



## **ASSEMBLEE GENERALE DU COREVIH AUVERGNE-LOIRE**

**Mardi 12 novembre 2013**

**Hotel Best-Western Andrézieux-Bouthéon**

### **Ordre du jour :**

- Données épidémiologiques nationales, enquête VESPA, enquête Parcours de soins, épidémiologie virologique et éducation thérapeutique
- Présentation du rapport 2013 du groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH »

**Présents** : Dr Anne FRESARD (CHU ST ETIENNE), Martine CELLE (CHU ST-ETIENNE), Dr Claire GUGLIELMINOTTI (CHU ST ETIENNE), Dr Fatiha DAOUD (CHU ST ETIENNE), Louis CROS (Chrétien et SIDA), Véronique RONAT (CHU ST ETIENNE), Mélanie DECHAVANNE (CH ROANNE), Marie-France LUTZ (CH ROANNE), Assia ZENASNI-ESSADEK (CHU ST ETIENNE), Bruno CAMPOY (ACTIS), Michel COLLS (ACTIS), Dr Hénia SAOUDIN (CHU ST ETIENNE), Pr Thomas BOURLET (CHU ST ETIENNE), Dr Cécile HENQUELL (CHU CLERMONT), Dr Sylvianne DYDYSKI (CHU CLERMONT), Sébastien CAMBAU (ENIPSE Rhône-Alpes/Auvergne), Cédric PHILIS (ENIPSE Rhône-Alpes), Christine JACOMET (CHU CLERMONT), Dr Renée COUINEAU (ARS Rhône-Alpes), Sandrine CASANOVA (CHU CLERMONT), A.L RICHARD (CHU ST ETIENNE), Florence GOURDON (CH VICHY), François FAISAN (CISS Rhône-Alpes), Chantal CUER (CHU ST ETIENNE), Dr P.FOUILLOUX (CHU ST ETIENNE), Marc HERTZLER (CH Emile Roux), Pr Frédéric LUCHT (CHU ST ETIENNE), Dr Hélène LAURICHESSE (CHU CLERMONT).

**Excusés** : Pr Olivier GARRAUD (CHU ST ETIENNE), Dr Brigitte MONANGE (CH Emile ROUX), Dr Anne PERREVE (SSU CLERMONT), Dr Marie-Noëlle VARLET (CHU ST ETIENNE), Agnès BORGIA (CSAPA-ANPAA 03), Dr Elisabeth RIVOLLIER (CHU ST ETIENNE), Juliette PENET (ACT CLERMONT), Roselyne ROBIOLLE (ARS AUVERGNE), Dr Brigitte POIZAT (SUMPPS ST ETIENNE), Fabrice BRETEL (CH THIERS), Dr Christophe JULIEN (ARS Rhône-Alpes), Dr Claire GUY (CHU ST ETIENNE), Jean-Luc POURTIER (CPAM CLERMONT), équipe CADIS (CLERMONT), Catherine CIVIDINO (CHU ST ETIENNE), Laurie HOBEIKA (CHU ST ETIENNE), Dr Pierre BRUNEL (CHU ST ETIENNE), Dr Elisabeth BOTELHO-NEVERS (CHU ST ETIENNE), Dominique MAZZOCOLIN (CHU CLERMONT), Dr Nadine AMBLARD (rectorat CLERMONT), Fabienne GELAS (AIDES 63), Pascal DESSENNE (CPAM CLERMONT) Me DANIEL (AIDES Auvergne)

**Soutien logistique : laboratoire ViiVHealthcare**

**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) pour y accéder.***

#### **Début de réunion 15h**

**1/ le Dr Anne FRESARD** accueille l'ensemble des participants et présente **des données épidémiologiques de l'infection VIH au niveau national** ainsi que quelques résultats **de l'enquête VESPA2 (BEH juillet 2013)**. (diapo : [épidémio VESPA AG 12-11-13 AF](#))

Une épidémie toujours active (en 2011 : incidence = 7 à 8 000 nouvelles contaminations > nombre de nouveaux diagnostics = 6 000), des diagnostics tardifs pour 29% des cas, une cascade de prise en charge variable selon les groupes de transmission, 30 000 personnes ignorent encore leur infection ; une population qui vieillit (40% des patients suivis depuis plus de 15 ans), traitée plus précocement et mieux contrôlée sur le plan virologique (près de 90%), qui s'estime en bonne santé pour la majorité en notant la fréquence des épisodes dépressifs graves (13%) et des hospitalisations complètes pour 24%. Une précarité sociale importante et un isolement surtout parmi les HSH ; 13,5 % participent à des activités associatives. 71 % des PVVIH sont sexuellement actives ; la non révélation du statut VIH au partenaire n'est pas exceptionnelle. L'utilisation non-systématique du préservatif est significativement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, plus fréquente dans les couples séroconcordants que dans les couples sérodiscordants.

**2/ Le Dr Christine JACOMET** présente l'analyse de **l'enquête Parcours de Soins (2012)** (diapo [SFLS](#) [présentation définitive](#) + [présentation EACS définitif](#))

Il s'agit d'une enquête transversale multicentrique (59 centres/21 COREVIH répartis sur toute la France). Menée chez 653 patients, elle apporte des informations sur le recours aux soins des personnes vivant depuis longtemps avec le VIH. 58 % des patients sont précaires (score EPICES). Le nombre moyen de consultations médicales = 3.75 dans les 6 derniers mois ; 19% des patients ont consulté aux urgences, 18% ont été hospitalisés ; 88% ont rencontré leur référent hospitalier VIH ; 60 % ont consulté leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année ; 54 % ont bénéficié d'un bilan annuel ; 72 % des patients font leur bilan à l'Hôpital et 33 % des patients viennent chercher leur ARV à l'Hôpital contre 54 % en ville. La fréquence d'un recours hospitalier est d'autant plus élevée que le taux de CD4 est bas. Souligne l'importance de la formation des MG pour les recours extra hospitaliers

**3/ le Pr Thomas BOURLET** rend les résultats de l'étude : **Epidémiologie des souches de VIH-1 chez les personnes dépistées au CHU de Saint-Etienne entre 2008 et 2012** (diapo [COREVIH 12 nov-thomas bourlet](#))

L'étude (Base de données Mutagen HIV ) porte sur 221 personnes infectées par HIV-1 ayant bénéficié d'un test de résistance aux antirétroviraux entre 2008 et 2012 réparties en 112 personnes à la découverte de séropositivité (11 au stade de primo-infection) et 109 personnes en échappement. Les séquences analysées sont issues du génotypage de résistance aux ARVs avec étude phylogénétique. Une population essentiellement masculine (79%) en majorité au stade A. 64 % de français, 24% migrants d'ASS.

Depuis 2008 : baisse du nombre de sous-types B et augmentation des non-B (CRF02-AG). L'analyse des souches permet l'identification de groupes de transmission : schématiquement les patient-e-s infectées par une souche B sont d'origine française, surtout des hommes (HSH) – par le CRF02\_AG : plutôt des femmes, contamination hétérosexuelle- Non-B (hors CRF02\_AG) : originaire d'Afrique subsaharienne, plutôt des femmes, contamination hétérosexuelle. Prévalence plus basse de souches résistantes transmises par rapport aux données nationales.

Les limites de cette étude sont liées au manque d'exhaustivité, faible effectif.

Un comparatif avec les données de Clermont serait intéressant lors d'une prochaine assemblée générale.

#### **4/ Martine CELLE rapporte l'évolution du programme d'Education thérapeutique au CHU de SAINT-ETIENNE** (diapo COREVIH avril 2013)

Depuis 2008 l'équipe pluridisciplinaire s'est étoffée avec plus de personnes qualifiées en ETP et plus d'implication des personnes ressources. Une équipe motivée (IDE, psychologue, diététicienne, assistante sociale, pharmacien du CHU et médecin coordinateur) qui se réunit mensuellement. 40 patients vus en 2012 avec 150 cs d'ETP par les différents acteurs. Diversification du programme : proposition de plusieurs ateliers éducatifs : observance et gestion des traitements, l'annonce, transmission...l'objectif étant de permettre l'autonomisation du patient. La grande limite à l'accomplissement de ce programme : le manque de moyens infirmiers.

#### **Présentation du rapport MORLAT 2013**

#### **5/Dépistage : Dr Claire GUGLIELMINOTTI** (diapo dépistage morlat 2013 ter)

L'activité de dépistage en France reste insuffisante : 30 000 personnes ignorent leur infection VIH, des dépistages trop tardifs. L'étude ANRS 2010 sur les opportunités manquées de dépistage est à cet égard démonstratrice. Pour améliorer le dépistage, il est proposé de réajuster les recommandations antérieures de dépistage généralisé de l'infection VIH dans la population avec proposition d'un dépistage devant les nombreuses situations cliniques ou biologiques évoquant l'infection et/ou l'appartenance à des populations où la prévalence de l'infection est la plus élevée d'une part, et d'autre part aux personnes sans test de dépistage récent lorsque l'occasion de proposer le test se présente. Les médecins généralistes doivent jouer un rôle de premier plan (à mobiliser et à former). Le dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances est rappelé. Il convient d'y associer le dépistage des hépatites. Le recours volontaire au dépistage, reste le pilier de la politique de dépistage. Une rénovation du dispositif CDAG-CIDDIST est engagée avec basculement vers un dispositif nominatif tout en préservant une option explicite d'anonymat. Pour atteindre des populations qui ne se dépistent pas ou pas assez souvent : les TROD ont un intérêt en milieu communautaire (mais actuellement ne dépistent pas les hépatites). La sensibilité des autotests en attente de commercialisation en France est variable (86 à 92%) ; une communication et un encadrement par la mobilisation des CDAG/CIDDIST et des associations et une évaluation prospective seront nécessaires.

#### **6/Prévention (Michel COLLS en remplacement de F GELAS)** (diapo dias-experts 2013 prévention-dépistage)

Pas de grandes nouveautés par rapport aux précédentes recommandations :

- Maintenir une sensibilisation et une information régulières pour modifier les comportements
- L'outil de prévention reste le préservatif mais pas seulement
- Prévention combinée est à renforcer : préservatif + dépistage régulier + traitement ARV + stratégies des choix de partenaires

Appliquer la Loi de 2001 et la circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation : Mise en œuvre de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire+++

Information et accompagnement de la PVVIH

*Proposition de discussion sur le thème de la sexualité lors d'une prochaine assemblée générale*

#### **7/Traitement antiviral chez l'adulte (Anne FRESARD)** (diap TAR Morlat AG 12-11-13)

Toutes les PVVIH dépistées se voient proposer un traitement antirétroviral ARV, quel que soit leur niveau de CD4. Cette recommandation s'appuie sur l'amélioration du rapport bénéfice/risque des trithérapies les plus récentes et la mise en évidence de l'intérêt du traitement pour limiter la transmission du VIH. En dessous de 500 CD4 le bénéfice sur la morbi-mortalité est démontré ; au-dessus de 500 CD4 il l'est dans certaines conditions ; c'est l'essai START qui permettra de conclure sur ce point en 2016. Un traitement précoce permet une meilleure préservation du système immunitaire et la réduction de l'inflammation systémique chronique impliquées dans les comorbidités associées au VIH.

*Discussion sur l'acceptation de la trithérapie précoce (bénéfice individuel/bénéfice collectif)*

### **8/Prise en charge des Accidents d'Exposition (Florence GOURDON) (diapo AES COREVIH 12-11-13)**

Le circuit hospitalier de prise en charge pour un fonctionnement optimal doit s'appuyer sur des procédures écrites, la formation des professionnels et une bonne coordination entre les services concernés.

Des TPE mieux ciblés dans les situations à risque élevé de transmission : si personne source VIH positive : décision en fonction de la CV (détectable/indétectable), si personne source de statut inconnu : traitement selon le groupe de prévalence (élevée/faible). Quelques changements importants dans l'instauration ou non d'une prophylaxie (cf tableaux) justifiant la remise à jour des procédures dans les établissements.

### **9/Grossesse et VIH (Hélène LAURICHESSE) (grossesse FE et VIH)**

Trois idées fortes : **Anticipation** (réduire la TMP : dépister et prise en charge précoce), **continuum** (Cs pré conceptionnelle pluridisciplinaire -grossesse programmée=grossesse bien menée – contraception post partum – Cs pédiatrie) et **travail en équipe**.

Dépistage systématiquement proposé aux femmes enceintes, soumis au consentement (doit aussi être proposé au partenaire au 6<sup>ème</sup> mois). Intérêt du TROD ou test rapide en salle d'accouchement. Pour les femmes non traitées avant la conception, traitement antiviral mis en route à 14 SA (report possible à 24 SA si risque faible d'accouchement prématuré). L'objectif est l'indétectabilité de la CV à l'accouchement. La perfusion de zidovudine n'est plus recommandée en l'absence de complication obstétricale chez les femmes ayant une charge virale < 400 copies/mL au bilan de 34-36 SA. Si CV < 400 copies/ml depuis 36 SA au moins : accouchement par voie basse ou voie haute (« comme tout le monde »)

### **10/ Organisation des soins (Michel COLLS) (diapo CAL 12 nov)**

Le parcours de soins et de santé du patient doit être individualisé à partir du bilan de synthèse annuel (prise en charge globale) réalisé lors d'une HDJ ou d'une consultation approfondie. Il est recommandé de valoriser les interventions paramédicales (diététicienne-psychologue-infirmière d'ETP) lors de ces bilans et de renforcer la place du MG dans une prise en charge alternée. D'autres recommandations des experts concernent les filières d'aval pour les PVVIH vieillissantes ou en perte d'autonomie ; les soins dans les lieux de privation de liberté. Au sujet des COREVIH, le groupe de travail technique national qui assure un lien fort entre le ministère et le réseau des COREVIH doit engager une réflexion sur les définitions des métiers du COREVIH ainsi que sur leur statut juridique et le modèle de financement. Le nouveau rapport d'activité doit permettre aux COREVIH de négocier avec les ARS un plan d'action pluriannuel ; y figure l'analyse régionale des données épidémiologiques collectées sur le territoire. Le découpage territorial des COREVIH doit être cohérent avec l'organisation régionale de la santé (loi HPST).

**Fin de réunion 19h30**

