

ASSEMBLEE GENERALE DU COREVIH AUVERGNE-LOIRE

29 mai 2012

Saint-Galmier (42)

ORDRE DU JOUR :

- Présentation des données épidémiologiques : nouveaux dépistés - Déclarations obligatoires SIDA
 - Présentation et validation du rapport d'activité et du règlement intérieur
 - Présentation des commissions et implications des membres du COREVIH

VIH et PRECARITE/VULNERABILITE

Rappel sur les actions déjà réalisées sur ce thème

- **Accès aux soins :**
Vincent Bourgin (AS PASS)
- **Précarité et hébergement :**
Claire Faure (DDCS) dispositif d'hébergement et de logement accompagné

PRESENTS :

Dr Anne FRESARD (CHU St-Etienne), Dr Christine JACOMET (CHU Clermont-Fd), Dr Claire GUGLIELMINOTTI (CHU St-Etienne), (CHU Clermont-Fd), M. Michel COLLS (ACTIS), Mme Fabienne GELAS (AIDES), Mme Frédérique LABRO-GOUBY (CH Issoire), M. FAISAN (CISS RHONE-ALPES), Dr Florence GOURDON (CHU Clermont-Fd), Dr Cécile HENQUELL (CHU Clermont-Fd), M. Jean-Luc POURTIER (CPAM), Mme Loriane VETIER (CHU Clermont-Fd), M. Bruno CAMPOY (ACTIS), M. Louis CROS (Chrétiens et Sida), Mme Martine CELLE (CHU St-Etienne), Dr Thomas BOURLET (CHU St-Etienne), M. Pascal DESSENNE (Relais Santé Clermont-Fd), Mme Agnès DANIEL (AIDES) M. Mabrouk NEKAA (inspection académique de la Loire), M. Marc HERTZLER (Dispensaire Emile Roux), Mme ZENASNI-ESSADEK (CHU St-Etienne), M. Vincent BOURGIN (PASS CHU St-Etienne), Mme Claire FAURE (DDCS), Véronique RONAT (COREVIH Auvergne-Loire), Dilek COBAN (COREVIH Auvergne-Loire) Juliette BERTHOT (COREVIH Auvergne-Loire)

EXCUSES :

M. Grégory VOLLE, Dr Jean PERRIOT Dr Christophe JULIEN, Mme Chantal CUER, Dr CAZORLA, Dr LUTZ, Dr BILLIEMAZ, Dr VARLET, Mme DAJOUX, M. BEDIAT, Mme BESSON, Dr DEFONTAINE, Mme BORGIA, Dr GUYOT-LENAT, Dr REGEARD, M. CAMBAU, M. SAURET, Dr TEMPELHOFF, Dr NAVARRO, M. LANGLOIS, M. BASTARD, Dr LESENS, Pr LUCHT, Pr POZZETTO, Dr GARRAUD, Mme AMBLARD, Mme SABER AMOLI, Dr Marie-France, Dr REGEARD, Mme PONS, Dr POZZETTO, Dr SIMATIS, Dr PERREVE, Dr LUCHT, Dr NEHME, Dr ANTONIOTTI, M. VITIGLIANO, M. DEPALLE, Dr VARLET

**Afin de rendre compte au mieux du contenu de la réunion,
les documents présentés ou cités par les différents intervenants
ont été insérés informatiquement.**

Veillez cliquer sur les liens (en bleu) afin de pouvoir y accéder.

15h00 : Début de réunion.

▪ Présentation des données épidémiologiques
Dr Anne Frésard

Comme chaque année, cette assemblée générale est l'occasion de présenter et valider le rapport d'activités annuel du Corevih. Un état des lieux avec présentation des actions phares du Corevih ayant déjà été effectué par Christine JACOMET lors de la dernière assemblée de février ([consulter CR](#)), il ne semble pas nécessaire de revenir sur ce qui a été dit.

Néanmoins, un retour sur le [bilan épidémiologique](#) et les façons de l'améliorer à l'avenir s'avère pertinent (Anne Frésard). En effet, une analyse en profondeur n'a pas pu être effectuée cette année, en raison notamment des délais très courts impartis à la rédaction de ce bilan.

Les personnes nouvellement dépistées : il est important de souligner qu'une très grande majorité des nouvelles contaminations (85%) est masculine, dont les $\frac{3}{4}$ ont été contaminés par voie homosexuelle.

Dans la Loire, il est à noter qu' $\frac{1}{4}$ des nouveaux patients est d'origine africaine, ce qui soulève certaines difficultés à la prise en charge, notamment sociales. Ce phénomène est assez constant, St-Etienne ayant un tissu social et religieux traditionnellement riche pour l'accueil des nouveaux migrants.

Le dépistage en général est plus précoce que les années précédentes, néanmoins, $\frac{1}{3}$ des patients sont encore dépistés en deçà de 250 CD4, induisant une mise immédiate sous traitement.

Anne Frésard présente ensuite un spécimen de [déclaration obligatoire](#) du VIH, révisé en 2011. Bien qu'il manque encore certaines données essentielles concernant le dépistage (communautaire, CDAG...), il est proposé de s'en inspirer pour les prochains rapports épidémiologiques, afin notamment d'intégrer les données sociales absentes du présent rapport (cf. migrants), ainsi que des données concernant le statut marital des patients ou encore des données virologiques, avec le profil des virus circulant.

Concernant la file active dans sa globalité, l'ensemble des données n'a pu être analysée puisque les centres hospitaliers de prise en charge des patients séropositifs (soit 23% des patients) ne sont pas encore équipés de Nadis. Seules les données épidémiologiques des 2 CHU ont donc pu être extraites.

L'âge moyen des patients ne cesse d'augmenter, avec une population vieillissante, plus de 70% d'entre eux ayant plus de 40 ans. L'infection à VIH induisant un vieillissement accéléré (cancers, maladies cardiovasculaires...), leur prise en charge en est rendue ainsi plus complexe et pluridisciplinaire.

Plus des $\frac{3}{4}$ des patients sont des hommes. Parmi ceux-ci, 60% ont été contaminés par voie homosexuelle, voire plus car il s'avère souvent, lorsque le mode de transmission n'est pas indiqué, que ce soit celui-ci qui soit révélé par la suite. Les contaminations par voie d'injection intraveineuse ou par transfusion sont quant à eux en constante diminution.

Il est à pointer et à déplorer l'absence de données pédiatriques dans ce rapport.

Au niveau du taux de co-infections VIH/Hépatites, celui-ci apparaît très faible comparé aux moyennes nationales, mais il est relevé également une diminution au niveau national.

Concernant le statut thérapeutique des patients des 2 centres, plus de 90% des patients sont traités, néanmoins ces chiffres sont difficiles à comparer puisque les méthodes statistiques ont différé, plaidant ainsi pour une harmonisation des outils utilisés (programme Dat'AIDS). 24

2

Déclarations obligatoires SIDA ont été rapportées cette année, pour 1/3 d'entre elles suite à une pneumocystose. 15 décès sont à déplorer, néanmoins moins de la moitié provoqués par le SIDA.

Les années à venir, nous espérons améliorer grandement la qualité des données épidémiologiques fournies. Ainsi, une commission de travail travaillera sur les améliorations à apporter au bilan d'activités dans son ensemble, et la rédaction de ce dernier sera anticipée, dès le début d'année, en étayant notamment les données concernant les patients nouvellement dépistés et en intégrant les données pédiatriques. Nous espérons également que les CHG puissent être équipés dans un futur proche du logiciel Nadis, seule solution pour pouvoir fournir des données exhaustives et homogénéisées sur l'ensemble du territoire.

▪ Validation du [rapport d'activité](#) et du règlement intérieur

Anne Frésard rappelle les points phares de 2011, développés dans le rapport d'activité dans les annexes. Le dépistage a été prioritaire cette année, notamment avec le développement des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (TROD), les formations effectuées auprès des médecins généralistes, et la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral.

En reprenant le rapport d'activités, Agnès Daniel, de l'association AIDES, pointe l'absence de données budgétaires claires, avec des éléments très succincts.

Cette remarque met en exergue le problème des crédits MIGAC (mission intérêt générale et d'aide à la contractualisation) gérés par le CHU avec un manque de visibilité des postes de dépense. Une transparence financière doit être exigée auprès des affaires financières du CHU de St-Etienne. Au CHU de Clermont-Fd, cet équilibre a été long à obtenir. Une réunion est organisée une fois par an avec la direction de l'établissement et la direction financière afin de définir le budget alloué par l'ARS via le CHU à l'unité de fonctionnement du Corevih. Frédérique Labro-Gouby, directrice du Centre Hospitalier d'Issoire rappelle que la DGOS a élaboré un guide identifiant les MIGAC et déterminant les seuils pour l'allocation des budgets (voir [Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général](#), cf. p.83). A noter également qu'une saisine de l'IGAS pour un audit sur les financements des COREVIH a été demandée par la DGOS.

François Faisan évoque quant à lui la question des perdus de vue et déplore le manque de prévention globale auprès de la population générale. Il insiste sur le rôle clef du médecin généraliste, acteur de proximité, et pose la question sur la manière d'envisager d'aborder plus et mieux la question de la prévention et du dépistage en MG.

Christine Jacomet indique qu'au niveau national, une formation auprès des médecins généralistes est en cours d'élaboration par des experts de la société française de lutte contre le SIDA (SFLS), la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et le Collège national des Généralistes Enseignants (CNGE), afin d'inciter au dépistage. Ces formations vont se mettre en place sous couvert du financement de l'ARS et seront effectuées par un binôme médecin généraliste et infectiologue.

Au niveau local, le Corevih a organisé de nombreuses formations cette année auprès des médecins généralistes (cf. Annexe 4 du RA p.47), généralement intégrées dans les groupes de formation médicale continue (FMC) locaux, afin de diffuser largement les recommandations de l'HAS exhortant au dépistage systématique. Il s'avère que les jeunes médecins sont généralement plus participatifs que leurs aînés, mais disposant d'une meilleure formation et surtout d'une formation initiale au VIH. Le nombre de participants à ces formations est très variable, de 5 à 30, l'émulation étant forte dans ces groupes. Il s'avère aussi, qu'étant donné la faible prévalence du VIH dans notre région, le thème des IST accolé à celui du VIH semble plus porteur (Claire Guglielminotti).

Ainsi le travail initié déjà depuis quelques années doit être poursuivi et la prochaine commission

dépistage du Corevih aura à développer encore plus largement les actions à mener dans ce domaine.

Le rapport d'activités est ensuite soumis au vote à main levée des membres titulaires, le quorum étant atteint de justesse. Celui-ci est validé à l'unanimité.

Le [règlement intérieur](#) modifié par le nouveau bureau est ensuite très rapidement présenté et approuvé. Une petite modification est apportée article 3 (« suppléant du Corevih »).

■ Présentation des commissions et implications des membres du COREVIH

Anne Frésard rappelle que le [plan VIH/IST 2010-2014](#) est notre principal outil de programmation et le socle règlementaire de la lutte contre le SIDA des années à venir. Il a donc été décidé, dans la réorganisation des commissions du Corevih de s'en inspirer afin de débiter nos travaux. Un tableau a donc été élaboré afin de rendre compte de la transversalité des axes de travail (dépistage /prévention /prise en charge médicale /prise en charge social /recherche) et des programmes populationnels (population générale /population vulnérable /HLGBT / Migrants/ Détenus / travailleurs du sexe). Voir [tableau transversal des commissions](#)

Fabienne Gélas précise qu'un début de travail a été effectué en réunions de bureau afin de définir différents axes prioritaires. Il a été décidé que le Corevih se concentrerait principalement lors de ce nouveau mandat sur la précarité et les publics spécifiques vulnérables, et définirait des thèmes prioritaires annuellement.

En raison de l'éloignement géographique des 2 pôles, Auvergne/Loire, et afin d'optimiser le travail de part et d'autre, il a été décidé que ceux-ci travailleraient séparément tout en se rencontrant régulièrement, notamment lors des réunions de bureau ou des assemblées générales, pour partager leurs travaux et expériences.

Egalement, afin de mieux faire remonter les informations, il est apparu souhaitable que ces groupes de travail soient animés par un référent, membre du bureau, qui rende compte régulièrement des actions entreprises.

Il est alors discuté de la manière de s'approprier ce tableau et un débat s'ensuit sur la lecture verticale ou horizontale de celui-ci. Comme ceci a été indiqué, il s'agit d'un tableau transversal, prenant en compte différents groupes populationnels, différents intervenants et champs de compétence.

Celui-ci est un outil rendant compte de la complexité du champ d'action à couvrir, nullement un programme de travail, et il peut être lu de différentes manières, la plus efficace qui soit, l'objectif n'étant pas de tout couvrir, mais de recouper les différents acteurs de la lutte contre le SIDA dans des projets communs, selon les priorités définies en amont par le bureau puis en aval par les groupes eux-mêmes.

Plusieurs commissions sont définies:

- **Commission médico-épidémiologique et amélioration du rapport d'activité** : le recueil et l'analyse des données médico-épidémiologiques sont au cœur des missions du Corevih. Comme évoqué supra, ceux-ci doivent être améliorés, de plus une réflexion doit être entamée sur l'intégration des données concernant les IST et les hépatites, et ce à la demande de l'ARS.
Pôle Auvergne : C. Jacomet, C. Henquell, D. Coban
Pôle Loire : A. Frésard, T. Bourlet, V. Ronat
- **Commission migrants**, englobant les thématiques d'accès aux soins, de prévention, dépistage, les perdus de vue, l'hébergement...
Pôle Auvergne : L. Vétier

Pôle Loire : A. Frésard, C. Guglielminotti, A. ZENASNI-ESSADEK

- **Commission dépistage / prévention** : les pivots de la lutte contre le SIDA.
 Pôle Auvergne : F. Gélas, J-L Pourtier, C. Henquell, C. Jacomet, M. Hertzler (1^e réunion le 15/06, 14h)
 Pôle Loire : C. Guglielminotti, M. Nekaa, M. Colls (prévention positive), T. Bourlet

Ceci est donc une avancée dans la réflexion sur la constitution des groupes de travail. Ce sujet sera bien sûr mûri et développé lors des prochains mois à venir et un point sera à nouveau fait lors de la prochaine assemblée générale.

▪ Difficultés d'accès aux soins
Vincent Bourgin (Assistant social - PASS)

La thématique de la précarité et de la vulnérabilité étant au cœur des priorités du Corevih pour les 4 ans à venir, il a été demandé à M. Bourgin, assistant social à la PASS du CHU de St-Etienne, d'intervenir afin de présenter la notion de difficulté d'accès aux soins.

Celui-ci commence son intervention en rappelant la vocation historique de l'hôpital d'offre de soins et d'hébergement auprès des plus démunis. Cette prise en compte de la problématique sociale et de la précarité par le système de santé est fortement appuyée en 1998 dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions, avec notamment la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité installées dans les établissements de santé.

Ainsi, l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux.

Les missions de la PASS se déclinent ainsi autour de 3 axes principaux : médical (consultations : soins et traitement), le retour au droit commun (ouverture de droits AME, CMU), sensibilisation auprès du personnel hospitalier.

Le public de la PASS est adressé par les travailleurs sociaux ou via les services d'hospitalisation ou d'urgence. Le bouche-à-oreille également commence à se développer (notamment auprès des sans-papier).

Vincent Bourgin redéfinit ensuite le concept élargi de précarité, distinct de celui de pauvreté, et les différentes échelles de désocialisation. Il termine, afin d'illustrer ses propos par les raisons évoquées lors d'une enquête menée par le secours Catholique, pour être en mauvaise santé et le fait de ne pas pouvoir se soigner.



▪ **Précarité et hébergement :**

Claire Faure (DDCS) dispositif d'hébergement et de logement accompagné

Il a été plusieurs fois fait mention en réunion de bureau du constat d'un afflux de nouveaux dépistés d'origine africaine et des difficultés liées notamment à leur hébergement, question cruciale afin d'orienter au mieux les patients dans le besoin et limiter le nombre de patients perdus de vue.

C'est pourquoi il a été demandé à Mme Faure de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (ancien pôle social de la DDAS, sous gouvernance interministérielle) de bien vouloir nous présenter les différents dispositifs d'hébergement et d'accès au logement des personnes vulnérables (cf. Diaporama).

Ceux-ci sont régis notamment par la [loi DALO](#) (droit au logement opposable) de 2007, qui désigne l'Etat comme garant du droit au logement et du droit à l'hébergement.

Les missions principales des dispositifs d'hébergement sont l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes. Ils sont répartis en 3 pôles au niveau de la DDCS, l'hébergement dit généraliste, de droit commun, celui des demandeurs d'asile, et les mesures hivernales.

L'accès à l'hébergement d'urgence s'effectue en appelant le numéro d'appel gratuit "115". Dans la limite des places disponibles le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), qui est le pivot du dispositif, s'efforce de trouver une solution adaptée à chacun.

L'hébergement d'urgence est la mise à l'abri (centres d'hébergement d'urgence : CHU, hôtels), pour une durée limitée de personnes sans domicile, avec un accompagnement social leur permettant d'envisager des solutions d'hébergement ou de logement plus durables. Celles-ci peuvent être orientées dans des structures d'insertion (CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale), hébergement de moyenne durée (quelques mois à quelques années) pour des personnes ayant besoin d'un accompagnement social le temps de préparer un accès à un logement durable.

Ce dispositif est inconditionnel. Néanmoins, même si les places d'hébergement ont nettement augmenté selon les dispositions prévues par la loi, les centres sont complètement saturés et ne sont difficilement en mesure de tenir ces engagements.

A noter que les jeunes sont particulièrement touchés, les moins de 25 ans représentant 50% des demandes d'hébergement.

18h30 : Fin de réunion.