

ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE DU COREVIH AUVERGNE-LOIRE

07 FEVRIER 2012

Domaine de la Plagnette - Les Salles

ORDRE DU JOUR :

- Synthèse du bilan 2007-2011 (Dr Christine Jacomet)
- La coordination médicale en Auvergne (Dr Iris Matingou)
- Présentation des candidats au bureau et à la Présidence & vice-présidence
- Vote et remise des résultats
- Point sur la réduction des risques sexuels (Michel Colls) et discussion

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), M. Bruno CAMPOY (ACTIS) Dr Christophe JULIEN (ARS Rhône-Alpes), M. Louis CROS (Chrétiens et Sida), Mme Juliette PENET (ACT Clermont-Fd), Mme Martine CELLE (CHU St-Etienne), Dr Thomas BOURLET (CHU St-Etienne), Dr Elisabeth RIVOLLIER (CHU St-Etienne), M. Pascal DESSENNE (Relais Santé Clermont-Fd) Mme Agnès DANIEL (AIDES) Mme Fabienne GELAS (AIDES), M. Mabrouk NEKAA (inspection académique de la Loire), M. Fabrice BRETEL, , Dr Jean PERRIOT (Dispensaire Emile Roux), M. Grégory VOLLE (ANPAA Auvergne), Dr Brigitte POIZAT (MPU-MFPF 42) , Isabelle HERVOUET (CSAPA-CAARUD Rimbaud), Mme Elisabeth STOLLSTEINER (IREPS Auvergne), Dr Sylviane DYDYMSKI (CHU Clermont-Fd), Dr Iris Matingou (CHU Clermont-Fd), Juliette BERTHOT (CHU Clermont-Fd).

EXCUSES :

Mme Chantal CUER, Dr CAZORLA, Dr LUTZ, Dr GOURDON, Dr LAURICHESSE, Dr BILLIEMAZ, Dr VARLET, Mme DAJOUX, M. BEDIAT, Mme BESSON, Dr DEFONTAINE, Mme BORGIA, Dr GUYOT-LENAT, Dr REGEARD, M. CAMBAU, M. HERTZLER, M. SAURET, Dr TEMPELHOFF, Dr NAVARRO, M. LANGLOIS, M. FAISAN, M. BASTARD, Dr LESENS, Pr LUCHT, Pr POZZETTO, Dr GARRAUD, M. POURTIER, Mme AMBLARD, Dr HENQUELL, Mme Sédi SABER AMOLI, Dr Marie-France LUTZ (CH Roanne), Dr Angeline GUYOT-LENAT, Dr REGEARD, Mme PONS, Dr POZZETTO, Dr SIMATIS, Mme ZENASNI-ESSADEK (CHU St-Etienne), Dr PERREVE, Dr Frédéric LUCHT, Dr Evelyne NEHME, Joseph VITIGLIANO, Christopher DEPALLE, Dr Marie-Noëlle 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 d'accéder aux différents liens.

14h00 : Début de réunion.

Synthèse du bilan 2007-2011 (Dr Christine Jacomet)

Christine Jacomet rappelle que les Corevih sont des structures récentes, créées en 2006 afin de réformer les CISIH (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine), avec pour mission principale de coordonner l'ensemble des acteurs régionaux des secteurs hospitalier et extrahospitalier (dans les domaines du soin, du dépistage, de la prévention et éducation à la santé, du soutien et de l'accompagnement).

Le Corevih Auvergne-Loire a donc été officiellement créé fin 2007, avec la spécificité d'être établi sur 2 régions administratives, l'Auvergne et la région Rhône-Alpes. Avec l'évolution progressive des moyens financiers alloués et l'étoffement des ressources humaines dédiées (coordination médicale, recherche clinique, secrétariat), le Corevih a pu au fil des ans de mieux en mieux remplir ses missions de coordination, d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, d'évaluation et d'harmonisation des pratiques et enfin d'analyse des données médico-épidémiologiques.

Le champ des actions réalisées dans le cadre des commissions de travail, constituées autour de 3 grands axes, la prévention/dépistage, la prise en charge et les soins, s'est aussi progressivement élargi, notamment depuis la parution du [plan VIH/IST 2010-2014](#), qui a fourni un cadre de travail et des thématiques prioritaires à aborder, même s'il est à déplorer un essoufflement de certains groupes en fin de mandat. De plus, les outils de communication élaborés, tels que le guide de ressources du Corevih Auvergne-Loire ou le site internet, ont permis de diffuser largement l'information et de gagner en visibilité, tant envers les acteurs régionaux qu'auprès des patients et du public.

Bien que certains points nécessitent encore d'être grandement améliorés, comme l'analyse des données épidémiologiques, avec la difficulté de généraliser l'outil informatique Nadis, ou l'organisation des commissions thématiques, Christine Jacomet salue le chemin parcouru depuis la mise en place du Corevih. Celle-ci passe donc le flambeau à son successeur, ne se représentant pas à la présidence, mais restera bien évidemment active au sein du Corevih en tant que candidate au bureau et coordinatrice médicale de la région Auvergne.

[Synthèse des années 2007-2011 : Dr Christine Jacomet](#)

La coordination médicale en Auvergne (Dr Iris Matingou)

Iris Matingou, coordinatrice médicale du Corevih a ensuite présenté les travaux effectués depuis sa prise de fonction en janvier 2011. Celle-ci a souligné l'immense travail accompli par Christine ces 4 dernières années pour implanter et développer le Corevih en Auvergne.

Le dépistage en médecine générale et la prise en charge ambulatoire ont été définis cette année comme un axe de travail prioritaire, avec notamment l'organisation en région de modules de formation continue autour du VIH/IST. La finalisation des dossiers de test rapide d'orientation diagnostique à destination des structures de soin et la diffusion du dossier d'éducation thérapeutique aux hôpitaux périphériques en vue de leur labellisation ont été également des travaux importants menés cette année.

De plus, un état des lieux des actions du Corevih Auvergne Loire a été effectué en 2011 en regard du plan VIH/SIDA, ce qui a dégagé des priorités, nationales et régionales, et des populations cibles. Ceci a permis de rendre compte des nombreuses actions engagées, mais également de certaines lacunes, notamment le manque de lien entre les différents travaux menés au sein du

COREVIH et la surreprésentation des actions hospitalières. Un des principaux enjeux de ce nouveau mandat sera donc, en adéquation avec les axes prioritaires définis par le bureau, de structurer et soutenir les actions menées, notamment extrahospitalières, de continuer à aller à la rencontre des acteurs de terrain, et d'améliorer le dialogue entre les 2 régions.

[La coordination médicale en 2011 en Auvergne : Dr Iris Matingou](#)

Présentation des candidatures au Bureau du Corevih / Vote / Résultats

Les candidats à la présidence et au bureau se sont donc ensuite présentés individuellement. La liste soumise a été acceptée dans son intégralité par les membres titulaires, qui ont procédé à l'élection des membres.

Voici donc la nouvelle composition du bureau du Corevih pour ce mandat 2012-2016 :

Présidente :

Dr Anne FRESARD, infectiologue au CHU de Saint-Etienne, coordinatrice médicale pour la Loire

Vice-présidente :

Mme Fabienne GELAS, coordinatrice territoriale d'AIDES Auvergne

Bureau :

- M. Michel COLLS : Président de l'association ACTIS (42)
- Dr Florence GOURDON : infectiologue au CHU de Clermont-Fd (prochainement au CH de Vichy)
- Dr Claire GUGLIELMINOTTI : infectiologue au CHU de St-Etienne, coordinatrice CDAG/CIDDIST
- Dr Christine JACOMET : infectiologue au CHU de Clermont-Fd, coordinatrice médicale pour la région Auvergne
- M. Mabrouk NEKAA : infirmier cadre à l'inspection académique de la Loire
- Mme Loriane VETIER : assistante sociale dans le service des maladies infectieuses du CHU de Clermont-Fd
- M. Grégory VOLLE : Directeur de l'ANPAA Auvergne

Il est prévu que le nouveau Bureau se réunisse très rapidement afin de fixer les priorités de ce nouveau mandat et préparer le rapport d'activités annuel du Corevih pour l'année 2011. Le règlement intérieur du Corevih sera également soumis à modification.

Point sur la réduction des risques sexuels (Michel Colls)

Michel Colls a ensuite présenté une synthèse sur la prévention et la réduction des risques sexuels chez les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST.

En effet, depuis plusieurs années, le paradigme préventif, basé principalement sur le préservatif, a largement été remis en question, et les nouvelles méthodes de prévention avancées ont été sources de nombreuses controverses, notamment parmi les associations impliquées.

Ainsi, en 2009, un état des lieux des connaissances en ce domaine a été demandé par la DGS à France Lert et Gilles Pialoux (consulter : [Rapport Lert/Pialoux](#), ou [RDRS version courte](#)). Ce rapport, basé sur des données objectives, notamment épidémiologiques, a permis de créer un

certain consensus en mettant en exergue un net besoin d'évolution des pratiques de prévention, notamment en direction de groupes particuliers dits à risque, dont les HSH, permettant ainsi de dégager des priorités et de développer de nouveaux outils.

Il s'agit désormais de concevoir des stratégies de santé publique, combinant tous les outils disponibles, selon les connaissances actuelles, pour s'adapter à la diversité des besoins individuels de chacun. La prévention combinée, basée sur une approche individuelle, allie donc méthodes comportementales et méthodes biomédicales, dont les principaux outils mis en avant sont :

- Le traitement comme prévention (ou Tasp « treatment as prevention ») et maintien d'une charge virale indétectable : en 2008, le Swiss statement ou [Rapport Hirschel](#) rapporte qu'une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre IST et qui suit un traitement antirétroviral efficace ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels. Plus récemment, l'essai HPTN 052 (voir articles sur www.vih.org) mené auprès de couples sérodiscordants a révélé qu'un traitement antirétroviral précoce permet de réduire de 96% le risque de transmission sexuelle du VIH. De même, parallèlement à l'existence d'un traitement d'urgence post-exposition, des essais, dont l'étude « Ipergay » (Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques avec et pour les Gays) sont actuellement menés sur les bénéfiques d'une prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans des populations à haut risque.
- Le dépistage généralisé ([cf rapport HAS 2009](#)), en dehors de toute notion de prise de risque, pour prévenir le retard au diagnostic en population générale, avec focus sur les populations à risque et développement du test rapide (TROD) communautaire. La détection des primo-infections apparaît comme un enjeu majeur de la prévention de la transmission.
- Les stratégies adaptatives : sérosorting (« sérotriage », adaptation des pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique de ses partenaires), séropositionning (choix stratégique lors des pénétrations anales non protégées : partenaire séronégatif insertif, partenaire séropositif réceptif), retrait, prise en compte de la charge virale. Même si le préservatif reste le socle de la prévention de la transmission du VIH, de telles pratiques complémentaires sont à faire connaître et développer.

Ces nouveaux outils, entre autres, permettent ainsi de redynamiser le concept de prévention, qui repose depuis longtemps sur les associations. De plus, l'accent mis sur le dépistage, le traitement antirétroviral et la notion de santé sexuelle, incite à redonner aux soignants une place prépondérante dans la promotion de ces programmes de prévention combinée et positive. Il est donc essentiel, pour aller plus loin, que soignants et associations travaillent ensemble afin de trouver un consensus et être cohérents dans les messages à apporter.

Michel Colls exhorte à suspendre les interrogations éthiques inhérentes à ce genre de méthode. Certes le risque individuel demeure toujours, aucune de ces méthodes n'étant à 100% efficace, de plus les connaissances peuvent être fragmentaires ou mal comprises, mais il s'agit néanmoins, en combinant ces pratiques, de réduire nettement ce risque, en prenant en compte le bénéfice collectif de telles stratégies alternatives.

La question est posée sur la manière de gérer la complexité des messages à délivrer. Selon Fabienne Gélas, il faut réfléchir et discuter de certains de ces nouveaux procédés qui peuvent soulever des interrogations, comme la prophylaxie pré-exposition. Néanmoins, certains outils semblent dorénavant bien accueillis et intégrés, comme la [charge virale communautaire](#), qui trouve un certain écho chez les homosexuels. Le dépistage rapide communautaire permet aussi d'aller au devant de la population, et cette approche individualisée incite au dialogue et permet d'orienter au besoin. A noter également l'attention à porter à la pratique de plus en plus courante de l'auto-dépistage au moyen de TROD acquis sur internet et les questions que posent

cette pratique :délai de recours au test bien respecté, connaissance du TPE, qualité du test, se retrouver seul face à un résultat ?).

Mais faut-il porter, et comment, ces messages au niveau collectif et en direction du grand public ? Christine Jacomet rappelle que la grande majorité des personnes contaminées appartiennent à des groupes à risque, donc plus susceptibles d'être touchés par ces messages et d'être pris en charge précocement. Néanmoins, pour 20%, non « ciblés », le dépistage est très tardif, ce qui rend la prise en charge difficile et la transmission toujours active. Il faut donc diffuser largement les messages de prévention et inciter fortement au dépistage systématique.

Pour Michel Colls, une réflexion et un travail doivent être menés avec les spécialistes de la prévention et viser à la formation des professionnels. Selon Anne Frésard, il ne faut pas oublier les médecins généralistes qui ont également un grand rôle à jouer au niveau de la prévention de la transmission, et doivent non seulement proposer un dépistage systématique mais aider à ce qu'un rendu négatif le demeure. Pourtant, selon une étude concernant l'accès aux soins des personnes nouvellement contaminées, plus de 90% auraient consulté un médecin dans l'année précédente, moins de la moitié des MG connaîtrait la sexualité de leur patient et n'auraient pas identifié les symptômes présentés. Un travail de fond là aussi semble essentiel.

Jean Perriot soulève de plus l'importance de discerner certains des dysfonctionnements qui peuvent exister en amont de la prise de risque. La part psychologique et l'importance de l'estime de soi semblent aussi essentiels dans l'adaptation de comportements à moindre risque.

Cependant, il semble encore très difficile d'aborder la sexualité en consultation, que ce soit en cabinet de médecine générale ou en infectiologie, par manque de temps souvent, mais aussi par manque de formation ou de préparation spécifique. Pourtant, lorsque l'on aborde la transmission du VIH, primaire bien sûr, mais également secondaire, cette thématique semble primordiale et inéluctable.

[Prévention et réduction des risques : Michel Colls](#)

17h : Fin de réunion.