 (69,2)	79 (54,5)	13 (59,1)
	(N = 3096)	(N = 138)	(N = 22)
Charge virale copies/ml [EIQ]	<40 [<20 - <40]	<40 [<40 - 983]	1022 [<20 - 3677]
Charge virale < 50 copies/ml (%)	2877 (92,9)	72 (52,2)	8 (36,4)

Tableau 11. Principales causes de décès en 2015 (N = 33 patients)

	N*	(%)
Pathologies classant SIDA		
PCP	2	6,1
Toxoplasmose cérébrale	1	3,0
Encéphalite à VIH	1	3,0
Autres causes		
Cancers non classant	15	45,4
Pathologie broncho-pulmonaire	7	21,2
Pathologie cardiovasculaire	4	12,1
Insuffisance hépatocellulaire	4	12,1
Suicide	1	3,0

* plusieurs causes possibles pour un même patient (3 patients ont 3 pathologies simultanément au décès et 7 patients en ont 2)

Tableau 12. File active 2015 : Répartition des recours hospitaliers par mode de prise en charge

	CHU	CHG	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Consultations	4255 (51,9)	1729 (80,0)	5984 (57,7)
Hospitalisations complètes	430 (5,2)	97 (4,5)	527 (5,1)
Hospitalisations de jour	2037 (24,8)	92 (4,3)	2129 (20,5)
Autres			
Hépto-Gastroentérologie	246 (3,0)	41 (1,9)	287 (2,8)
Cardiologie	222 (2,7)	25 (1,2)	247 (2,4)
Néphrologie	116 (1,4)	13 (0,6)	129 (1,2)
Proctologie	90 (1,1)	1 (<0,1)	91 (0,9)
Cancérologie	73 (0,9)	16 (0,7)	89 (0,9)
Dermatologie	66 (0,8)	17 (0,8)	83 (0,8)
Diabétologie-Endocrinologie	57 (0,7)	24 (1,1)	81 (0,8)
Rhumatologie	64 (0,8)	7 (0,3)	71 (0,7)
Gynécologie	48 (0,6)	9 (0,4)	57 (0,6)
Pneumologie	39 (0,5)	10 (0,8)	49 (0,5)
Autres spécialités	21 (0,3)	12 (0,6)	33 (0,3)
Nouvelles extérieures*	437 (5,3)	68 (3,1)	505 (4,9)
Total	8201 (100,0)	2161 (100,0)	10362 (100,0)

* en dehors des services participants

Tableau 13. File active 2015 : Distribution de la durée de séjour en hospitalisation complète selon le stade clinique de l'infection (N = 527)

Durée d'hospitalisation (en jours)	Stade clinique de l'infection*						Total	
	Stade A		Stade B		Stade C		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
0-30	155	(94,5)	125	(96,2)	221	(94,8)	501	(95,1)
< 8	121		98		159		378	
8 - 14	21		18		35		74	
15 - 21	10		4		17		31	
22 - 30	3		5		10		18	
31 - 60	7	(4,3)	5	(3,8)	8	(3,4)	20	(3,8)
> 60	2	(1,2)	-		4	(1,7)	6	(1,1)
Total	164	(31,1)	130	(24,7)	233	(44,2)	527	(100,0)
Moyenne (en jours)	9		7		9		8	
Ecart-type	16		9		18		15	
Médiane(en jours)	5		4		4		4	
Espace Inter-quartile	2 - 8		2 - 7		1 - 9		2 - 8	
Minimum-Maximum	1 - 134		1 - 47		1 - 203		1 - 203	

* Classification CDC 1993

CONCLUSION

Cette année 2015 aura si besoin était confirmé le rôle nécessaire du Corevih en région.

La dynamique de travail autour des commissions, les contacts avec les différents acteurs et les structures partenaires de différents territoires illustrent encore bien cette année la nécessité de veiller au maillage régional et aux relais territoriaux indispensables. Si toutes les actions ne peuvent être déclinées, les plus utiles et valorisées doivent pouvoir profiter au maximum de partenaires (exemple des ateliers santé sexuelle).

La réforme territoriale qui se profile va bien évidemment poser des problèmes de cet ordre.

La mise en place des CeGIDD et la place à trouver pour le Corevih dans l'accompagnement de ces structures en lien avec l'ARS va être une des actions phares en 2016 compte tenu des enjeux majeurs : Santé Sexuelle, IST, PREP, dépistage...

Le Corevih va sans doute devoir s'impliquer plus avant dans des formations, associé ou non à d'autres structures agréées, au vu des demandes de formation des acteurs professionnels ou non.

Enfin, de vraies questions fondamentales vont se poser dans les deux années qui viennent autour de la représentativité des membres élus et de leur implication, de l'insertion dans le tissu médico-social et politique du Corevih et de ses actions.

Pour cela les moyens humains de cette équipe doivent être au minimum conservés et les liens avec les décideurs (ARS...) maintenus voire renforcés.

Dr Lacoste, Président du Corevih

REMERCIEMENTS AUX ACTEURS IMPLIQUES

STRUCTURE	NOM PRENOM	STRUCTURE	NOM PRENOM
AIDES/COREVIH	BOUHIER Frédéric	CEID BORDEAUX	DELILE Jean Michel
AIDES	BOURSIER Céline		REILLER Brigitte
	BROUARD Anthony	CEID BEARN	HENROTIN Jean Philippe
	CASTET John	CH BOURGES	JULIEN Joëlle
	COQUELIN Vincent	CH DAX	CAUNEGRE Laurence
	GRANDHAYE Pascale		GERARD Yann
	GUENON Claudie		MORA Marie Pascale
	JACOUX Quentin	CH LANGON	HOSTYN Véronique
	LEBARBANCHON Sophie	CH LIBOURNE	BONNET Céline
	MILLIEN Christiane		EYQUARD Fabienne
	MONSEGU Karine		FERRAND Hélène
	PENAVAYRE Gilles		TCHAMGOUE Serge
	SEINE Raphael		DUMOULIN Xavier
	APHP PARIS	SALMON Dominique	CH MONT DE MARSAN	LASBASSES-DEPIS Claudine
ARS	BARATCHART Béatrice	CH PERIGUEUX	JEHANNIN Pascale
	BESSON Marie		LATASTE Philippe
	DEBELLEIX Marie	CH PERPIGNAN	BOUCHKIRA Hakim
	LEFEVRE Sophie	CHU BORDEAUX	BEREAU Justine
	MURAT Philippe		BONNET Fabrice
	RABAU Fabienne		CALDATO Sabrina
	VALADIE JEANNEL martine		CAZANAVE Charles
ARS 47	HERVY Catherine		DAGUSET Murielle
ARS 40	LAYLLE Nadège		DE LEDINGHEN Victor
ARS 64	PEREZ Daniel		DUSABE GRETTE Eliane
CACIS	BLAZY Isabelle		ESQUER Catherine
	MAUNOURY Mélanie		FAURE Isabelle
CCECQA	PARTHENAY Anouck		FERAY Isabelle
CD 33	BERTRAND SALLES Isabelle		FORT Patrick
	LE HEN Isabelle		GARCIA Sophie
CD 47	ANXIONNAZ Franck		GREIB Carine
	CAPPIELLO Annie		HESSAMFAR Mojgan
CDAG Agen	HERPE Françoise		

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 Gratianna
	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'IVERNOSIS 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 ET PENITENTIAIRE DE BAPAUME	CHAMPENOIS Karen
GAPS CPS	VERNET M.
	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
MFPF	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 AQUITAIN	MORALES Corinne
	NOUIOUAT Ridha
SIDACTION	VALLET-PAPATHEDOROU Nathalie
	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