

COREVIH

Languedoc-Roussillon

en **ACTION**



Le comité de
Coordination
Régionale de lutte contre
l'infection due au
VIH
Languedoc-Roussillon



www.corevih-lr.fr



Novembre 2015

Sommaire

● Édito du président du COREVIH Pr Jacques Reynes	p. 3
---	------

6 Groupes de travail :

● Prévention combinée : le dépistage au centre pour prévenir et traiter	p. 4
--	------

● Vivre avec le VIH et qualité de vie	p. 6
---	------

● Prises en charge complexes des patients en détention	p. 8
---	------

● Prévention et prise en charge des personnes qui se prostituent	p. 10
---	-------

● Vieillesse et perte d'autonomie : quelle prise en charge en structures d'hébergement ou à domicile ?	p. 12
--	-------

● Améliorer le parcours de santé	p. 14
--	-------

● Le VIH en chiffres dans la région Languedoc Roussillon	p. 16
---	-------

Édito de Jacques Reynes



Le COREVIH (Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH) initie et participe à la constitution de groupes de travail sur des thématiques sensibles pour favoriser l'avancée des réflexions, des actions ou des recommandations des différents acteurs qui participent à la prise en charge du patient vivant avec le VIH.

Ces instances sont l'occasion d'établir l'état des lieux de problématiques ou besoins repérés.

Elles visent à coordonner et harmoniser les actions actuellement en place ou à développer de nouvelles actions, sur le territoire régional. Il s'agit donc de rassembler les acteurs autour d'une dynamique de travail commun, visant à améliorer la qualité et sécurité des soins du patient VIH.

Dans un souci de veille sociale, éthique et juridique, le COREVIH favorise la remontée des besoins aux instances régionales. Six groupes de travail ont été mis en place selon les thématiques ciblées.

Le COREVIH a également pour mission d'améliorer la connaissance de l'épidémie de VIH-IST sur son territoire.

Pour cette mission, il recueille des données épidémiologiques en s'appuyant sur un dossier médical spécifique partagé au niveau régional. Cette production de données est rendue possible grâce au travail de ses techniciennes d'études cliniques et de la data manager.

*Pr Jacques Reynes
Président du COREVIH-LR*

Groupe

« Prévention-Dépistage »

Prévention combinée : le dépistage au centre pour prévenir et traiter

Il faut comprendre les enjeux et les concepts de prévention actuels pour faire évoluer et adapter l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge.

L'incidence actuelle de l'épidémie se concentre de plus en plus sur les « populations clés ».

En Languedoc-Roussillon, les nouvelles infections concernent majoritairement les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH).

L'incidence des IST est en augmentation. Et les études mettent en évidence une évolution des comportements sexuels vers plus de prises de risques et moins de prévention.

L'enjeu :

Comment maintenir une offre de prévention généralisée tout en ciblant les populations les plus exposées ?

Comment améliorer l'accès aux soins par le dépistage ?

Nous devons envisager un dépistage de rattrapage des populations rarement ou jamais dépistées et améliorer la fréquence des dépistages chez les populations les plus exposées.

Certains outils de prévention sont mieux connus et maîtrisés que d'autres comme l'utilisation des préservatifs masculins ou féminins, l'accompagnement au changement de comportement. A l'inverse, d'autres suscitent questions et harmonisation des pratiques : Quelle utilisation d'un traitement post exposition quand la prise de risque sexuelle est là ? Quelle utilisation préventive de médicaments antiviraux mettre en place (Prophylaxie préexposition) par des personnes séronégatives-PrEP ?

Quand et comment favoriser la prise de traitement régulière et son observance pour diminuer le risque de transmission chez le patient VIH ? Développer la prévention pour prévenir la transmission est une priorité.

Mais si transmission il y a, la deuxième priorité sera d'assurer le dépistage, la prise en charge et la mise sous traitement le plus tôt possible des personnes dépistées séropositives, afin d'obtenir par le traitement une indétectabilité de la charge virale. Ce qui sera un bénéfice personnel pour les personnes concernées et un bénéfice collectif du fait de la diminution du risque de transmission.

Les études confirment l'intérêt d'un traitement précoce le plus rapidement possible après le dépistage et le traitement efficace est l'objectif prioritaire de la prise en charge.

Comment transmettre ces informations sans susciter une banalisation de l'épidémie mais au contraire, inciter à connaître son statut pour mieux se protéger ou se traiter ? Questions sur lesquelles travaillent le groupe «prévention dépistage» du COREVIH.

Le COREVIH doit favoriser l'appropriation par l'ensemble des acteurs des connaissances et des enjeux. Le COREVIH favorise les échanges et la construction d'une culture commune en organisant des rencontres entre acteurs professionnels, associatifs et chercheurs.

Jérôme DERRIEN



Franck Marcé,
SIS association



Groupe

« Vivre avec le VIH et qualité de vie »

La qualité de vie est une dimension importante dans la prise en charge des personnes séropositives.

L'inscription du VIH dans les maladies chroniques ne peut faire oublier les contextes de vie particuliers de bon nombre de personnes séropositives : précarité, personnes contaminées depuis longtemps avec un parcours peu favorable au retour à l'emploi, discriminations maintenues à un haut niveau, tant dans le milieu familial que social.

Aussi, il est indispensable d'apporter des réponses adaptées à chacune.

Il est aussi important que les initiatives mises en place dans les différentes villes de la région soient mieux connues pour pouvoir échanger.

Dans ce sens, le COREVIH a organisé une journée de rencontre régionale avec pour objectif : Changer le regard sans méconnaître les difficultés de «la vie avec» et considérer la nécessité d'un accompagnement face aux discriminations.

Réunissant 45 personnes (membres d'associations qui accompagnent des personnes, soignants, personnes concernées..), ce temps de rencontre a permis tout d'abord d'actualiser les connaissances avec la présentation par des chercheurs des premiers résultats de l'enquête ANRS VESPA2 qui apportait des informations actualisées sur les besoins des personnes séropositives et confirmait les difficultés spécifiques qu'elles rencontrent, en particulier sociales (précarité, isolement, discriminations..) malgré les progrès thérapeutiques.

Des initiatives innovantes ont été rapportées comme l'accueil à la Maison de Vie de Carpentras (accueil pendant deux semaines pour rompre l'isolement et retrouver une dynamique de vie) mais aussi des ateliers sur « Mieux bouger, mieux manger avec plaisir » et «Etre et faire ensemble», ateliers animés par des associations de la région qui témoignaient des possibilités offertes aux personnes pour répondre à leurs difficultés.

Si ces expériences positives ont le mérite d'exister, le constat est fait que ces problématiques sont difficiles à valoriser auprès des financeurs, et les acteurs ressentent de plus en plus des difficultés pour obtenir un soutien.

Il est apparu à toutes et tous, la nécessité de faire reconnaître l'importance des enjeux.

Le besoin d'échanges et de faire connaître les actions est important et la mobilisation forte tant pour les personnes que pour les acteurs.

*Yves Dupont Redondo, Directeur de l'Association ENVIE
et Hélène Meunier, Médiatrice santé à ENVIE.*

« Le groupe de travail veut faire avancer l'importance d'aborder les personnes vivant avec le VIH dans leur globalité, au-delà des résultats biologiques. Il est en effet indispensable d'élaborer avec elles le « vivre avec » au travers des dimensions psychologiques, sociales, familiales, affectives, professionnelles, sexuelles etc...
L'objectif pour le COREVIH LR étant de mieux accompagner les personnes séropositives dans leur parcours de vie avec le VIH »



Groupe

« Prises en charge complexes des patients en détention »

Si dans l'ensemble des lieux de privation de liberté de la région, l'accès au dépistage du VIH-IST-Hépatites lors de l'entrée en détention et l'accès aux soins sont relativement bien assurés, des manques sont relevés concernant :

- Le renouvellement de l'offre de dépistage en cours de détention.
Or, il existe des prises de risque à l'intérieur.
- La difficulté d'accéder à des outils de réduction des risques (préservatifs, javel..) et l'absence de programmes d'échange de seringues.
- Le problème des sortants de prison : les ruptures de prise en charge sont fréquentes à la sortie de la prison avec des personnes qui n'ont pas les droits sociaux ouverts malgré le passage en détention.
Ce qui favorise une interruption de la prise en charge des soins à la sortie.

Les propositions que le groupe de travail du COREVIH ont élaborées :

- Renforcer le lien CPAM /Centres Hospitaliers /Centre Pénitentiaire pour l'ouverture des droits avec éventuellement des permanences en détention sur certains sites.
- La possibilité d'avoir des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) référents ou des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD) qui apportent une expérience en Réduction Des Risques (RDR). Ils peuvent contribuer à développer une culture commune et ainsi participer à la formation avec les personnels des centres pénitentiaire pour rendre possible la réduction des risques en détention.
- S'appuyer sur l'éducation thérapeutique pour améliorer le parcours de santé.

Sur le plan géographique, nous avons noté un manque d'informations concernant les centres de Carcassonne et Mende et des difficultés spécifiques sur Béziers qui vont mobiliser le COREVIH pour améliorer le dépistage et la prise en charge sur ce centre.



Groupe

« Prévention et prise en charge des personnes qui se prostituent »

Nous assistons progressivement au fil des années à un contexte de plus en plus répressif vis-à-vis de la prostitution de rue : arrêtés municipaux pour « troubles à l'ordre public » interdisant certains quartiers aux personnes qui se prostituent, les renvoyant vers la périphérie des villes avec une aggravation de l'insécurité, augmentation de la pénalisation via des amendes pour racolage...

Ce contexte, accompagné d'une augmentation de la précarité est peu favorable à la prévention des IST VIH et on note une augmentation des rapports non protégés ainsi qu'une évolution des produits consommés.

La question de la formation des professionnels est importante pour améliorer l'accès au droit commun des personnes.

Enjeu : Les acteurs soulignent le besoin de renforcer les échanges sur les territoires pour prendre le temps d'une construction commune de réponses plus efficaces. L'existence de « zones blanches » en particulier dans l'Aude a été soulignée et demande d'améliorer la connaissance des besoins et d'y répondre.

Le COREVIH a pris contact avec l'Agence Régionale de Santé pour partager ces informations et échanger sur les réponses à apporter.

Le point de vue du référent du groupe de travail : Franck Martin, ARAP Rubis (30)

Les travailleurs du sexe sont une population qui peuvent avoir, de par leur pratique, des comportements à risques concernant l'ensemble des IST.

Le travail avec le COREVIH permet une coordination des différentes pratiques de prévention, de dépistage, de prise en charge sur le territoire régional et des échanges entre ces acteurs.

Le COREVIH est un interlocuteur privilégié et déjà sensibilisé aux problématiques rencontrées par les travailleurs du sexe, ce qui permet de faire remonter les questionnements du terrain à un niveau régional.



« Anticiper les évolutions des besoins des personnes VIH : vieillissement et perte d'autonomie, quel devenir et prise en charge en structures d'hébergements ou à domicile ? ».

Face aux évolutions de la pathologie VIH-SIDA, le COREVIH a priorisé la problématique des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie vivant avec le VIH.

Compte tenu de l'allongement de la durée de vie, ces problématiques vont s'amplifier dans les années à venir. Les personnes séropositives qui nécessitent un accueil en structures ont peu de moyens financiers et sont souvent trop jeunes par rapport aux critères d'accueil (accueil en structure réservée aux plus de 60 ans)

Une enquête réalisée en Languedoc Roussillon dans le cadre d'un Mémoire en Master II « Vivre avec le VIH en structure d'hébergement » confirme les freins d'accueil et d'accès aux dispositifs existants.

Des problèmes d'hébergements identifiés

Pour les EHPAD*, accueillir des personnes vivant avec le VIH peut être difficile du fait de la différence d'âge entre des personnes séropositives relativement jeunes et les publics accueillis habituellement dans ces structures, avec des activités proposées inadéquates.

Le coût des traitements ARV, les peurs liées aux représentations des équipes médicales et para médicales sur la pathologie VIH ont été relevées comme des freins à leur admission. La prise en charge des personnes ayant des troubles neurocognitifs et neuropsychiatriques liés au VIH, est rendu difficile par le manque d'établissement adapté et l'inadéquation des dispositifs de maintien à domicile- type SAVS* ET SAMSAH*- conçus pour le handicap mental ou moteur. Précarité sociale, obstacles au maintien aux soins des personnes migrantes, relai par la CMU inégalement appliqué compliquent encore les prises en charge.

Aux pistes de réflexion

C'est par un travail en amont avec les EHPAD, en proposant des formations et un accompagnement que nous pourrions rendre moins anxiogène la prise en charge des PVVIH, l'idée étant de développer des expérimentations partenariales avec quelques structures accompagnées par le COREVIH.

Dans le même esprit, nous proposons d'innover avec des prises en charge expérimentales par des structures de droit commun, qui habituellement accueillent des personnes qui sont porteuses de handicaps physiques ou psychiques, ou pour les situations les plus complexes, évaluer les possibilités et capacités de prise en charge par les familles d'accueil agréées.

La création des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) dans l'Hérault pourrait être un dispositif d'appui et de relai adapté aux pathologies chroniques.

Ces constats et propositions ont été partagés avec les tutelles (ARS) et doivent faire l'objet de contact avec les acteurs du champ médico-social : fédérations qui gèrent des EHPAD et des structures de maintien à domicile, avec les conseils départementaux et tous les acteurs impliqués dans ces prises en charge.

« Les personnes vivant avec le VIH sont parfois dans une situation de précarité, de vieillissement qui entraîne une perte d'autonomie.

Cette situation engendre inévitablement des difficultés liées à la recherche de solution d'hébergement »

*Vincent Saucourt, Chef de service AERS-ACT,
Montpellier référent du groupe de travail du COREVIH*

« La perte d'autonomie, le vieillissement ou les situations de précarité peuvent engendrer des problématiques d'hébergement pour les personnes vivant avec le VIH.

En regroupant les acteurs concernés par ces questions, le COREVIH permet une analyse régionale et la promotions d'actions visant à améliorer l'accès à des hébergements et des prises en charge adaptées (Logement, Appartements de coordination thérapeutiques, hébergement d'insertion, établissements médico-sociaux, Ehpad...) »

Laurent Giorgetti, Assistant Social, CHU de Perpignan.

* EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

* SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

* SAMSAH : service d'accompagnement médicosocial pour adulte handicapé

Groupe

« Améliorer le parcours de santé »

Un projet qui interpelle tous les acteurs mais également les personnes séropositives elles-mêmes.

Améliorer le parcours de santé suppose que nous identifions tous les freins à l'accès à l'information et aux soins que peut rencontrer une personne. C'est aussi repérer tous les acteurs qui seront des ressources pour favoriser la qualité des soins et dans une approche plus large, l'ensemble des acteurs qui peuvent concourir à la santé de la personne.

Car les constats du suivi des personnes séropositives pour le VIH (patients perdus de vue ou dont le traitement n'est pas complètement efficace du fait d'une mauvaise observance) témoignent potentiellement de difficultés dans le parcours de santé.

Les difficultés autour de l'appropriation des informations concernant la «prévention positive» (C'est-à-dire la capacité des personnes séropositives à gérer leur sexualité pour ne pas transmettre le VIH), confirment que le parcours de santé ne peut impliquer seulement les soignants et les soins.

Le recueil des données saisi dans du dossier médical informatisé Nadis (dossier de spécialité VIH) permet d'identifier les «perdus de vue» (patients qui ne consultent plus depuis un an) et le rythme des consultations. Ces éléments peuvent être importants pour comprendre d'une part les échecs et d'autre part les comportements des médecins vis à vis des patients :

Est ce que l'amélioration de l'état de santé amène à espacer les consultations ou non ?

Et si non, quelles en sont les raisons ?


Le travail de ce groupe va donc consister à identifier, analyser et proposer des réponses aux besoins identifiés. Pour la première année de cette action, l'objectif est donc de faire un état des lieux des besoins et des freins, tant du côté des personnes séropositives que des soignants et des accompagnants dans l'amélioration du parcours de santé et concrètement cela passe par la consultation de ces acteurs.



« Le groupe de travail a pour objectif d'optimiser le suivi PVVIH ».

Jean Michel Cabot, médecin libéral, référent du groupe

Pour cela, il faut identifier, pour les patients et les soignants les besoins, les ressources et les obstacles gênants les réponses aux besoins. Nous devons aussi avoir une bonne connaissance des acteurs médico-sociaux et associatifs de chaque ville. Ceci permettra de repérer les « perdus de vue » et les patients à charge virale non contrôlée dans le but d'optimiser la « cascade de soins »



Le VIH en chiffres dans la région Languedoc Roussillon

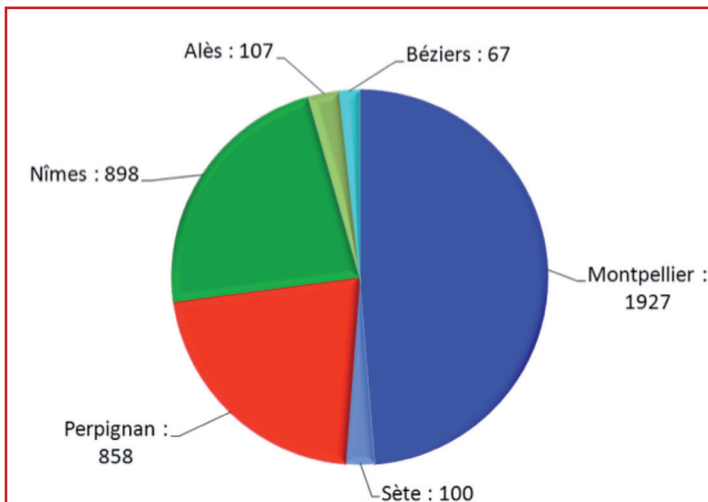
Dans le cadre de son rapport d'activité annuel, le COREVIH transmet les nouvelles données concernant l'évolution de l'épidémie aux autorités sanitaires. Ces données sont collectées par l'équipe du COREVIH grâce au dossier médical de spécialité appelé Nadis.

Ces données vont permettre d'adapter la prise en charge et les actions de prévention de tous les acteurs

1. La file active hospitalière

La file active VIH se définit par le nombre de patients en situation de suivi au 31 décembre de l'année étudiée dans les centres hospitaliers de la région et ayant eu au moins une consultation.

● **Répartition de la file active 2014**
Données numériques Nadis = 3957



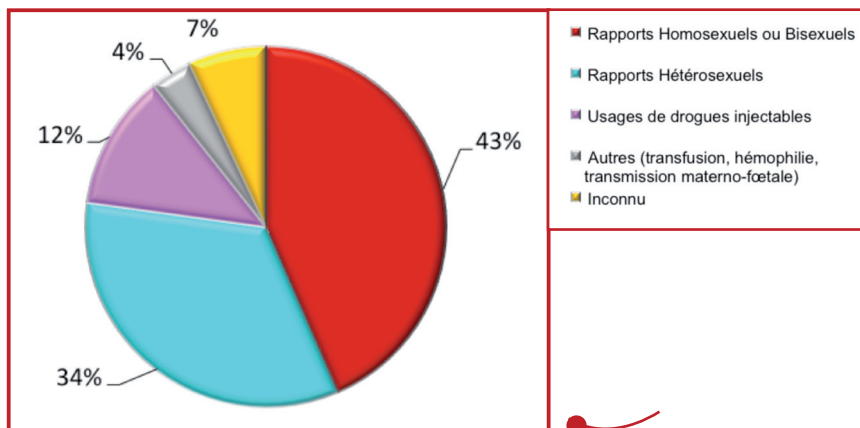
La file active est passée de 3 139 en 2011 à 3 683 en 2014 avec un pourcentage d'augmentation identique sur les trois principaux sites qui sont : Montpellier, Nîmes et Perpignan.

Cette augmentation peut s'expliquer par la prise en charge de nouveaux patients récemment diagnostiqués et / ou en provenance d'un centre hospitaliers d'une autre région.

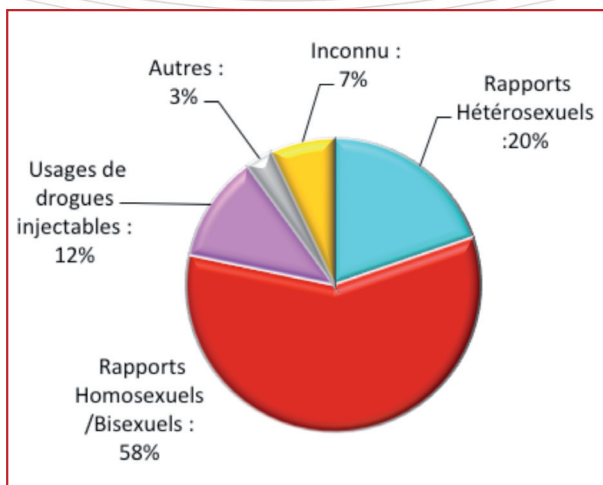
2. Mode de contamination de la population suivie à l'hôpital en Languedoc Roussillon en 2014

● Répartition des modes de contamination probables de la file active

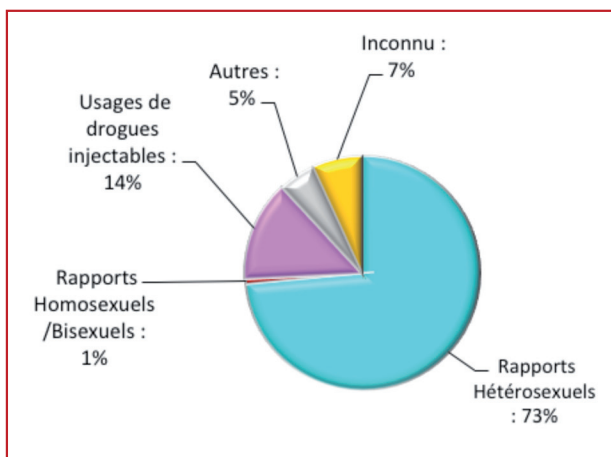
Données Nadis N= 3957



● Mode de contamination probable pour les hommes en 2014



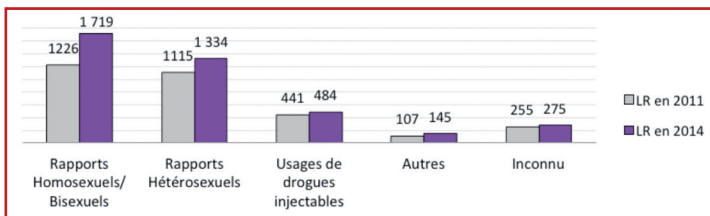
● Mode de contamination probable pour les femmes en 2014



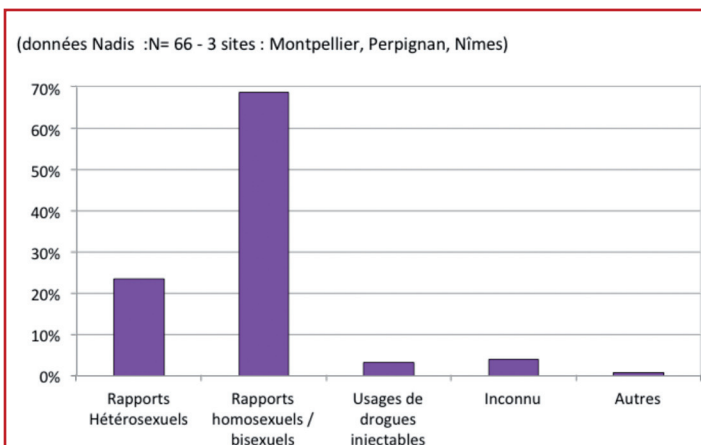
La prédominance de la contamination HSH (Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes) se confirme avec une augmentation entre 2011 et 2014 sur tous les sites.

Evolution du Mode de contamination probable pour les Hommes

(N₂₀₁₁ = 3144 ; N₂₀₁₄ = 3957)

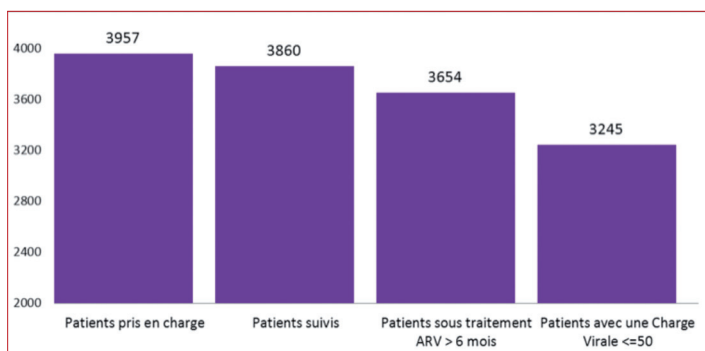


3. Les Nouvelles prise en charge hospitalière : modes de contamination probables



En 2014, il y a, 9% de femmes et 91 % d'hommes, nouvellement contaminé.

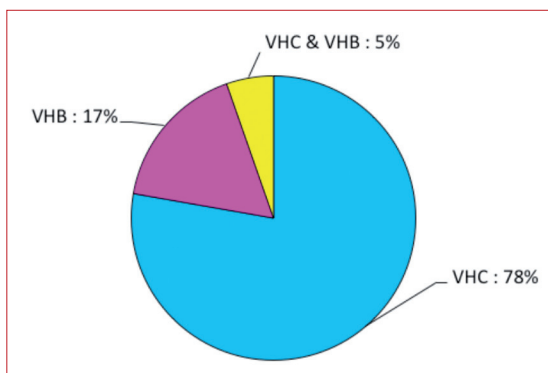
4. Cascade de la prise en charge dans les soins en 2014 en Languedoc-Roussillon



La cascade de la prise en charge dans les soins représente l'écart entre le nombre de personnes dépistées qui sont venues consulter dans un service de soins (1° colonne), le nombre de celles qui restent dans le système de soins (2° colonne), le nombre de celles qui prennent un traitement depuis plus de 6 mois (3° colonne) et le nombre de celles qui ont un traitement efficace (4° colonne).

L'écart entre la 1° et la 4° colonne révèle les efforts à faire pour obtenir que toutes les personnes séropositives (à qui un traitement est proposé dès le diagnostic connu) aient une charge virale indétectable = succès thérapeutique.

5. Coinfection VIH – Hépatites virales B et C en 2014 : sur 3 sites Montpellier, Nîmes, Perpignan (données Nadis : 84)



La prise en charge de la coinfection VIH-VHC dans les années à venir, va être bouleversée compte tenu du taux de guérison important avec les nouveaux traitements du VHC.

6. Les grossesses

Le nombre de grossesse est passé de 22 à 31 de 2011 à 2014. Aucun enfant n'a été contaminé en 2014 dans le cadre de la transmission verticale de la mère à l'enfant.

7. Les AEV (Accidents Exposition au risque de transmission Virale)

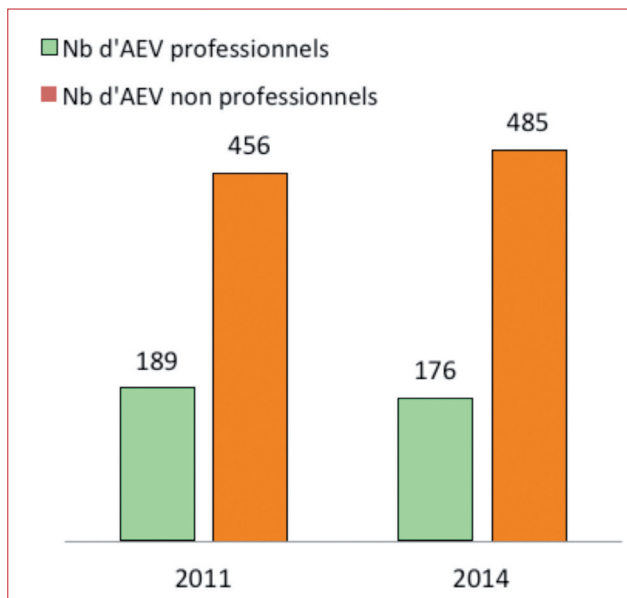
Un traitement préventif peut être prescrit pour 4 semaines en cas d'exposition très récente au virus VIH (AEV) : il a pour objectif d'éviter la transmission du VIH. Ce traitement est proposé soit à des professionnels qui ont été exposés à un risque dans le cadre de leur travail ou à des personnes qui ont pris des risques (en particulier sexuels).

Les AEV professionnels représentent 1/4 des AEV.

Les AEV non professionnels concernent essentiellement la tranche d'âge 18 - 30 ans (56%) avec 67 % des hommes et 33 % des femmes.

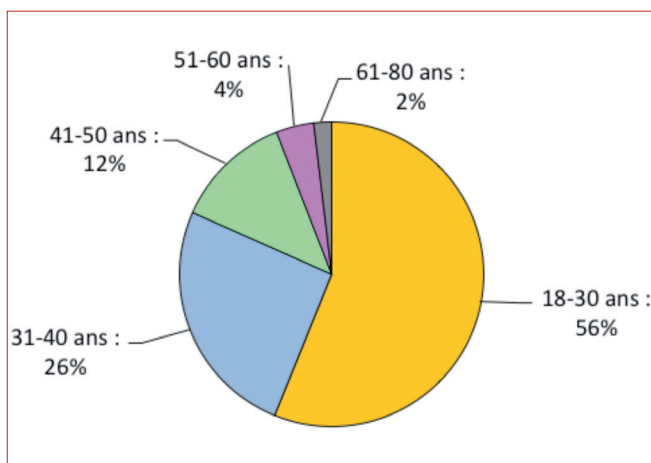
Evolution du nombre des AEV

(sur 3 sites : Montpellier- Nîmes - Perpignan)



● Répartition des AEV en fonction de l'âge, en 2014

(3 sites : Montpellier - Nîmes - Perpignan)





www.corevih-lr.fr

Conception COREVIH-LR -

Réalisation : Direction de la Communication - 04 67 33 93 43 - G. Faugier - 11/2015