

Synthèse des rapports d'activité 2013 / 2014
Des comités de coordination de la lutte contre
L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
(COREVIH)

Créé en 2007, le COREVIH (Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine) est une instance régionale et collégiale dont l'expertise pluridisciplinaire répond aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH.

I. Synthèse des rapports d'activité 2013 /2014 des COREVIH

Le suivi de l'activité des Comités de coordination régionale de lutte contre l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) a pour objet de mesurer l'activité de l'ensemble des COREVIH dans une approche missions – moyens.

Il s'inscrit dans l'objectif de conforter le rôle des COREVIH dans le dispositif de lutte contre le VIH pour renforcer les actions de coordination des acteurs, de diffusion de bonnes pratiques et de suivi épidémiologique de l'infection.

Dans ce cadre, la DGOS et la DGS réalisent la synthèse des rapports annuels d'activité des COREVIH à partir d'un outil informatique de recueil des données standardisé rempli par chaque COREVIH, validé par les établissements sièges et les ARS, et consolidé au niveau national.

La première version de ce rapport dématérialisé, élaborée pour le recueil d'activité 2012 des COREVIH, a fait l'objet d'améliorations au fil du temps tenant compte des observations transmises par les COREVIH et des échanges au sein du groupe de travail national (GTN) des COREVIH.

Cette nouvelle version des rapports d'activité 2013/2014 fait ainsi l'objet d'un certain nombre d'évolutions par rapport à 2012, eu égard notamment aux suggestions des COREVIH aux fins d'améliorer ce document.

A. Méthodologie

Le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la création des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et la circulaire du 27 août 2007 (circulaire DHOS/E2/DGS/2007/328) relative au rapport d'activité type des COREVIH prévoient la rédaction d'un rapport d'activité annuel par les COREVIH sur la base d'un modèle type. Ces instances de coordination sont chargées de remplir trois missions :

- favoriser **la coordination des professionnels du soin**, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de **la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques** ;
- procéder au recueil et à l'analyse des **données épidémiologiques régionales**.

Le rapport d'activité des COREVIH s'inscrit dans une généralisation des rapports d'activité des structures éligibles aux financements MIG (**programme PIRAMIG**). Bien que les COREVIH soient maintenant financés par le FIR, il a été considéré que leur maintien de ce cadre permettait d'assurer une continuité dans l'évaluation de l'utilisation des moyens attribués et dans la valorisation des activités développées par les COREVIH.

Le rapport se présente en deux parties : une partie correspondant au modèle de rapport type déjà connu des COREVIH, dont la partie financière est saisie en lien avec les directions des affaires financières (DAF) des établissements sièges, et une partie comprenant des « fiches actions ». Ces fiches actions se présentent comme de courtes synthèses regroupant l'ensemble des actions mises en œuvre par les COREVIH pour un même objectif thématique. Il est prévu que 5 à 15 fiches actions soient saisies par chaque COREVIH dans son rapport.

Pour l'élaboration de la présente synthèse relative à l'activité 2013 et 2014, les 28 COREVIH ont renseigné la grille standardisée en lien étroit avec les directions des affaires financières de leurs établissements sièges. L'analyse des différents rapports d'activité relatifs aux années 2013 / 2014 témoigne, comme les années précédentes, du développement et de la richesse du travail effectué par les COREVIH et de l'investissement de tous les acteurs. Pour 2013, comme pour 2014 la synthèse nationale garde un format comparable à celui des années précédentes dans l'attente d'une automatisation plus développée. Il convient de souligner par ailleurs, que l'analyse et le traitement des données 2013 /2014 a été réalisé avec l'aide du bureau SDR6 de la DGOS par des outils statistiques différents des années précédentes (utilisation de tableaux croisés dynamiques). Il convient de souligner qu'à cette occasion, le choix a été fait de reformater la distribution des régions dans les graphiques par ordre alphabétique.

Le traitement et l'analyse des données « épidémiologiques » des années 2013 / 2014 pose des problèmes de fond :

La DGOS a rencontré des difficultés techniques concernant le décompte des données de la file active. En effet, celui-ci est rendu difficile, voire impossible à approcher, en raison des différentes sources utilisées par les COREVIH (DOMEVIH, NADIS, sources locales). En outre, les traitements effectués pour rapprocher ces données relatives à la file active des patients avec d'autres variables (nombre de patients par régions géographiques, nombre de patients répartis par sexe, par mode de contamination, ...) ont révélé des incohérences trop importantes avec les données file active, qui invalident toute possibilité d'analyse.

Il paraît important d'insister sur le fait que cette situation est la résultante d'un double problème :

a) La définition des sources de la file active.

Il s'agit d'un problème ancien mais qui désormais prend une dimension dirimante. Au vu des résultats, il convient plus que jamais de se poser la question de la source de données à prendre en considération. En effet, si on prend en compte la seule source DOMEVIH, on se coupe d'une part significative de données et cela ne reflète pas l'entière réalité de l'activité des COREVIH. En sens inverse, le cumul de données issues de plusieurs sources ouvre la possibilité de multiples comptages qui se recouvrent, comme cela s'est vérifié en 2013 / 2014.

b) La qualité des données en général (file active+ statistiques thématiques).

Il convient de pondérer cette affirmation. En effet, pour une majorité des COREVIH, les données sont correctement remplies et on ne relève pas de discordance entre file active et variables thématiques. Cependant, comme certains COREVIH n'ont pas renseigné ces informations avec la même rigueur, cette situation met en cause la rigueur globale des données et compromet les tentatives d'exploitations transversales.

Ces deux points devront faire l'objet pour l'avenir de réflexions et décisions notamment dans le GTN.

S'agissant des données 2013 /2014 et après discussion en interne à la DGOS et recherche méthodologique (avec l'appui du Bureau SDR6), la seule donnée qui s'est révélée opératoire est celle issue du renseignement par les COREVIH des lignes relatives au sexe (hommes, femmes, trans). En effet, cette donnée mise en relation avec les autres variables épidémiologiques s'avère relativement cohérente et robuste (sans l'être toutefois à 100%). Pour ces raisons, elle a donc été choisie comme base de données « files active » pour les analyses épidémiologiques. Il s'agit d'un parti pris méthodologique, mais cette donnée semble être celle qui est la mieux renseignée dans la base. Pour cette raison elle a été choisie comme hypothèse de travail.

Les résultats exposés dans cette synthèse devront donc être considérés sous cette réserve.

Pour en faciliter la lecture, la synthèse des rapports d'activité de 2013 / 2014 reprend à nouveau le plan déjà élaboré pour les synthèses des années précédentes en suivant, dans une première partie, la trame du rapport type.

La synthèse des fiches actions (qui est sous la responsabilité de la DGS) fait l'objet d'une deuxième partie afin de permettre une réflexion globale et un échange sur les actions remarquables développées dans les régions sous l'impulsion des COREVIH.

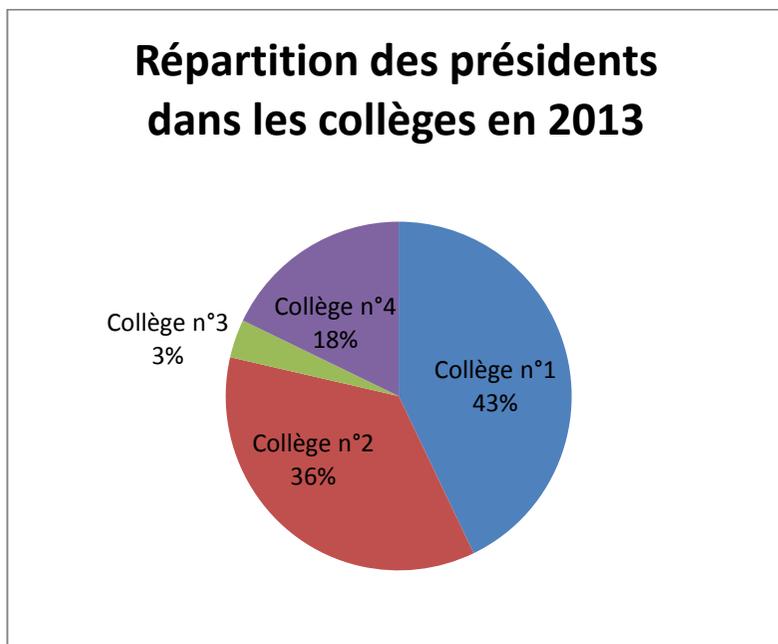
Il faut par ailleurs insister sur le fait que la synthèse des rapports 2013/2014 ne peut être considérée comme une référence totalement fiable pour les raisons expliquées en supra. Les résultats des années 2013 /2014 sont donc à lire avec précaution et sans en tirer des conclusions formelles.

B. Eléments organisationnels des COREVIH : « Gouvernance, rattachements administratifs, financements, moyens en ETP, indicateurs de fonctionnements, outils informatiques généraux, outils de communication ».

Répartition des membres des instances dans les COREVIH :

- Les bureaux des COREVIH : Présidents

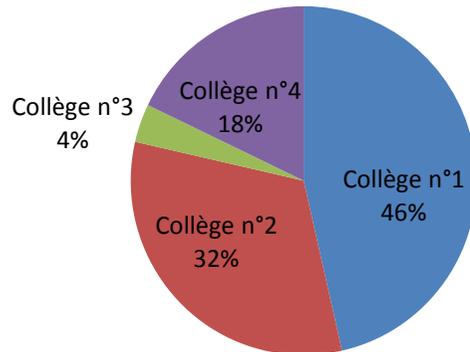
Répartition des collèges en 2013 :



- **collège 1** (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux),
- **collège 2** (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale),
- **collège 3** (représentants des malades et des usagers du système de santé),
- collège 4** (personnes qualifiées)
- **collège 4** (personnalités qualifiées).

En 2014

Répartition des présidents dans les collèges en 2014

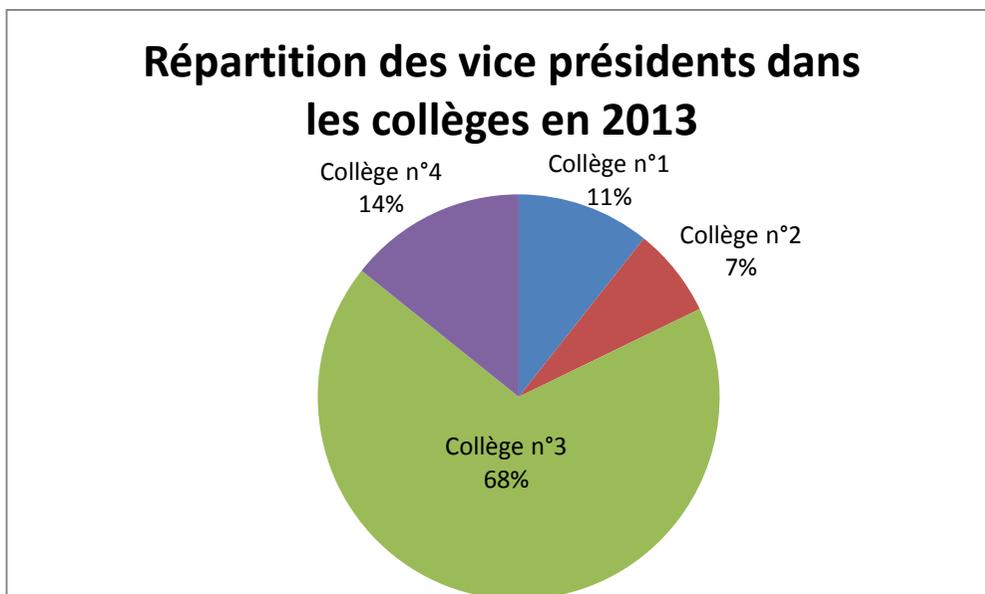


Par rapport aux années précédentes (synthèses 2008 à 2012) : on note une **baisse relative** de la représentation **des professionnels de santé et de l'action sociale » (collège 2)** pour la fonction de président. La part des « représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux » (collège 1) est la plus importante, elle se situe à 46% en 2014 soit pas loin de la moitié.

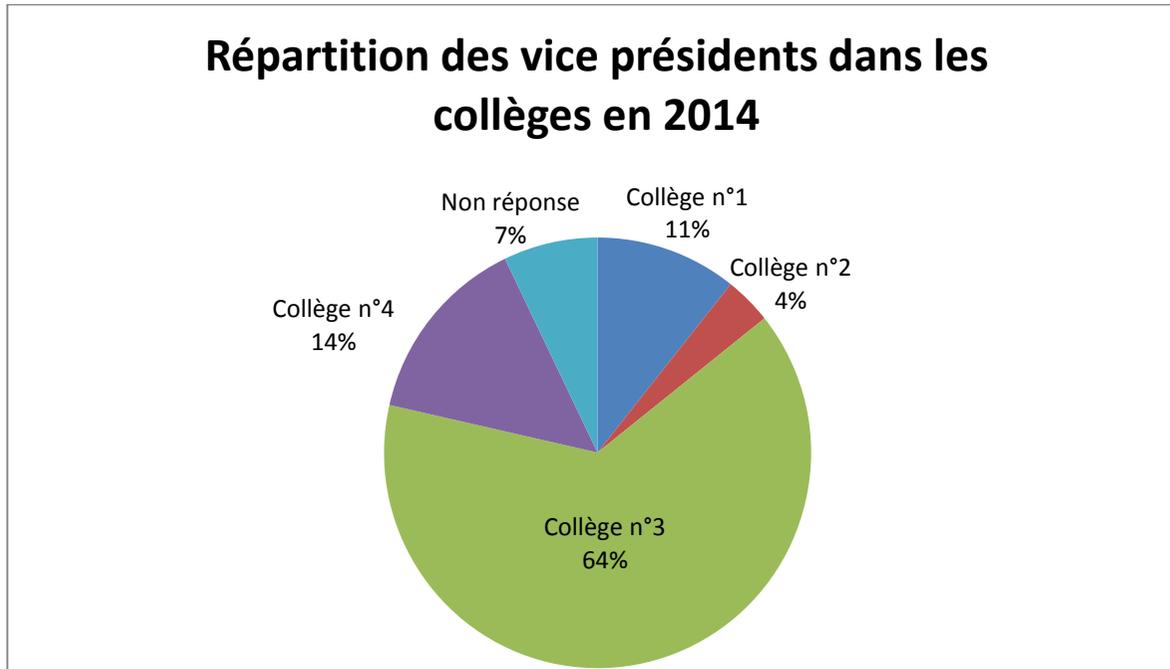
La part **des** « personnalités qualifiées » du collège 4 reste stable à 18 %.

Vice-présidents des COREVIH :

Répartition des collèges en 2013 :

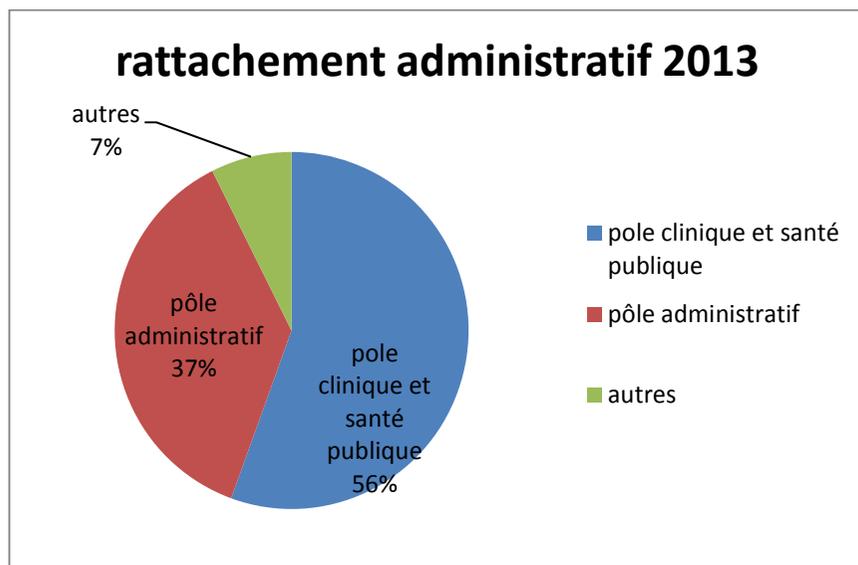


Répartition des collèges en 2014 :

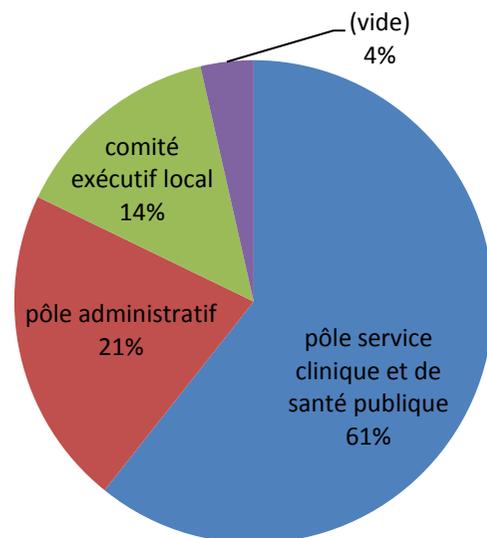


On observe, comme les années précédentes, une prédominance de la représentation du collège 3 / usagers. La part du collège 2 (professionnels) diminue de 7 à 4%. La part du collège 1 est stable (11%) ainsi que celle du collège 4 (14 %).

- Les Rattachements administratifs des COREVIH



Rattachement administratif 2014



On note qu'en 2013/2014, le rattachement des COREVIH à des services ou des pôles (en général Pathologies infectieuses ou pôle clinique médicale) s'accroît (56% en 2013, 61 % en 2014 versus 37% en 2012). Le rattachement à un pôle administratif reste stable (37%).

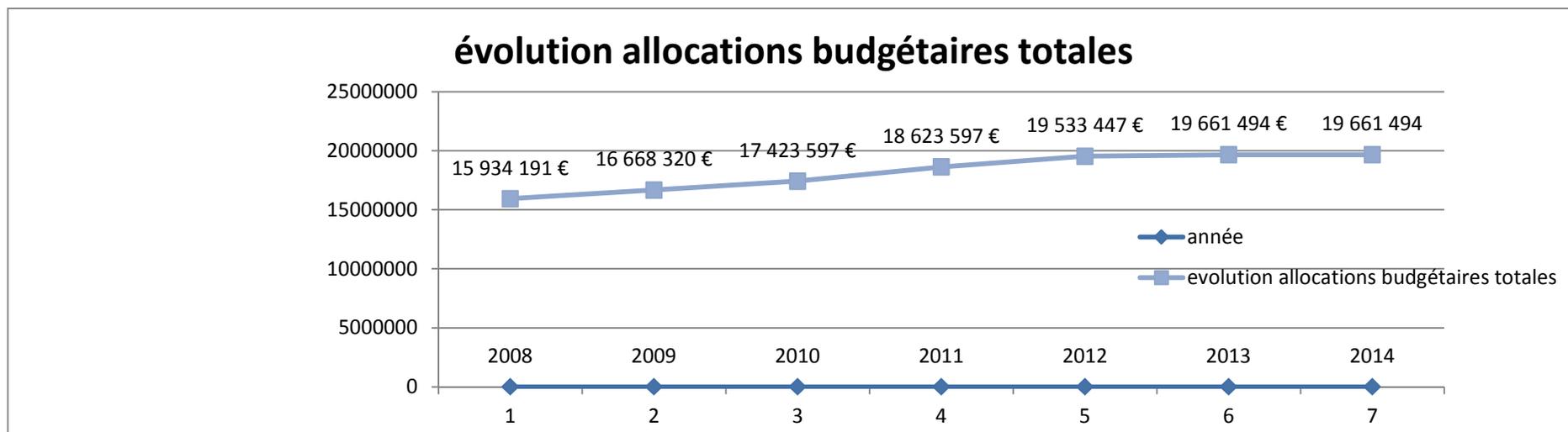
En 2013, il n'y a plus de COREVIH rattaché aux comités exécutifs locaux (AP-HP = sous-ensembles de la CME), mais il s'agit d'un biais de présentation dû au rattachement pour cet exercice des CEL dans la catégorie « autres » qui pour cette raison est plus forte qu'en 2014

- Les financements des COREVIH en 2013 /2014:

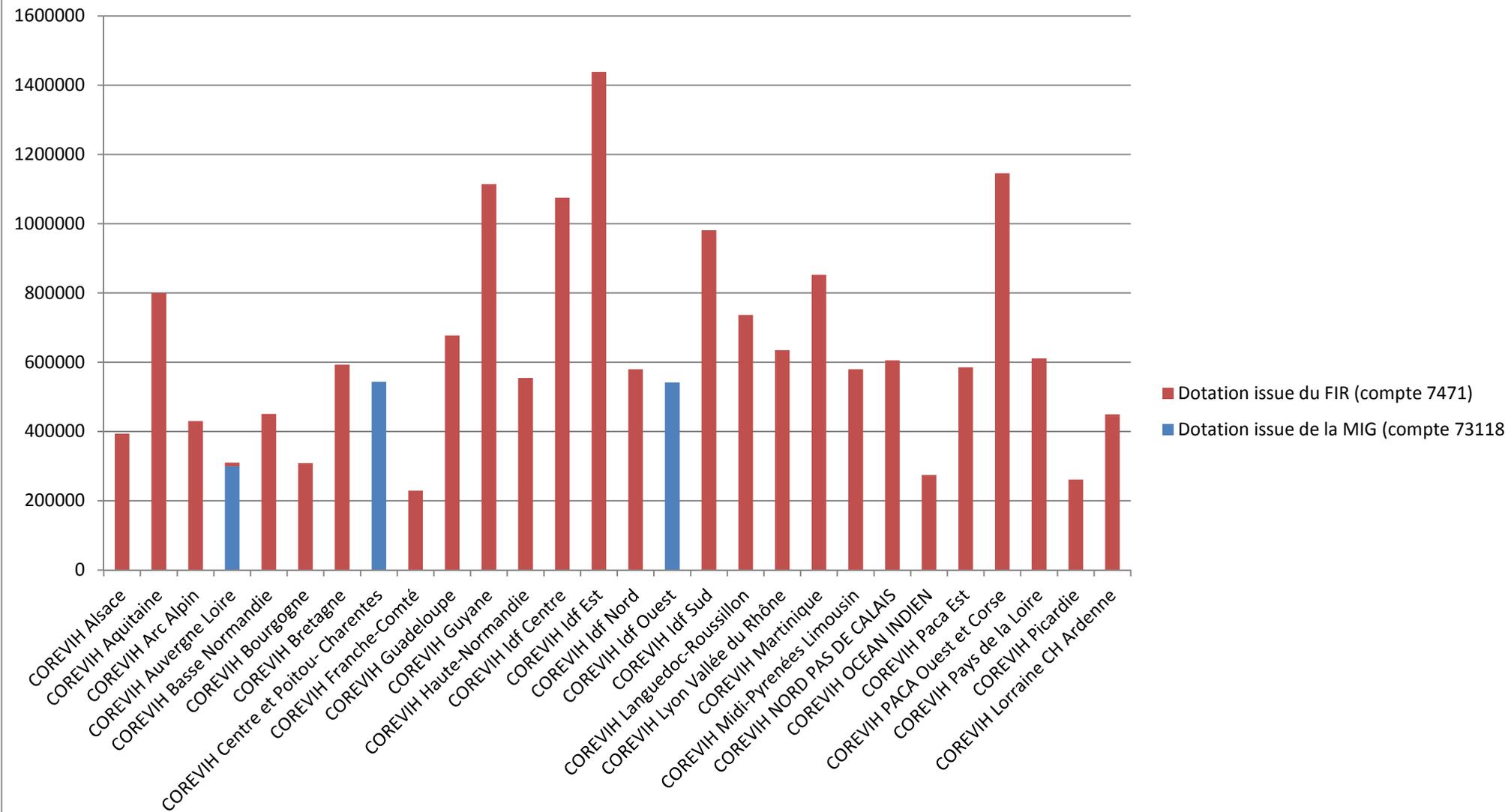
Depuis 2013, les COREVIH sont financés au titre du Fond d'intervention régional (FIR). La dotation reste cependant basée sur le modèle national précédemment utilisé pour la MIG. Le montant national des crédits affectés par les ARS aux établissements sièges des COREVIH pour l'année 2014 est de 19 661 494 euros comme en 2013. Depuis la création des COREVIH en 2007, on note une augmentation régulière de ces dotations dans un contexte de rigueur budgétaire accru des établissements publics de santé. Pour 2014 le montant total alloué n'a pas varié par rapport à 2013, ceci constitue en soi une donnée positive au regard des diminutions de crédits observées sur d'autres MIG.

Pour les rapports 2013 / 2014, ce sont les directions des affaires financières (DAF) des établissements siège qui ont déclaré les montants reçus des ARS. La dotation budgétaire des COREVIH a progressivement augmenté depuis 2007 comme le montre le tableau ci-dessous. Le passage du mode de financement de la MIG au FIR s'est traduit par un maintien de l'enveloppe globale.

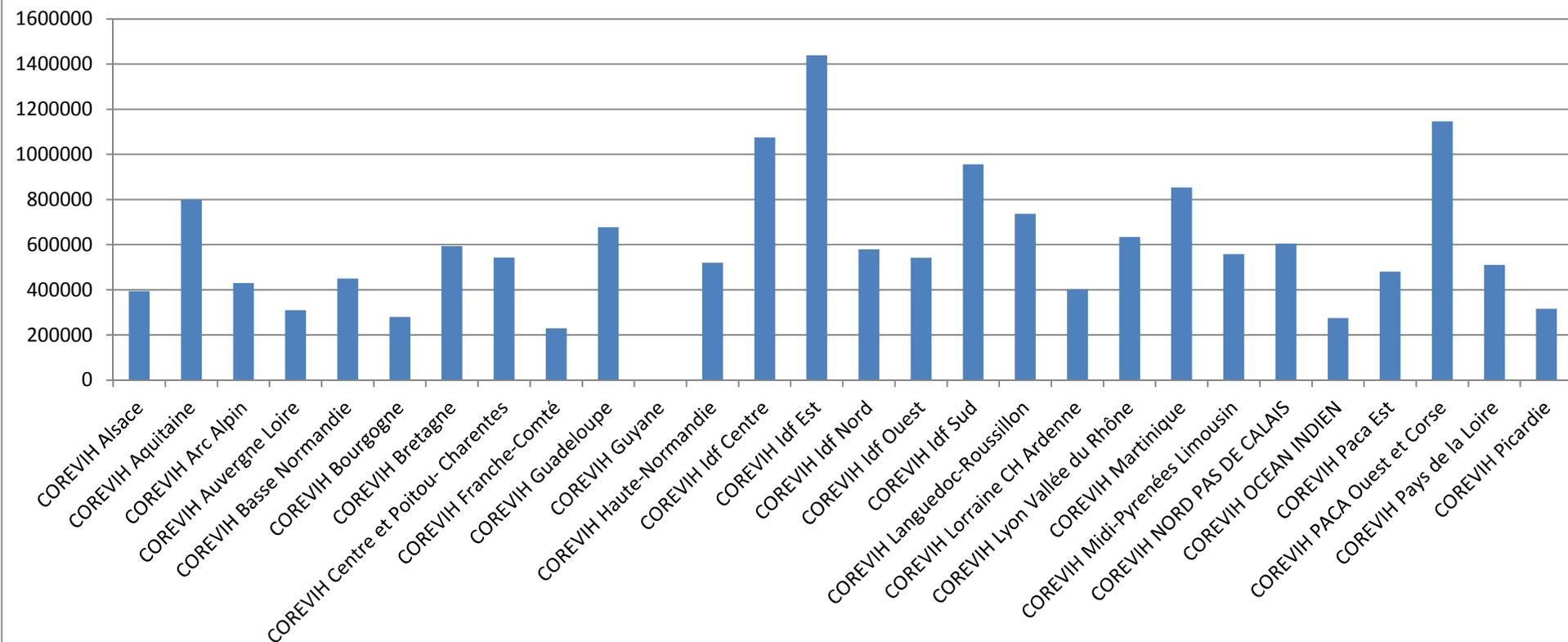
Il est néanmoins à préciser que ces montants sont ceux qui sont alloués aux ARS par le Ministère de la santé (DGOS) dans le cadre de la circulaire du FIR en début d'année. Il convient d'insister sur le fait que les ARS disposent de toute latitude pour ajuster ces montants à la baisse ou à la hausse suivant les priorités qu'elles attribuent à leurs politiques régionales.



Dotations FIR déclarées pour 2013



Dotations FIR déclarées pour 2014

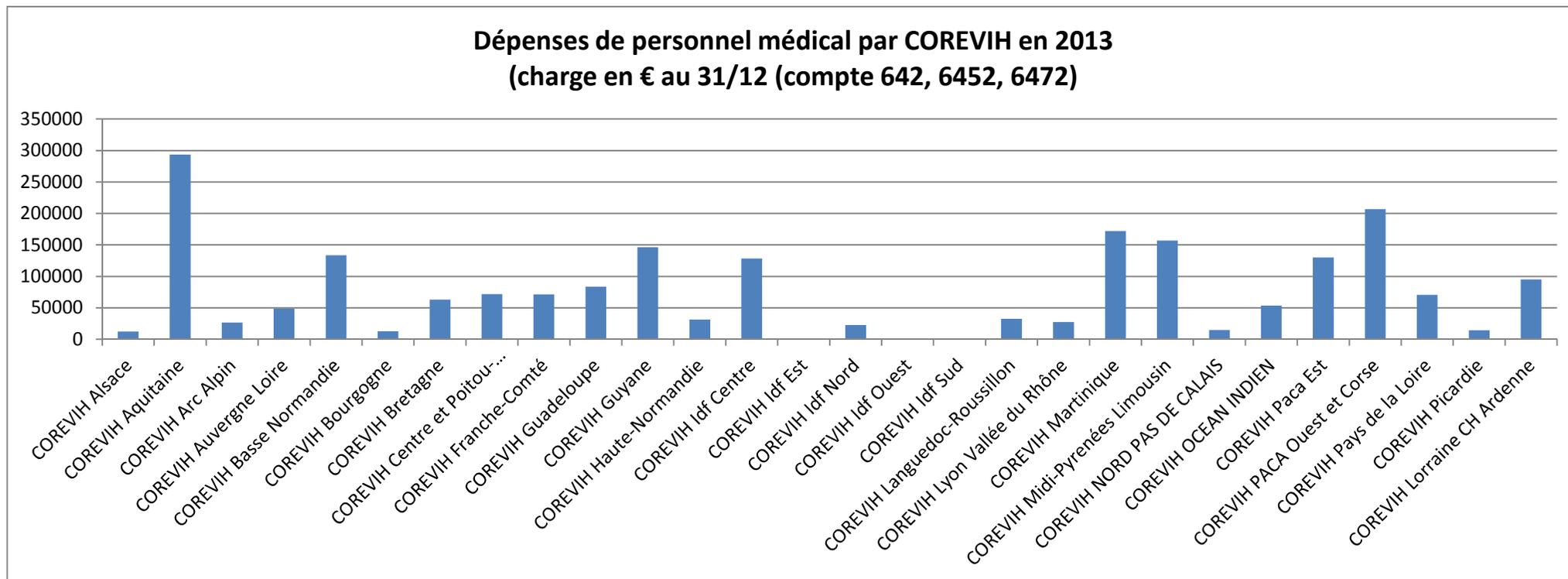


Pour l'exercice 2013, première année de financement via le FIR, les directions d'établissements n'ont pas toujours imputé à ce compte les crédits alloués (cf. COREVIH CENTRE POITOU CHARENTE, COREVIH AUVERGNE LOIRE ET ILE DE FRANCE OUEST) ;

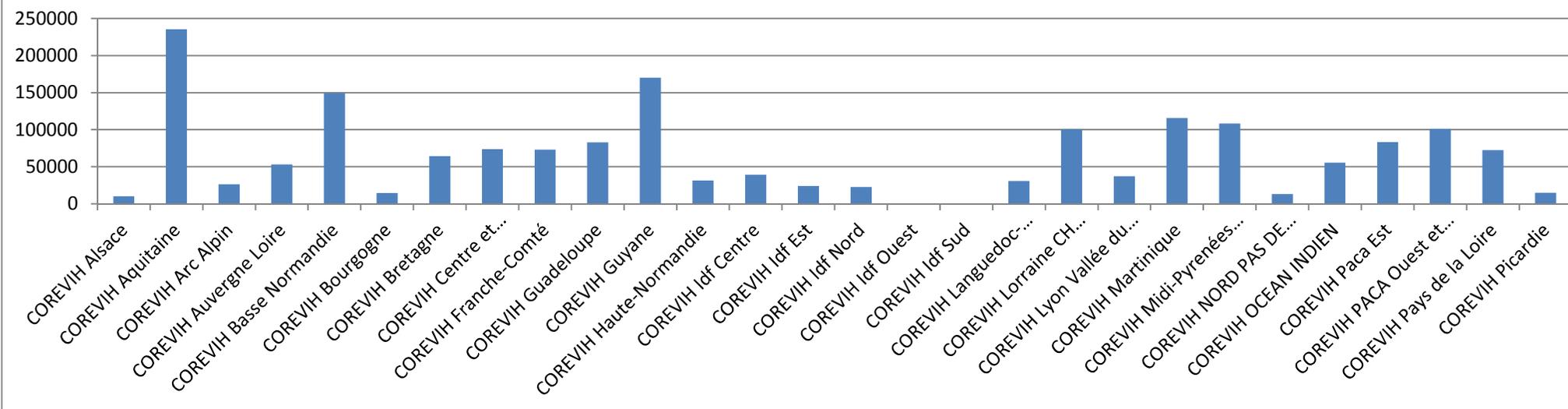
Pour 2014 l'ensemble des établissements ont imputé correctement les allocations budgétaires au FIR, avec une donnée manquante concernant la Guyane.

Les dépenses de personnel :

Dépenses de personnel médical



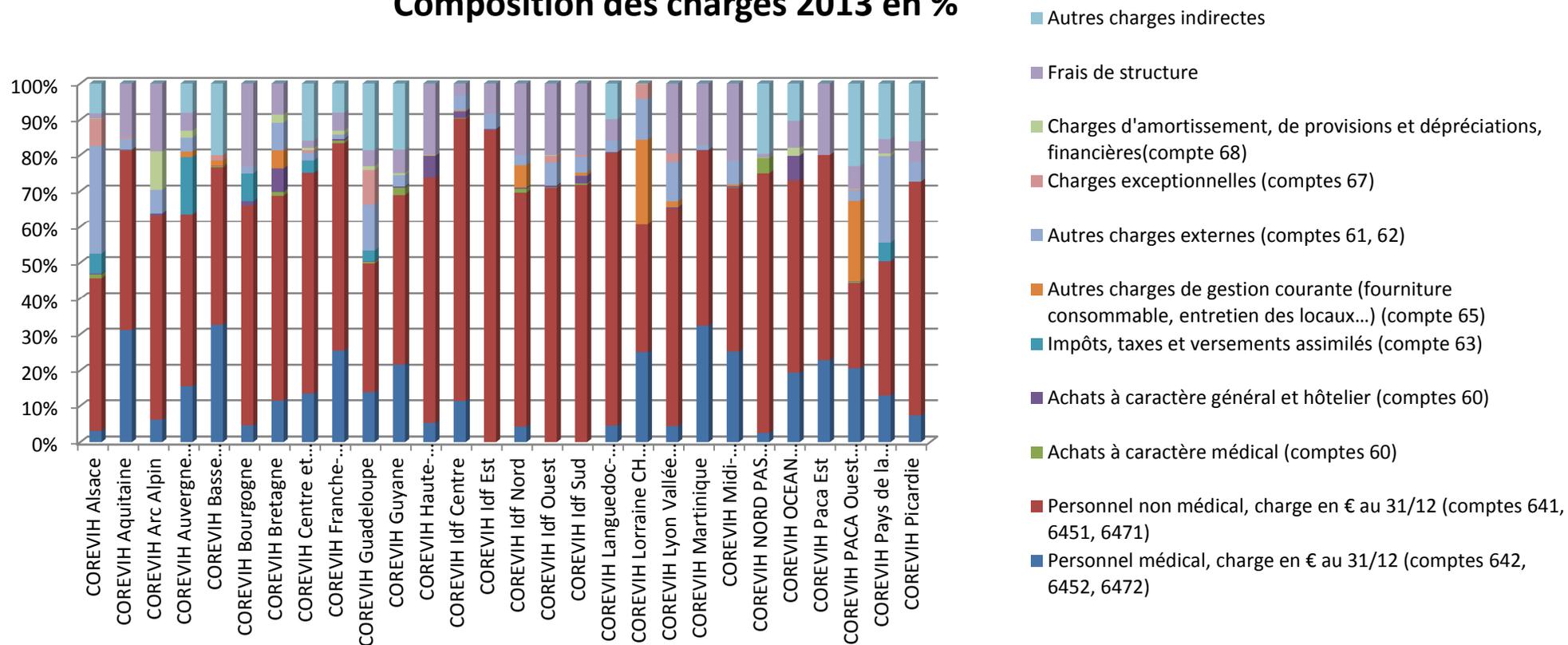
Dépenses de personnel médical par COREVIH en 2014 (charge en € au 31/12 (compte 642, 6452, 6472))



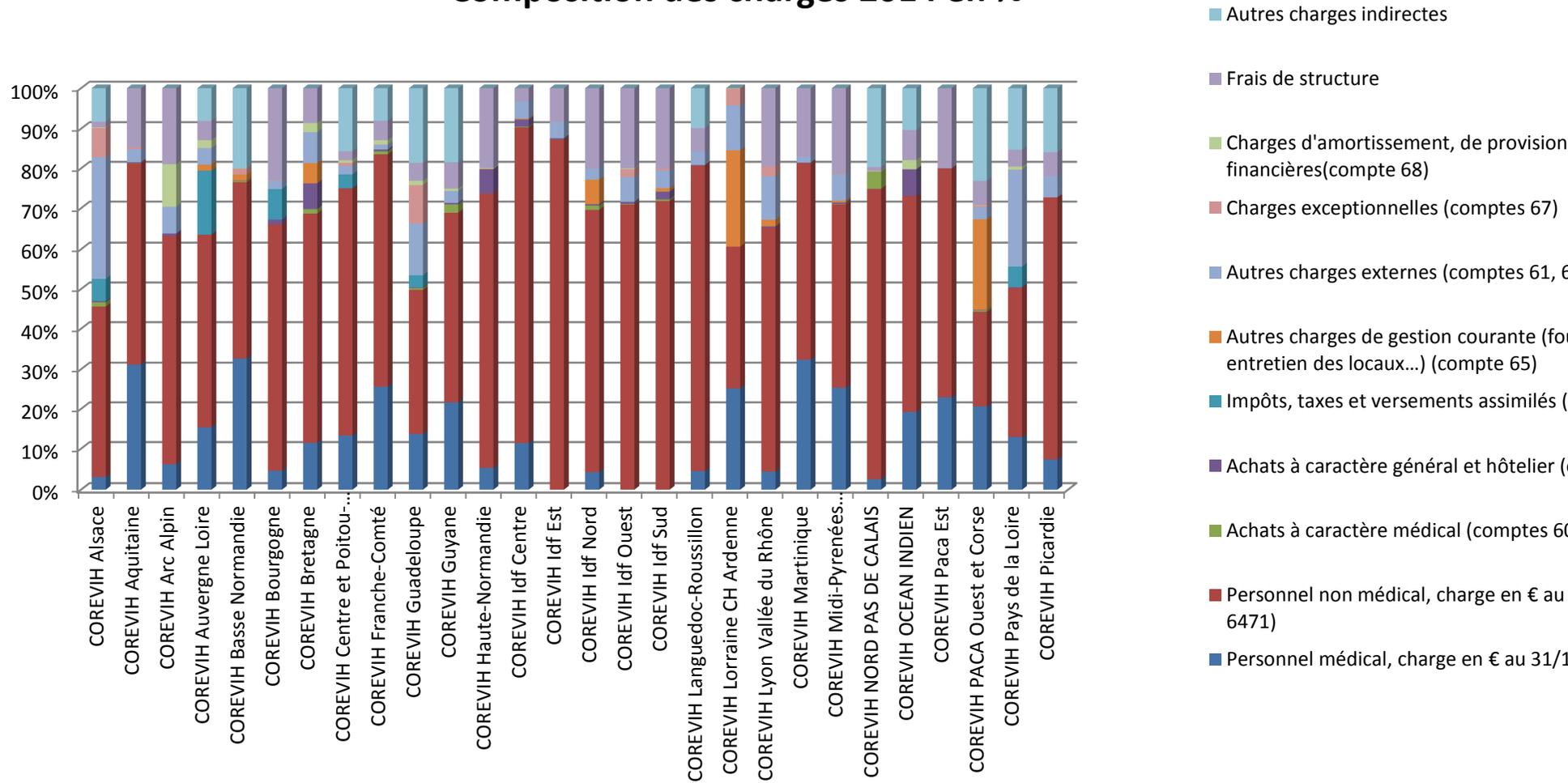
En 2013 et 2014, les directions des affaires financières ont transmis les informations détaillées, mais il existe encore des données manquantes pour certaines régions (COREVIH IDF sud et ouest). Il est donc difficile d'en tirer des conclusions générales. On note une permanence des montants importants pour l'aquitaine qui existait déjà en 2012, c'est le cas aussi de la Martinique, Midi-Pyrénées, Lorraine et Guyane tandis qu'une baisse est constatée en 2014 en PACA OUEST. A l'inverse on note un grand nombre de régions où le poids de ces dépenses est peu important (Alsace, tous les COREVIH de l'île de France)

Pour analyser ces faits, Il conviendra d'interroger les directions financières des établissements porteurs afin d'établir la part des problèmes d'imputation comptable ou celle découlant de la réalité des faits.

Composition des charges 2013 en %



Composition des charges 2014 en %

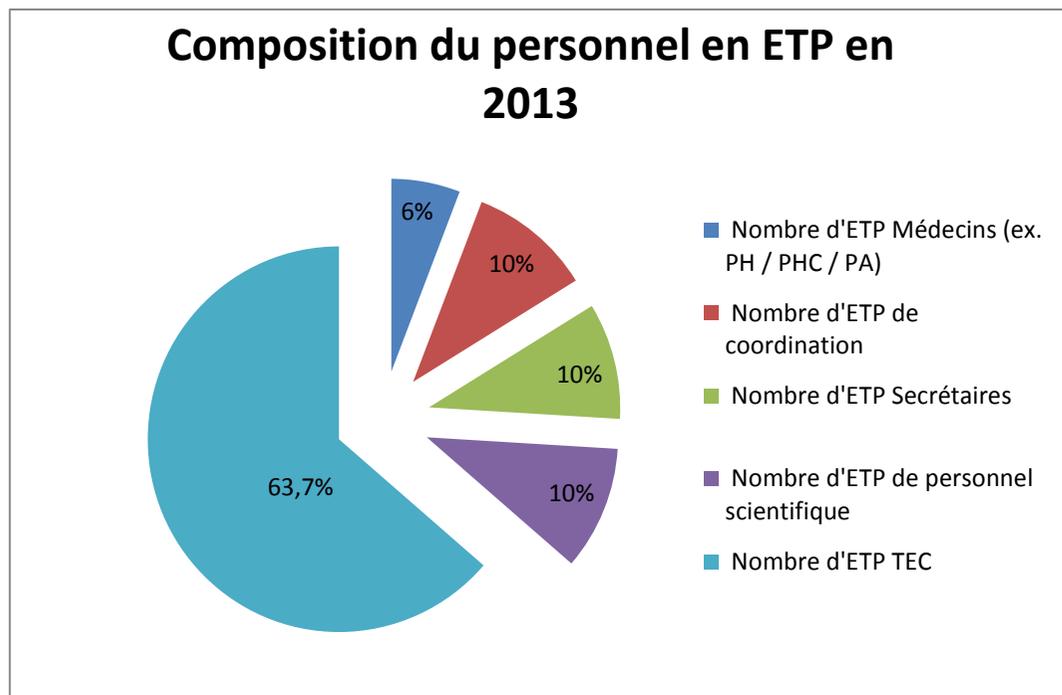


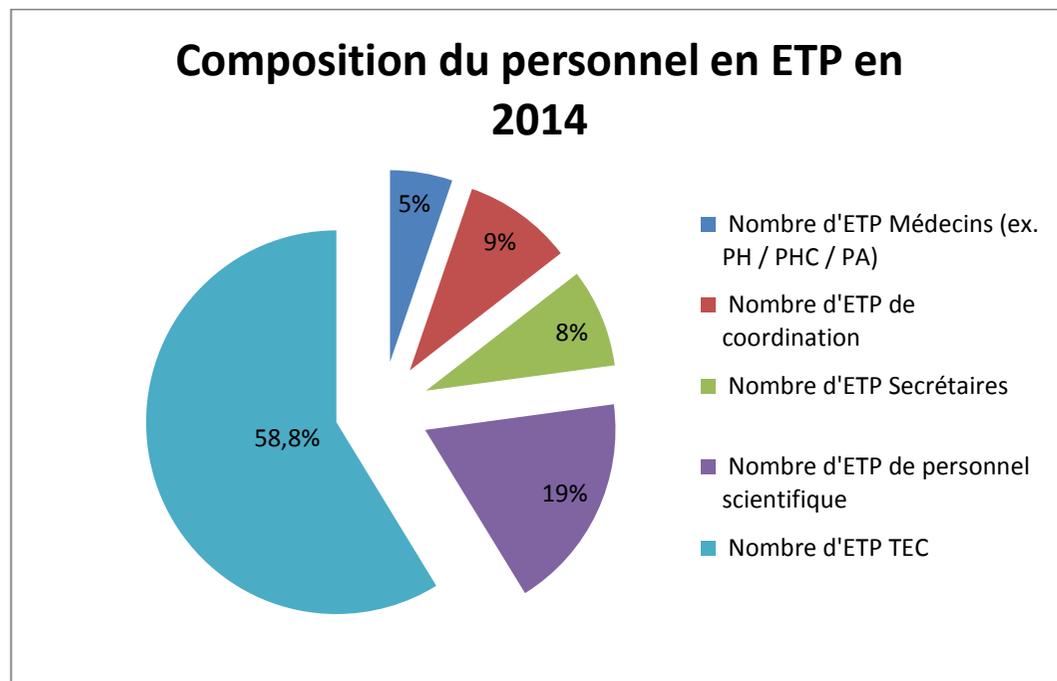
Pour 2013 et 2014, on note logiquement une part importante des charges de personnel non médical qui constituent dans toutes les régions le premier poste des charges. Néanmoins certains COREVIH déclarent une part importante de charges de personnel médical (cf COREVIH Franche comté, COREVIH LORRAINE-CHAMPAGNE – ARDENNES, les COREVIH de l'île de France).

COREVIH martinique); Il convient de remarquer le cas de l'Alsace où les charges de personnel médical sont très peu importantes alors que la part des « autres charges externes » (sous traitance) et autres charges indirectes paraît sur représentée par rapport aux autres régions.. On note également qu'aucun frais de structure n'apparaît pour les COREVIH Nord pas de calais et Basse Normandie. ce qui pose question. Ces éléments devront être confirmés.

Composition du personnel des COREVIH :

Entre 2013 et 2014, la composition des COREVIH reste dominée par les TECS (plus de 60%). Les personnels scientifiques sont en augmentation au détriment de la coordination et des secrétaires.





Composition en personnel non médical :

En 2013 et 2014, la part prépondérante des ETP de TEC et personnel scientifique est confirmée (cf. sa part dans les charges) avec près de 80% des effectifs. En 2014, La part des secrétaires diminue ainsi que la part des TEC au profit des ETP de personnel scientifique.

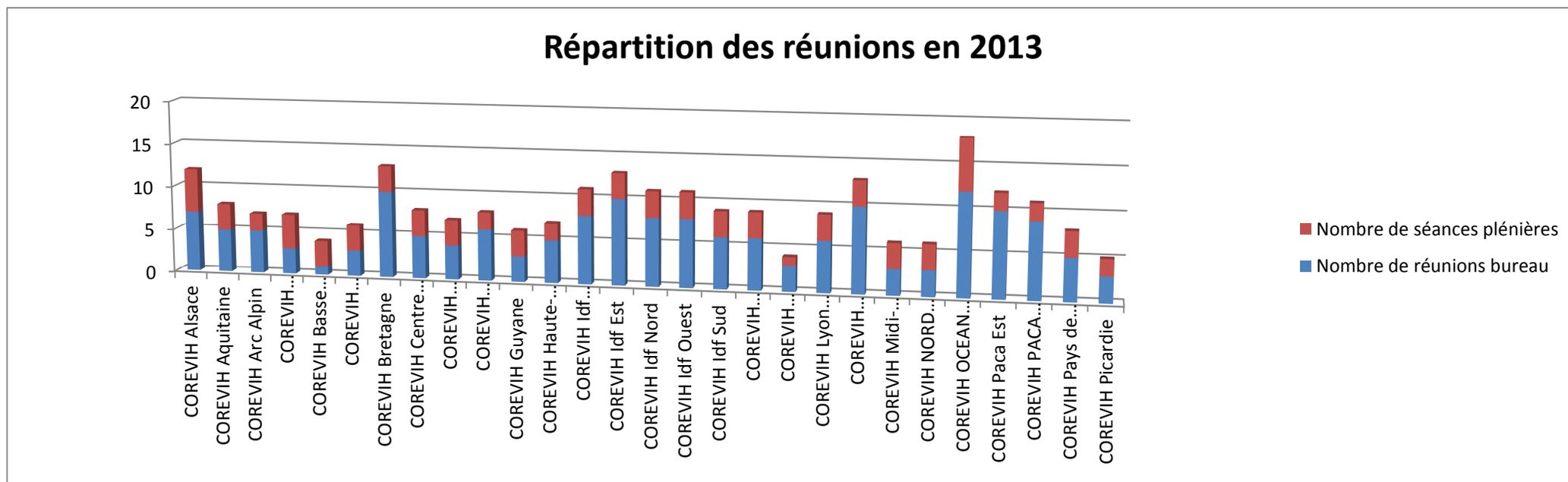
C. L'activité des COREVIH :

Pour remplir leurs missions les COREVIH déploient :

- Une activité interne de fonctionnement avec d'une part des réunions plénières et des réunions de bureaux permettant de tracer et valider la feuille de route du COREVIH, et, d'autre part le travail de commissions de travail thématiques sur des sujets divers.
- Une activité externe qui sera décrite dans les fiches actions analysées infra (cf. DGS)

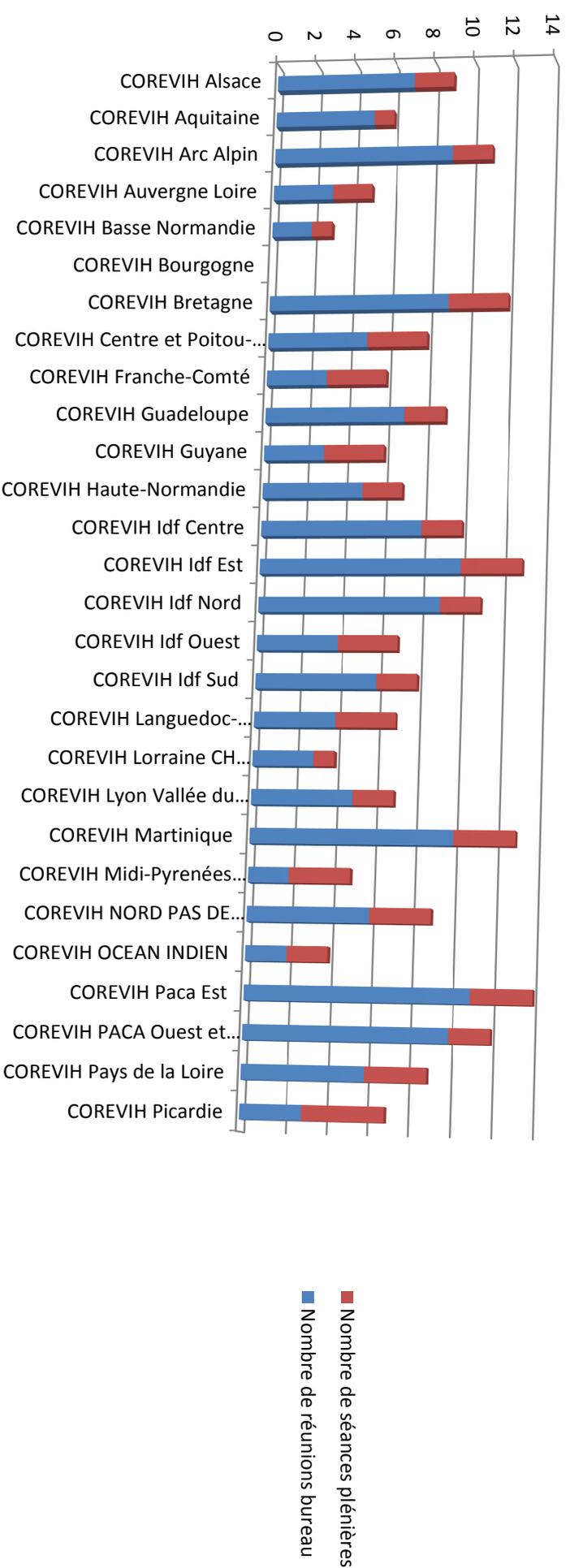
Indicateurs de fonctionnement pour l'année 2012 :

En 2013 :



En 2013/2014, les deux années se caractérisent par avec une très nette dominante des réunions de bureau par rapport aux réunions plénières qui deviennent beaucoup plus rares.

Répartition des réunions en 2014



D. Données épidémiologiques

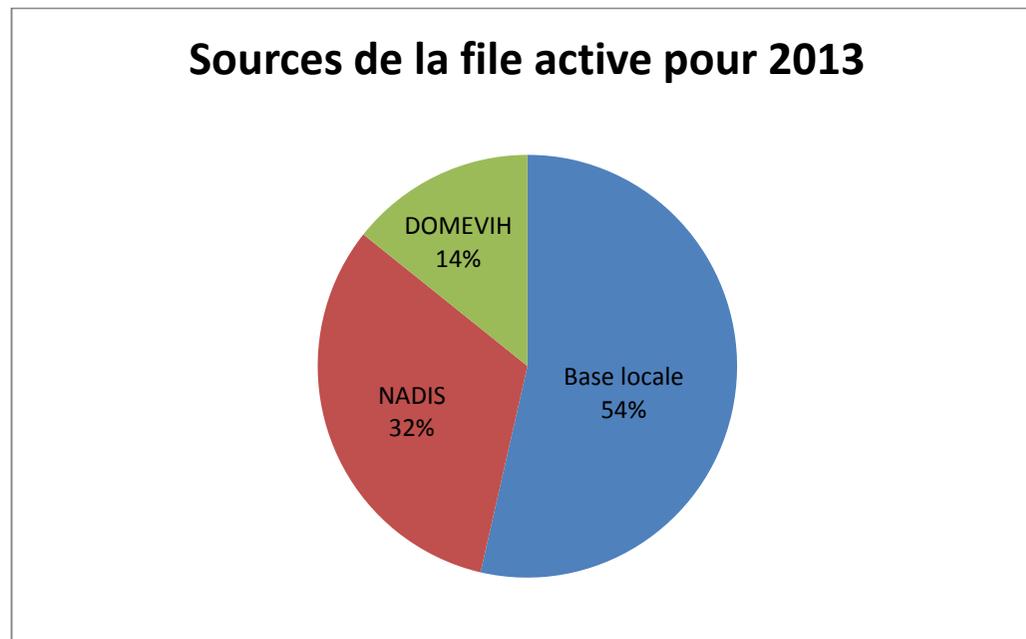
Rappel :

L'exploitation des données épidémiologiques 2013 et 2014 a été difficile (cf. introduction) compte-tenu des incohérences entre les données obtenues d'une part pour les diverses thématiques et d'autre part, leur rapport à la donnée file active.

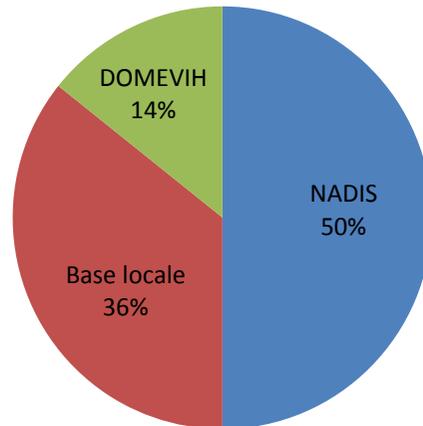
Il s'est avéré que la donnée « **répartition par âge** » avait le plus de cohérence, sans toutefois obtenir une cohérence parfaite.

C'est donc cette donnée qui a été choisie pour obtenir un équivalent file active le plus solide possible comme hypothèse de travail.

Les résultats obtenus doivent donc être considérés sous cette réserve.



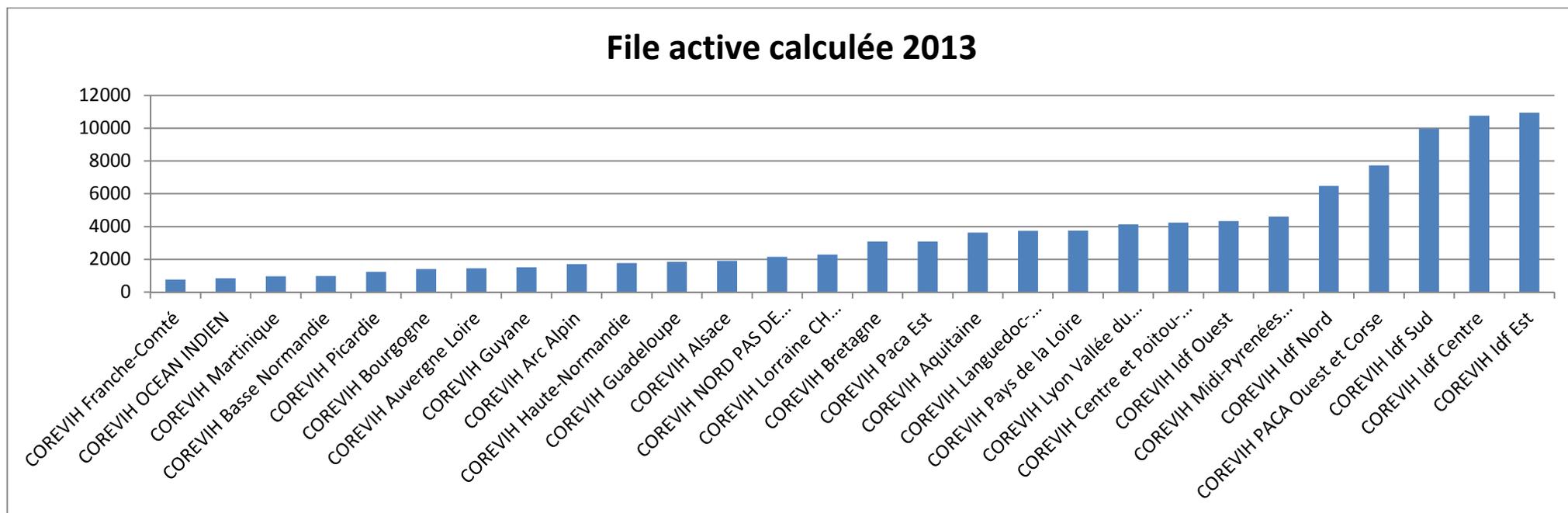
Sources de la file active pour 2014



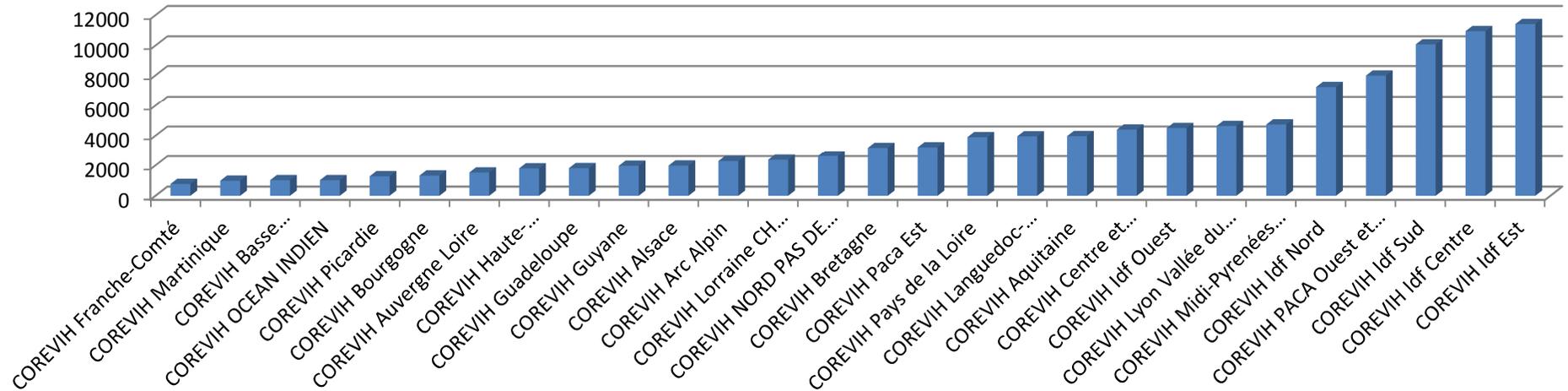
On note une augmentation importante de la source NADIS, tandis que la part du logiciel DOMEVIH reste stable. La place des bases locales reste encore importante (36% en 2014) ce qui pose des problèmes de cohérence des données (cf. introduction).

File active des COREVIH EN 2013

Pour mémoire, il s'agit ici d'un équivalent file active calculé à partir de la donnée « répartition par âge »

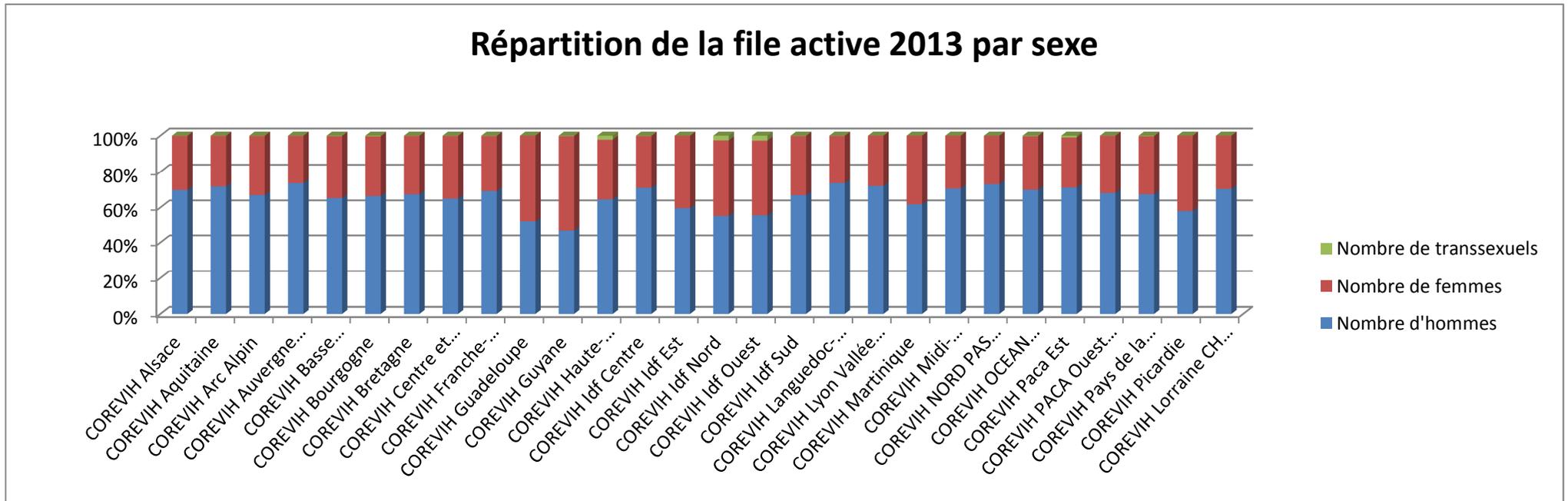


file active calculée 2014



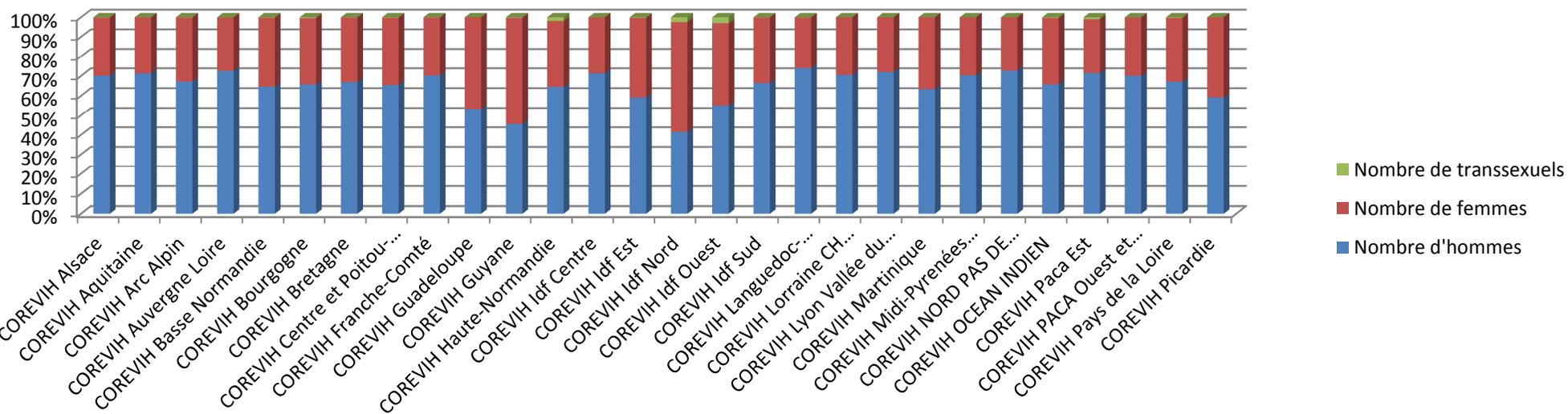
En 2013 et 2014, on constate une stabilité de la répartition des régions, les COREVIH de l'Île de France et PACA Midi-Pyrénées restent toujours en tête (entre 11 000 et 4000) ce qui correspond à la prévalence de l'épidémie dans ces régions de France. En 2014, le COREVIH océan indien connaît une augmentation alors que le COREVIH Pays de la Loire est en baisse. Ces évolutions devront être expliquées.

Répartition de la file active par sexe :



Pour 2013, bien qu'il soit difficile de tirer des conclusions, le nombre relatif de femmes semble augmenter surtout en IDF Nord, Guyane, Guadeloupe et en Picardie

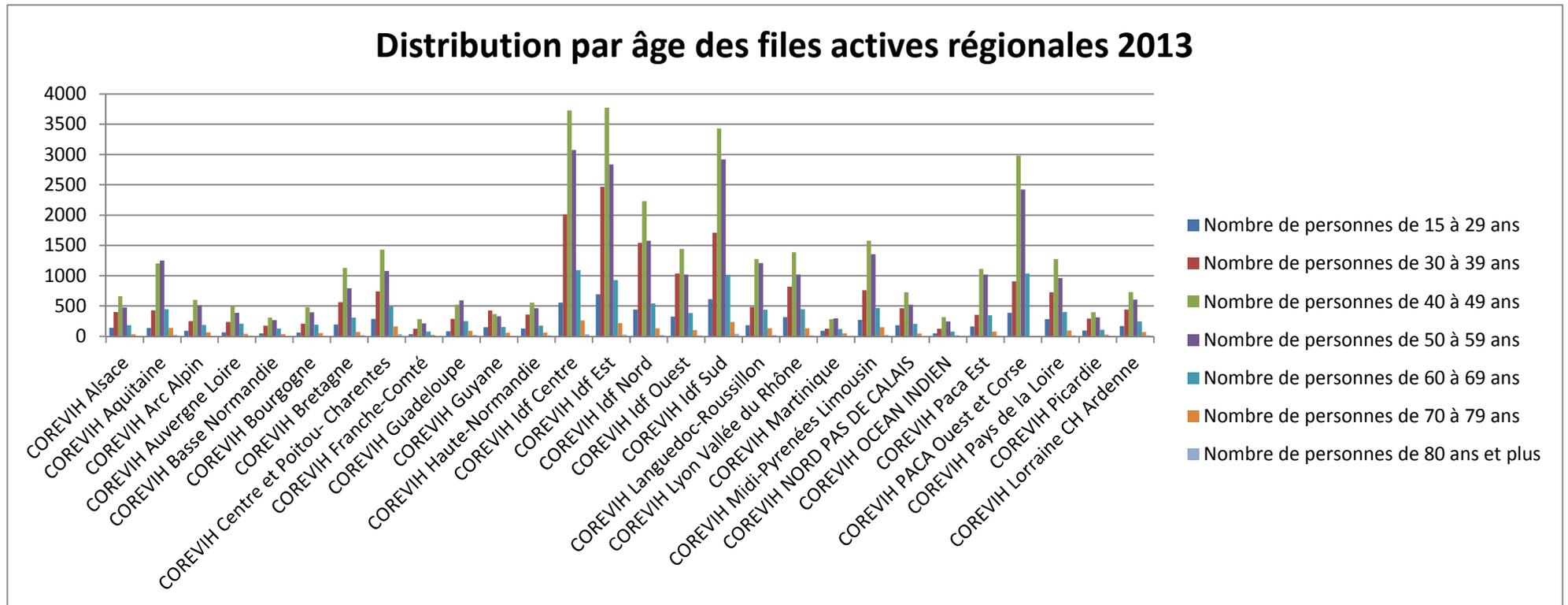
Répartition de la file active 2014 par sexe



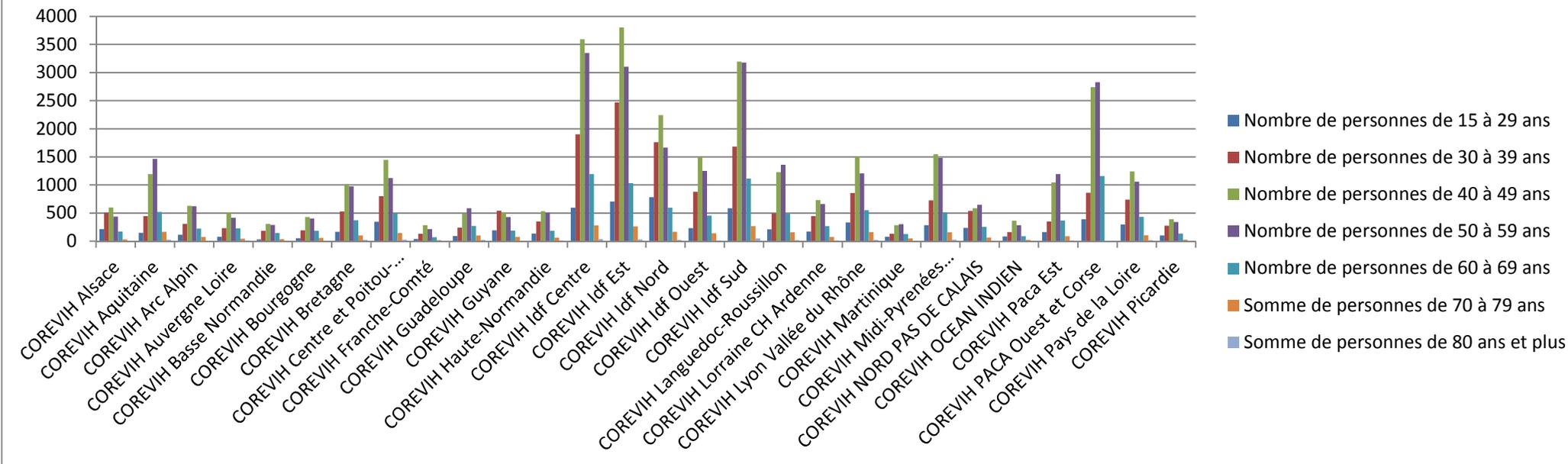
La tendance 2013 de l'augmentation du nombre relatif de femmes s'accroît avec même une majorité en IDF Nord et en Guyane.

Répartition de la file active par âge :

En 2013



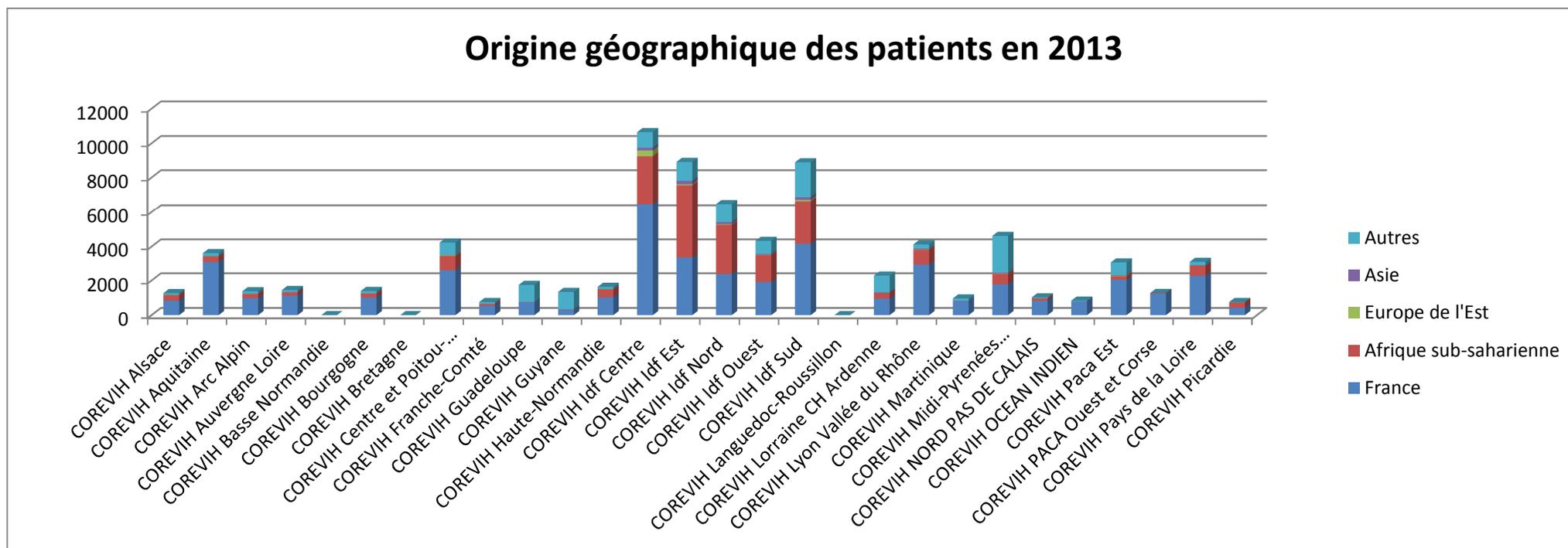
Distribution par âge des files actives régionales 2014



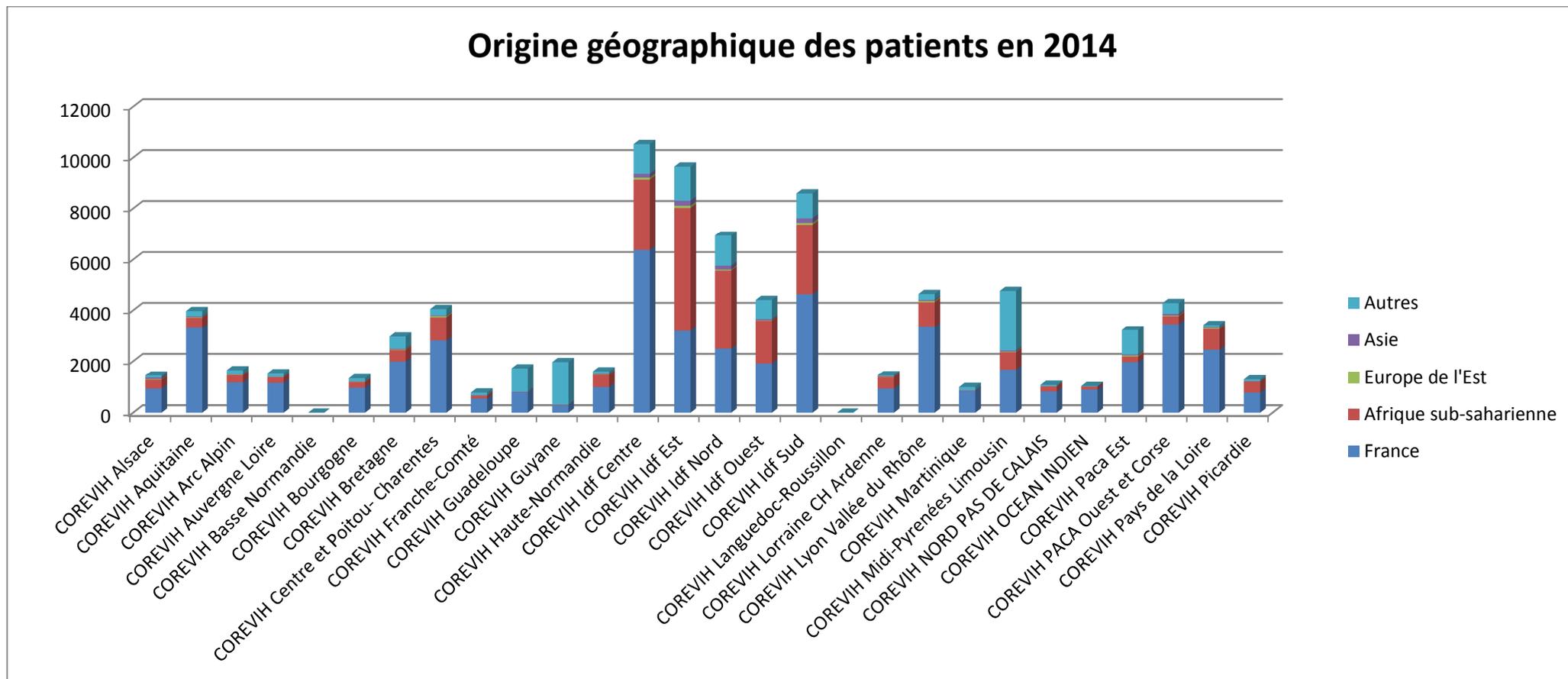
En 2013 comme en 2014, la population des 40/49 ans domine la population. Les 50/59 et les 60/69 ans restent également nombreux témoignant du vieillissement global de la population des PVIH ce qui pose des problèmes de prise en charge spécifique. Le nombre de personnes de 30 à 39 ans est également important dans un grand nombre de région. Il convient de noter les régions à forte prévalence Ile de France+PACA qui ont des taux de personnes de 15 à 29 ans non négligeables. On peut s'interroger sur les raisons liées à un meilleur dépistage dans ces régions ou à une caractéristique propre à celles-ci.

Répartition de la file active globale par origine géographique :

En 2013



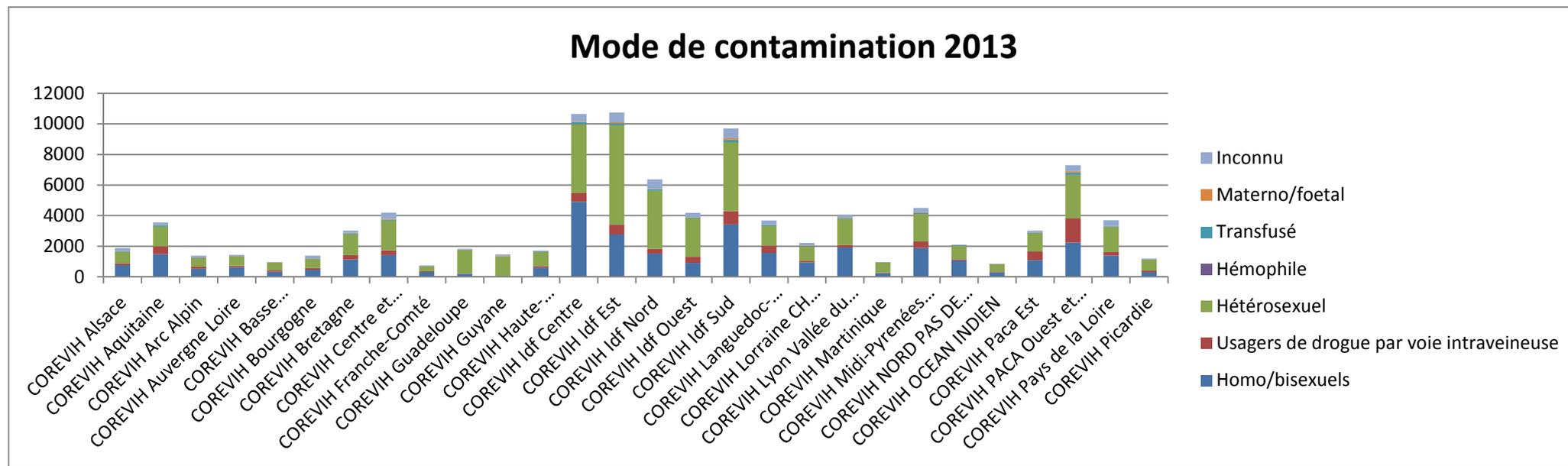
En 2014:



En 2013/ 20104, la population se répartit très majoritairement entre des personnes venant de France ou d'Afrique sub-saharienne. Les populations venant d'Asie ou d'Europe de l'Est sont pris en charge essentiellement dans les régions IDF ou PACA en 2013.

Répartition de la file active globale par mode de contamination :

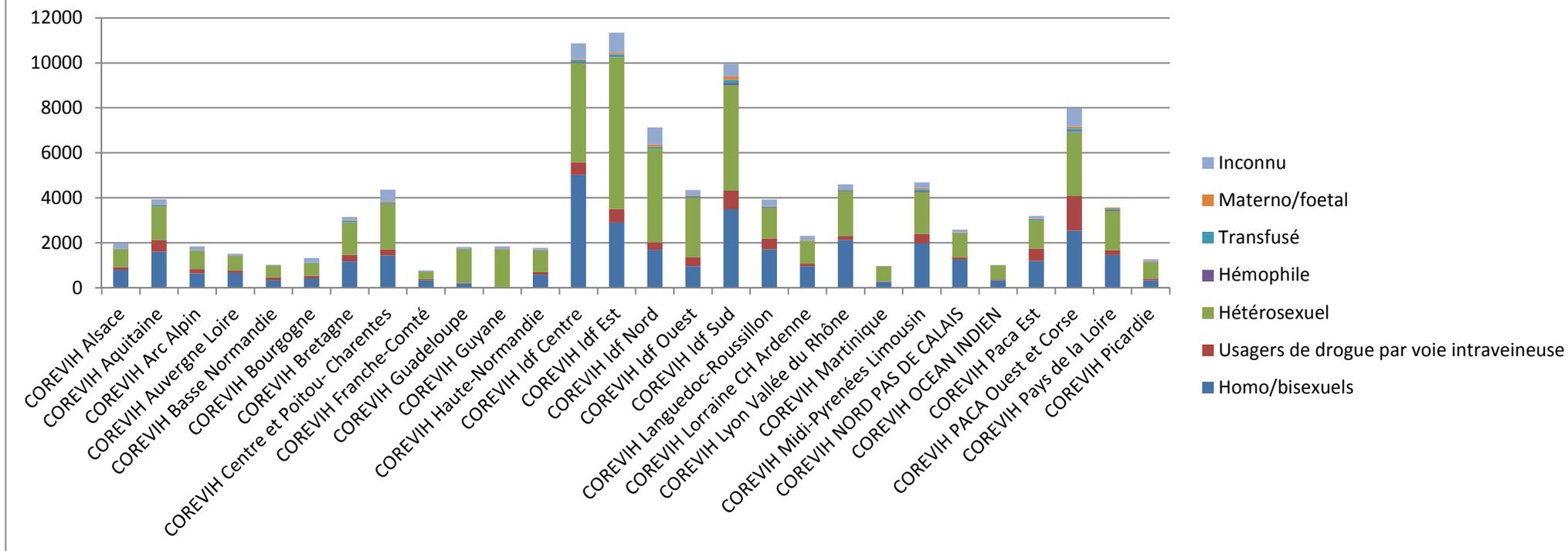
En 2013



L'importance de la population hétérosexuelle se confirme en 2013 notamment en ile de France est.

Le poids élevé du groupe à risque homo/bisexuel et toxicomanes se confirme pour la région PACA Ouest et Corse mais est également important pour les COREVIH Ile de France.

Mode de contamination 2014



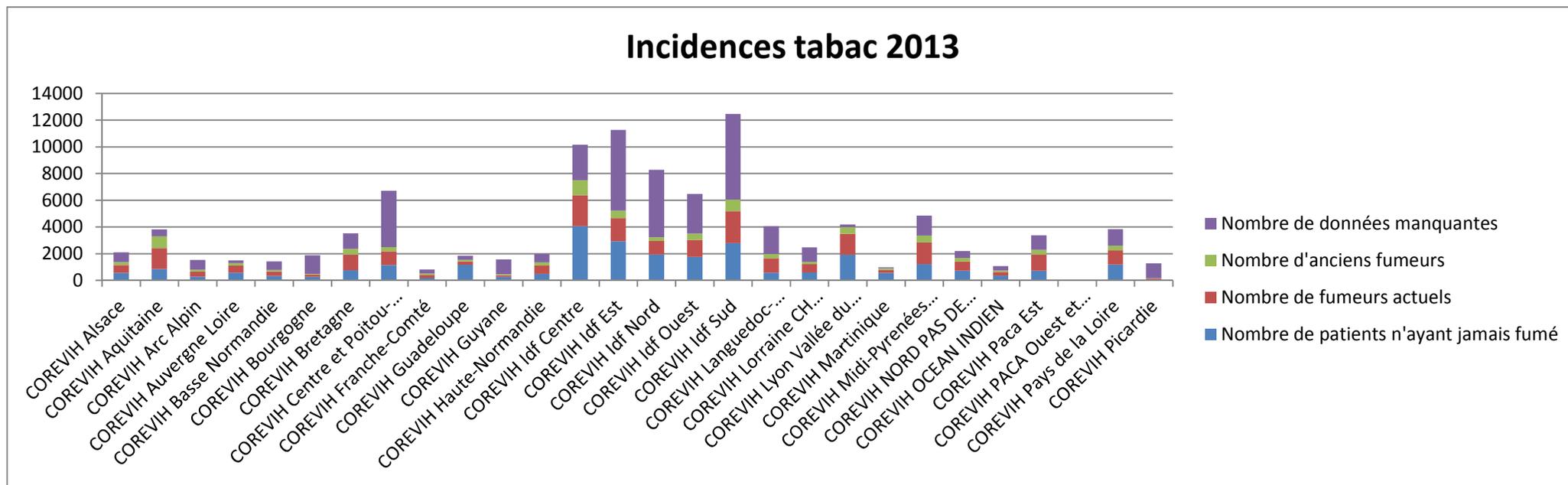
En 2014, on relève toujours un poids important de la population hétérosexuelle dans l'ensemble des régions et comme en 2013 la région ile de France Est se détache fortement de ce point de vue, comme les régions Guadeloupe, Guyane. La région PACA ouest se distingue particulièrement pour les infections relatives aux usagers de drogue. La population homo/ bisexuels est également proportionnellement importante.

Consommation de substances psycho actives et facteurs de risque :

Incidence fumeurs de tabac 2013 :

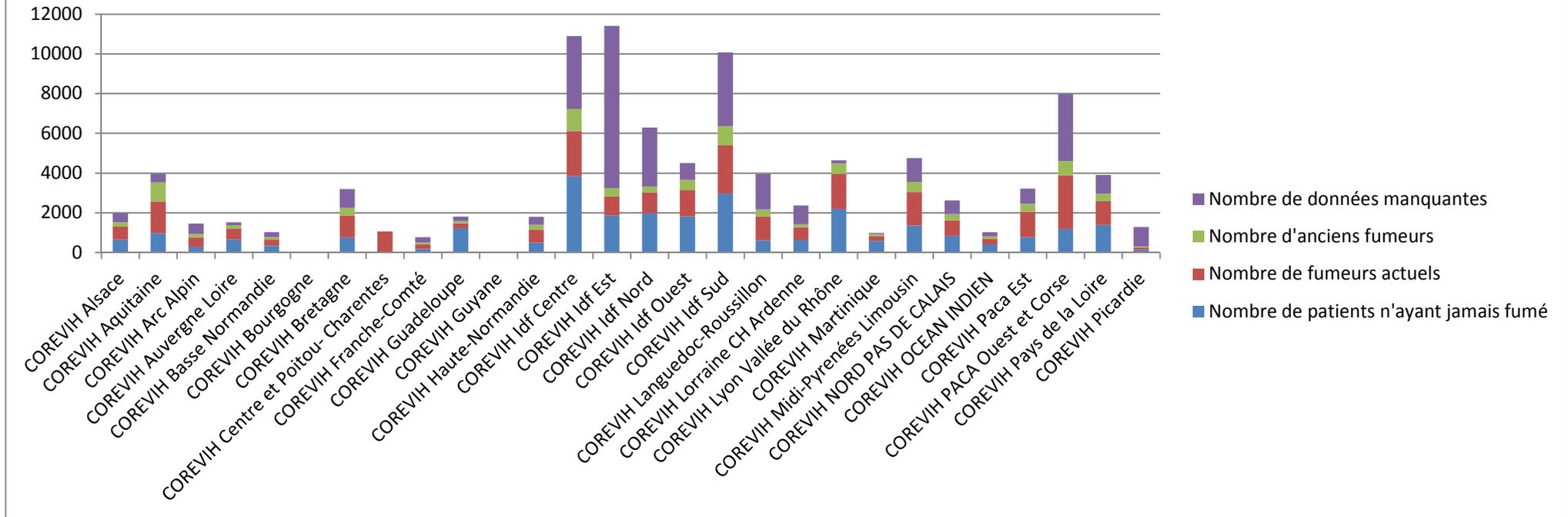
Cette donnée est peu renseignée (beaucoup de données manquantes) il est donc difficile d'en tirer des éléments objectifs.

Usage de substances psycho actives en 2013 :



En 2013, le nombre de données manquantes reste important avec une majorité d'anciens fumeurs ou fumeurs actuels pour beaucoup de régions. Les COREVIH Ile de France centre , ile de France EST ET NORD , COREVIH Lyon / vallée du Rhône faisant exception avec une surreprésentation du nombre de patients n'ayant jamais fumé.

Incidences tabac 2014

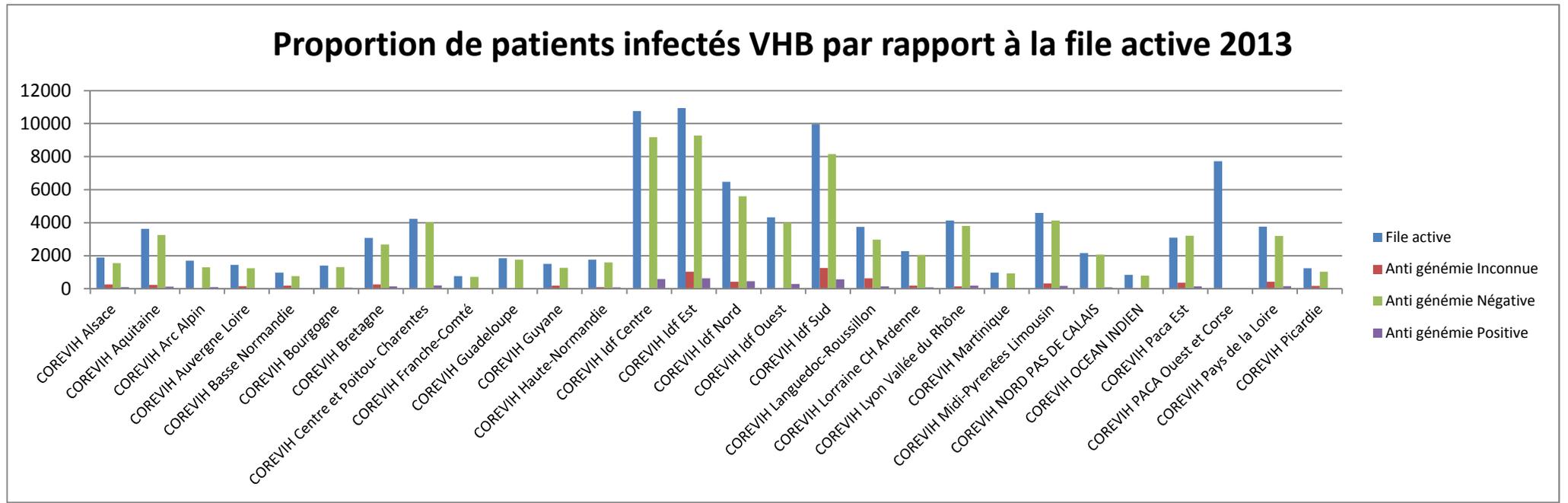


En 2014, le nombre de données manquantes reste important avec une majorité d'anciens fumeurs ou fumeurs actuels pour beaucoup de régions. Les COREVIH Ile de France centre et la Guadeloupe, et Lyon / vallée du Rhône faisant exception avec une sur-représentation du nombre de patients n'ayant jamais fumé.

Statut sérologique des PVVIH :

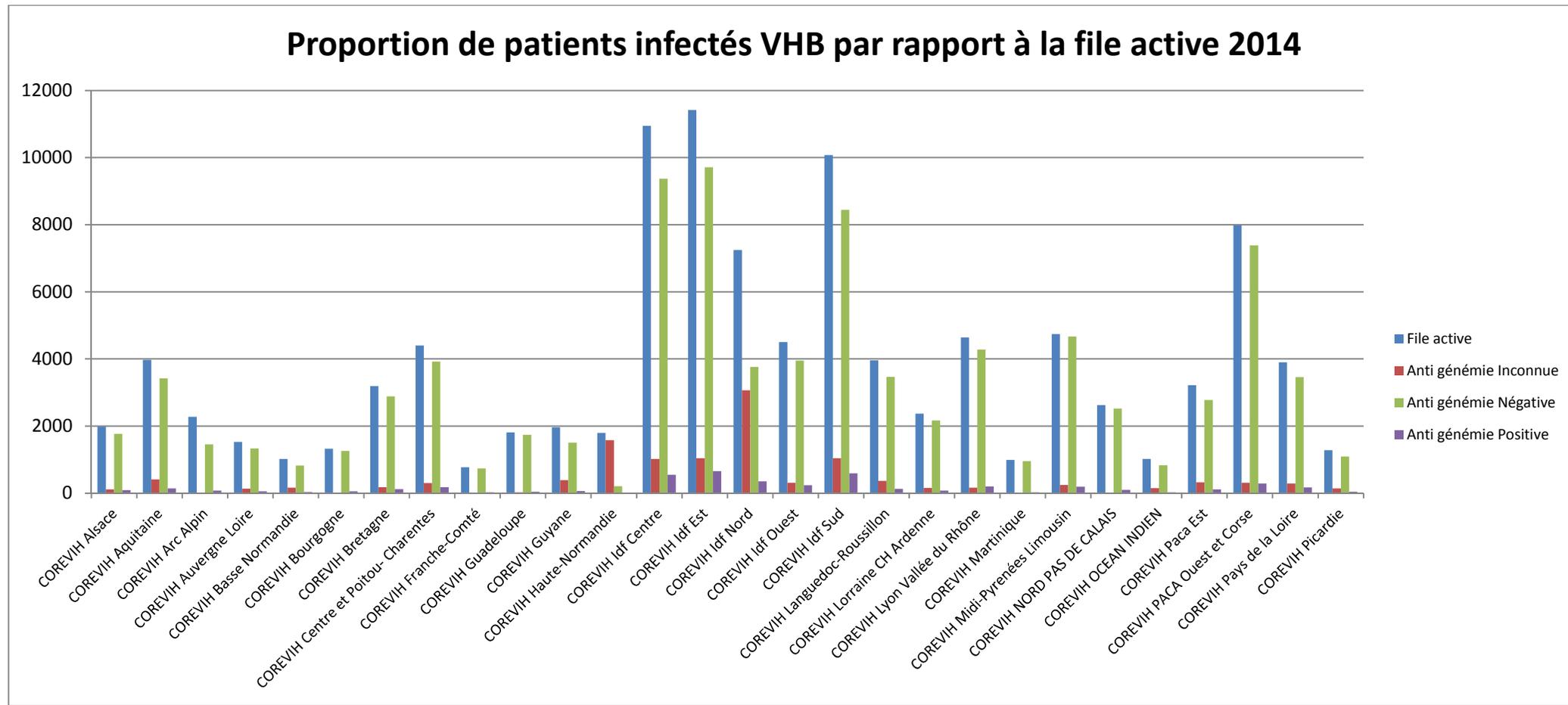
En 2012 :

2013 ; antigénémie VHB :



En 2013, les COREVIH de la région_Ile de France regroupent majoritairement les PVVIH dépistées porteuses du VHB. Les personnes dont le statut vis-à-vis du VHB n'est pas connu sont aussi nombreuses en Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées et PACA est.

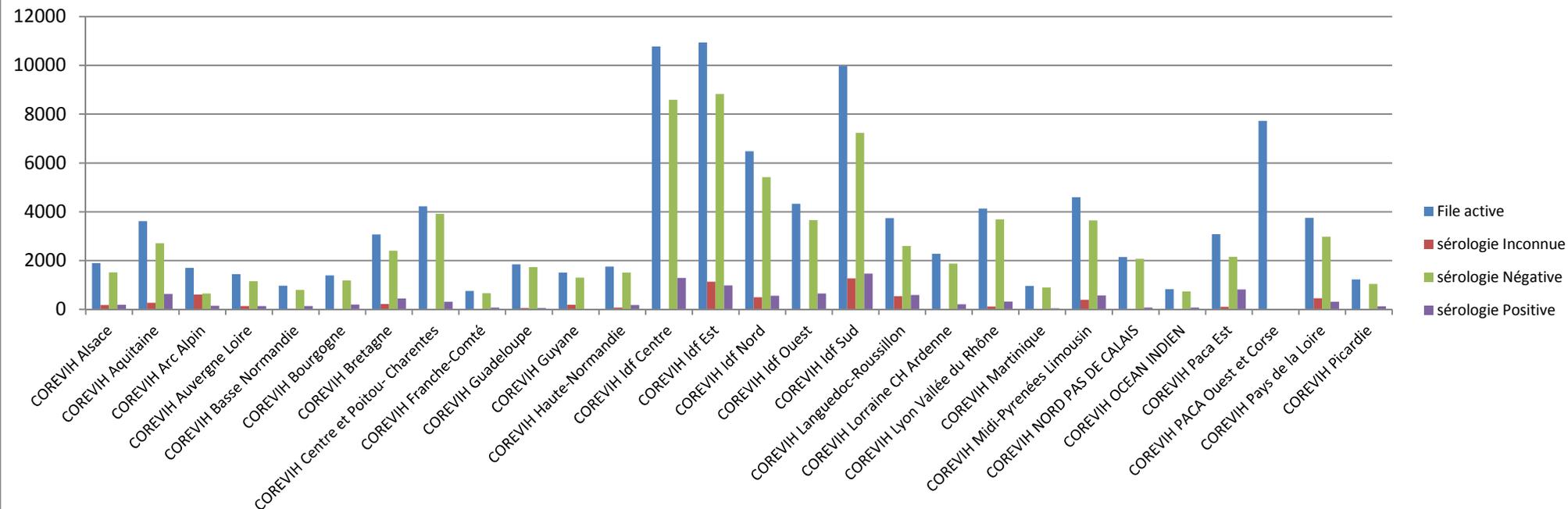
En 2014 :



D'une manière générale, le nombre de PVVIH avec une co-infection par le VHB est relativement peu élevé, comme en 2013. Cependant, cette situation est principalement observée dans les COREVIH d'Ile de France et PACA ouest et de façon moins importante dans les COREVIH Aquitaine, COREVIH Centre –Poitou charente.

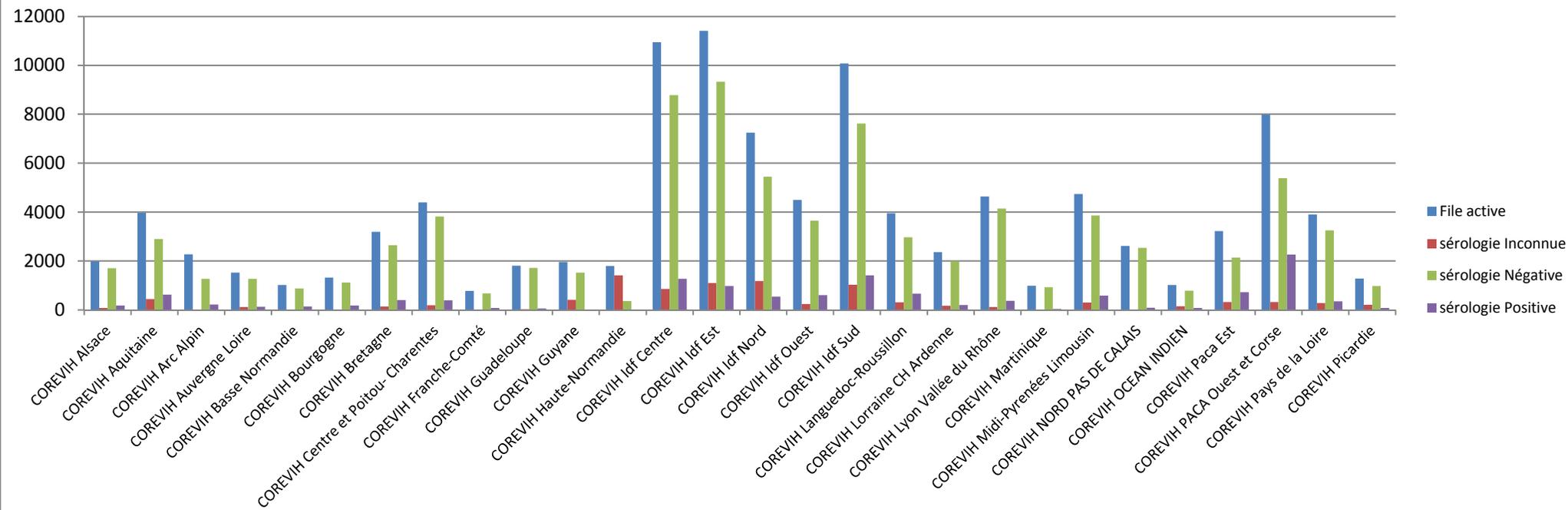
En revanche, le nombre de PVVIH dont le statut est inconnu vis-à-vis du VHB est important en Ile-de-France, Haute-Normandie, Guyane et Aquitaine.

Proportion de patients infectés VHC par rapport à la file active 2013



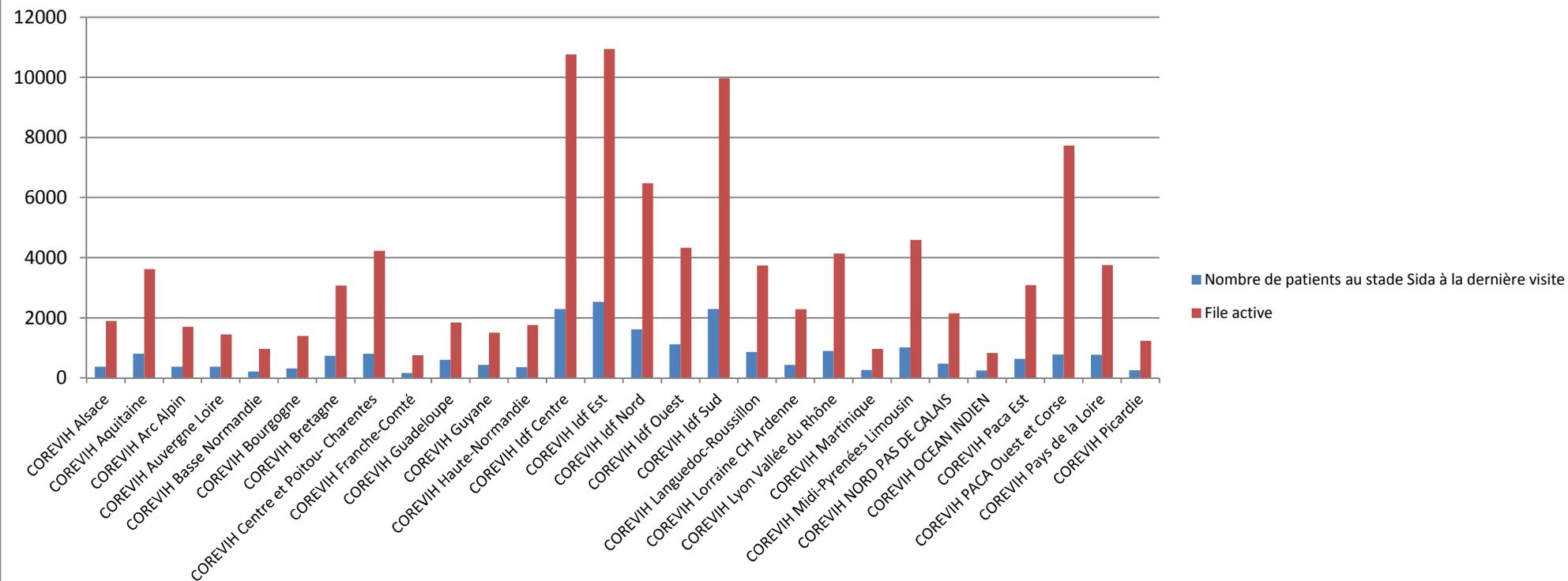
Pour 2013, on note de grandes disparités dans les distributions des statuts sérologiques des patients vis-à-vis du VHC. Cependant, on note comme pour le virus VHB un nombre plus important de PVVIH avec une co-infection par le VHC dans les COREVIH de l'Île de France (sud et centre en particulier), de la région PACA EST (pas de donnée pour PACA OUEST), du Languedoc-Roussillon et de l'Aquitaine.

Proportion de patients infectés VHC par rapport à la file active 2014



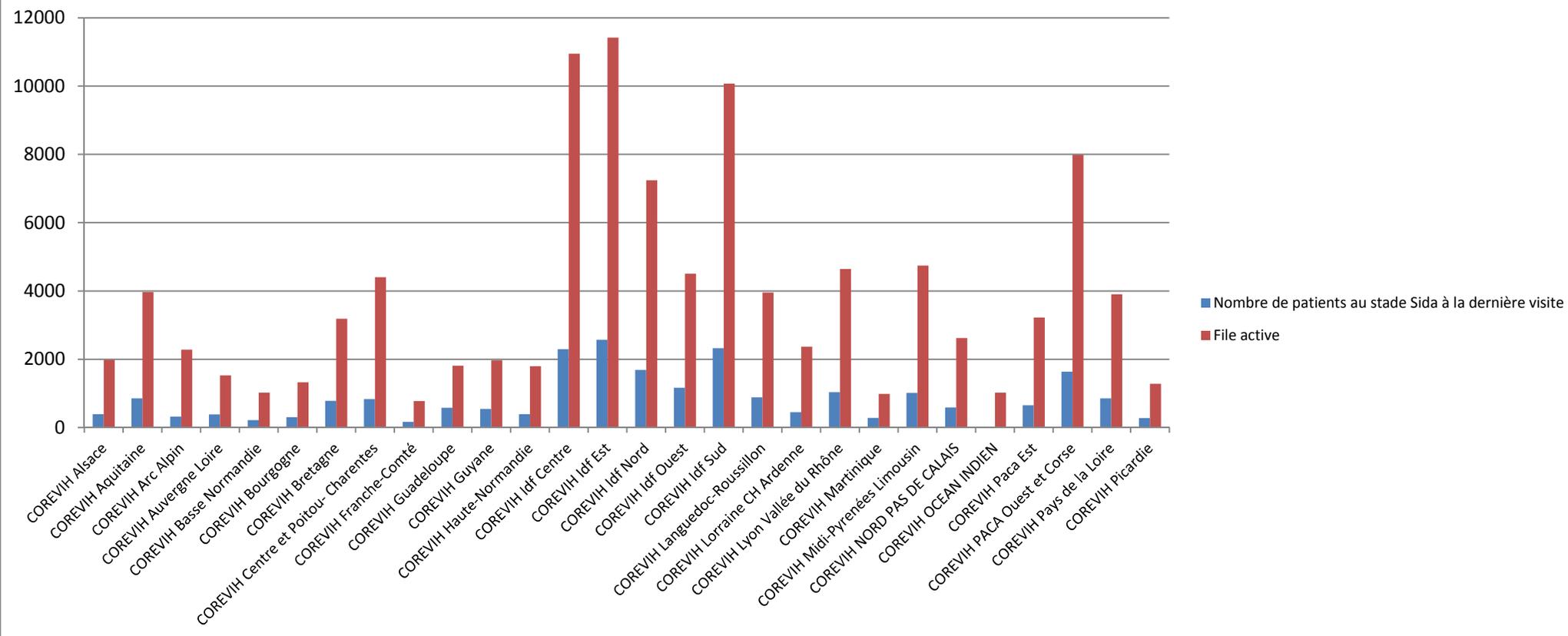
En 2014, la région PACA OUEST connaît un nombre très important de cas de sérologie VHC positive (plus de 2000). On note comme pour le virus VHB une concentration des personnes co-infectées par le VHC dans les COREVIH de l'île de France (sud, est et centre en particulier), les régions PACA EST, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon. Ces éléments tendent à montrer une tendance élevée persistante de VHC positifs détectés dans les mêmes régions.

Patients stade SIDA dernière visite/file active 2013



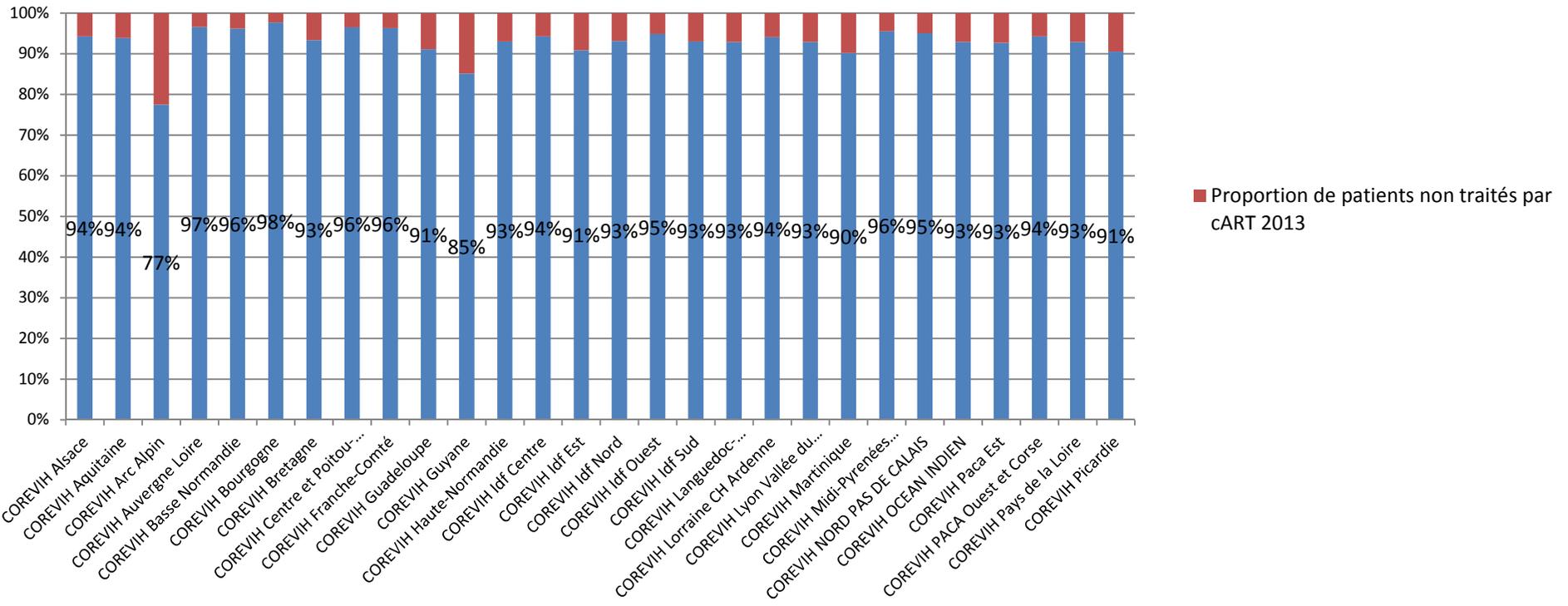
En 2013 comme en 2014 le nombre de patients au stade SIDA à la dernière visite est très important dans la région Ile de France, les régions Midi-Pyrénées et Lyon Vallée du Rhône, tandis que les régions Aquitaine, Paca ouest, Pays de la Loire Centre-Poitou –Charente, Bretagne et Languedoc –Roussillon, Guadeloupe viennent ensuite.

Patients stade SIDA dernière visite/file active 2014



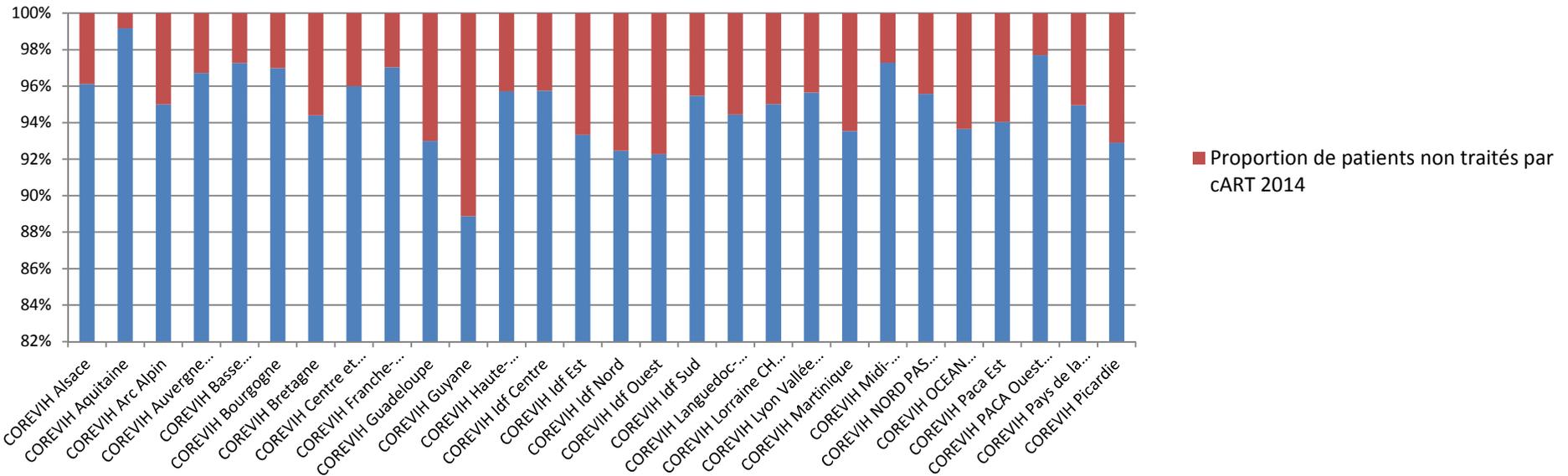
Pour 2014, on retrouve la région Ile de France et PACA ouest pour les taux les plus importants, puis viennent les régions Midi-Pyrénées et Lyon vallée du Rhône et Aquitaine, enfin les régions Centre-Poitou –Charente, Pays de la Loire , Bretagne et Languedoc -Roussillon. Les autres régions ont des effectifs assez réduits. Il est difficile d’interpréter la grande variabilité des résultats entre les régions. On peut se poser la question du lien avec la taille des régions et le niveau de prévalence.

Proportion de patients traités par cART 2013

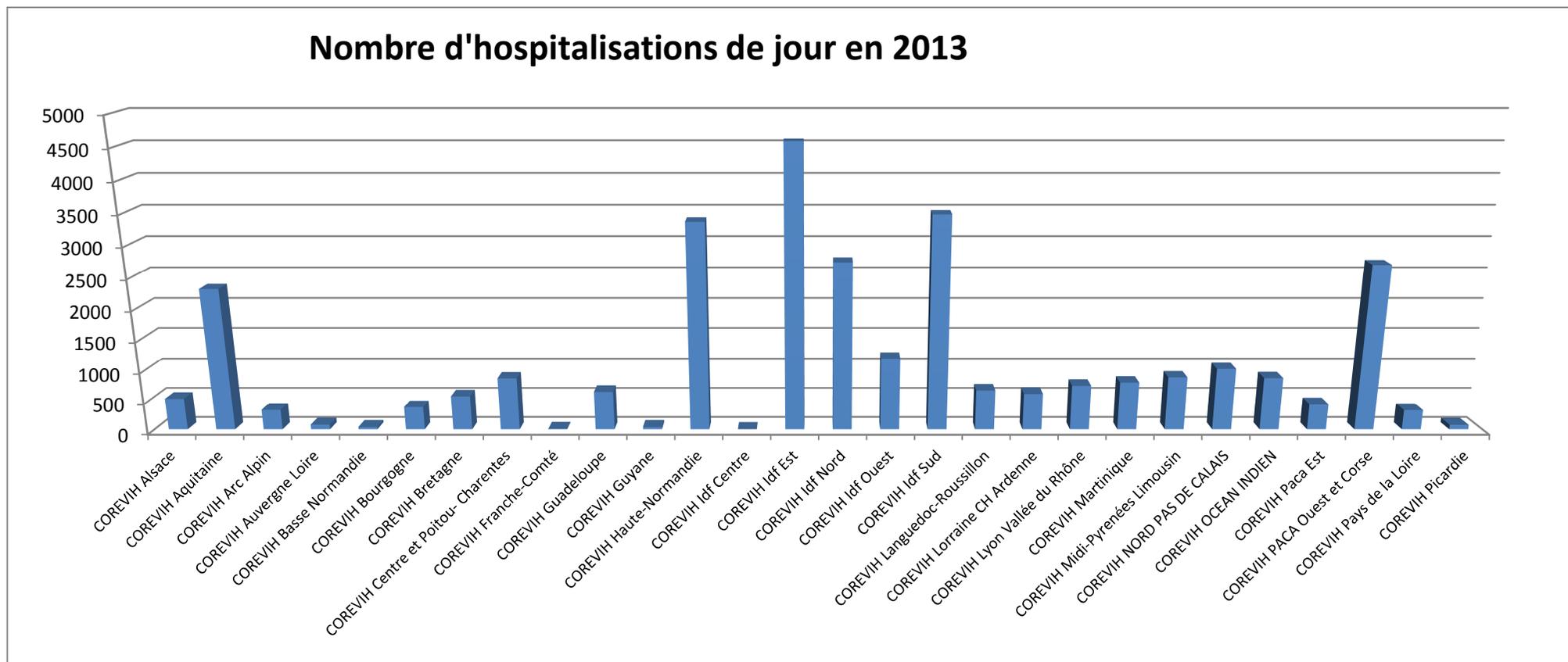


Pour mémoire : la Combination antirétroviral therapy (cART) correspond au traitement antirétroviral combiné (terme utilisé quand il est important de préciser qu'il s'agit d'une multi thérapie basée sur plusieurs antirétroviraux, et non d'une monothérapie). Pour 2013, l'ensemble des régions utilise pour 90 % des malades en moyenne cette stratégie thérapeutique, soit un taux particulièrement important. Cependant deux régions font exception à cette démarche la région Arc Alpin 78% et Guyane 84 %. On peut s'interroger sur les raisons liées à un nombre élevé de patients dans ces régions pour cette année sur lesquels la multi thérapie est en échec ou mal supportée.

Proportion de patients traités par cART 2014

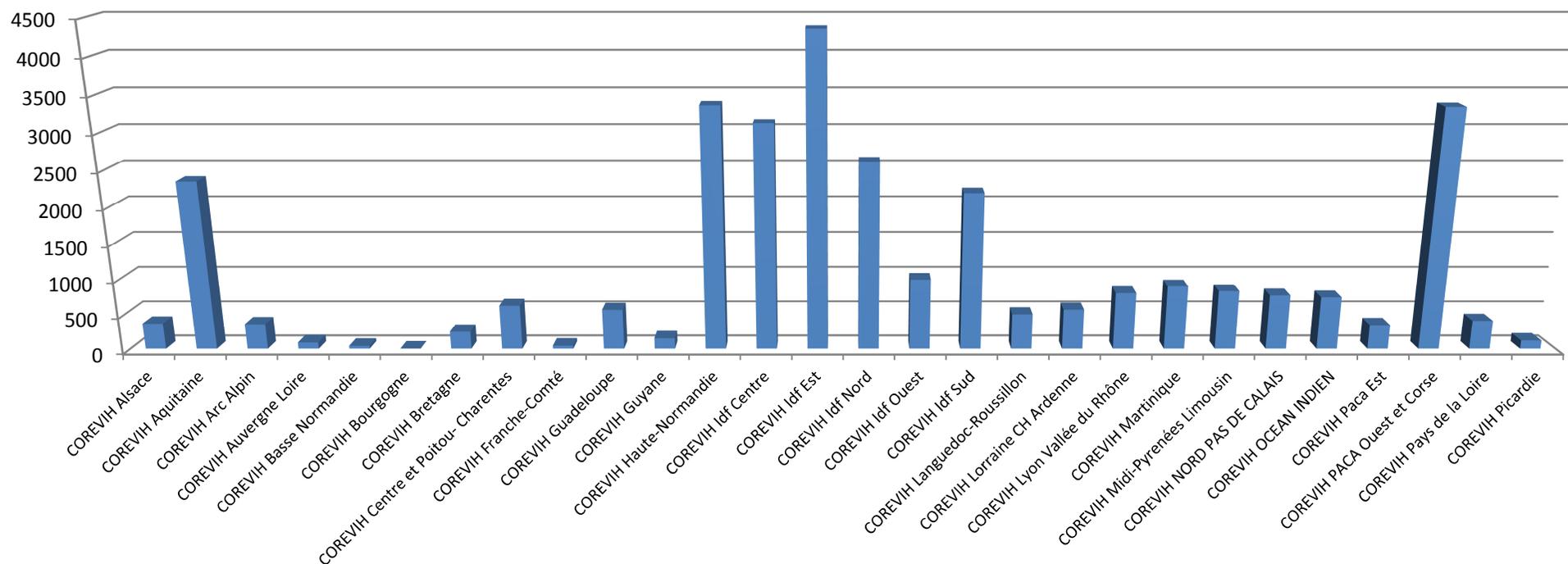


Pour 2014, on retrouve un taux particulièrement important de recours à la multi thérapie comme en 2013. L'ensemble des régions utilise pour 92 % des malades cette stratégie thérapeutique. La distribution des régions pour les patients pris en charge tardivement ou à un stade avancé suit les mêmes tendances. On retrouve l'exception de la Guyane à un niveau cependant supérieur à 2013 (88% vs 84 % en 2013). On peut avancer les mêmes interrogations que pour 2013.



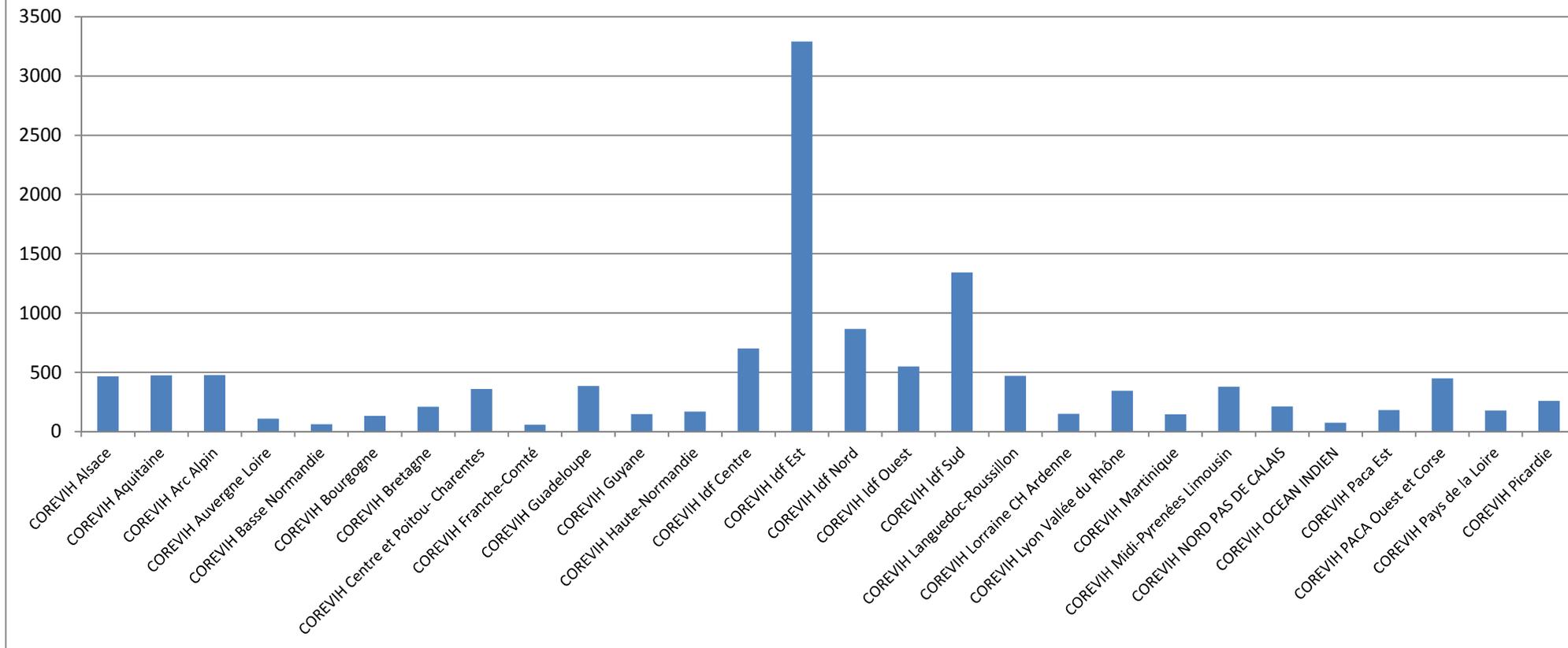
En 2013, le recours à l'hospitalisation de jour est concentré dans les COREVIH de l'île de France (excepté IDF centre) et dans les deux régions PACA ouest et Aquitaine. Ce sont des régions à forte prévalence VIH et Stade SIDA.

Nombre d'hospitalisations de jour en 2014



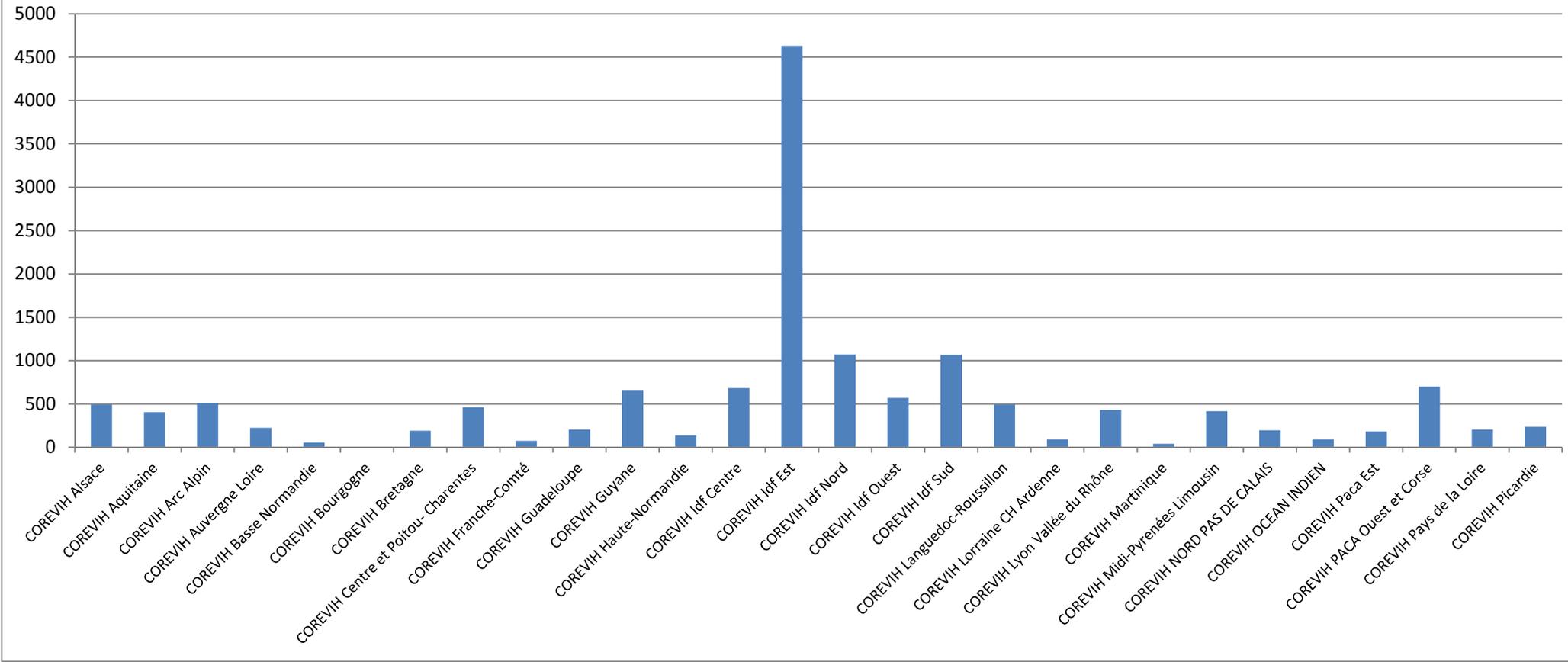
En 2014, on retrouve un recours à l'hôpital de jour important dans tous les COREVIH de l'Île de France et dans les COREVIH des régions PACA Ouest Corse et Aquitaine. Ces données doivent être rapportées au faible nombre de patients concernés, qui peuvent induire une distorsion des résultats.

Nombre d'hospitalisations complètes en 2013

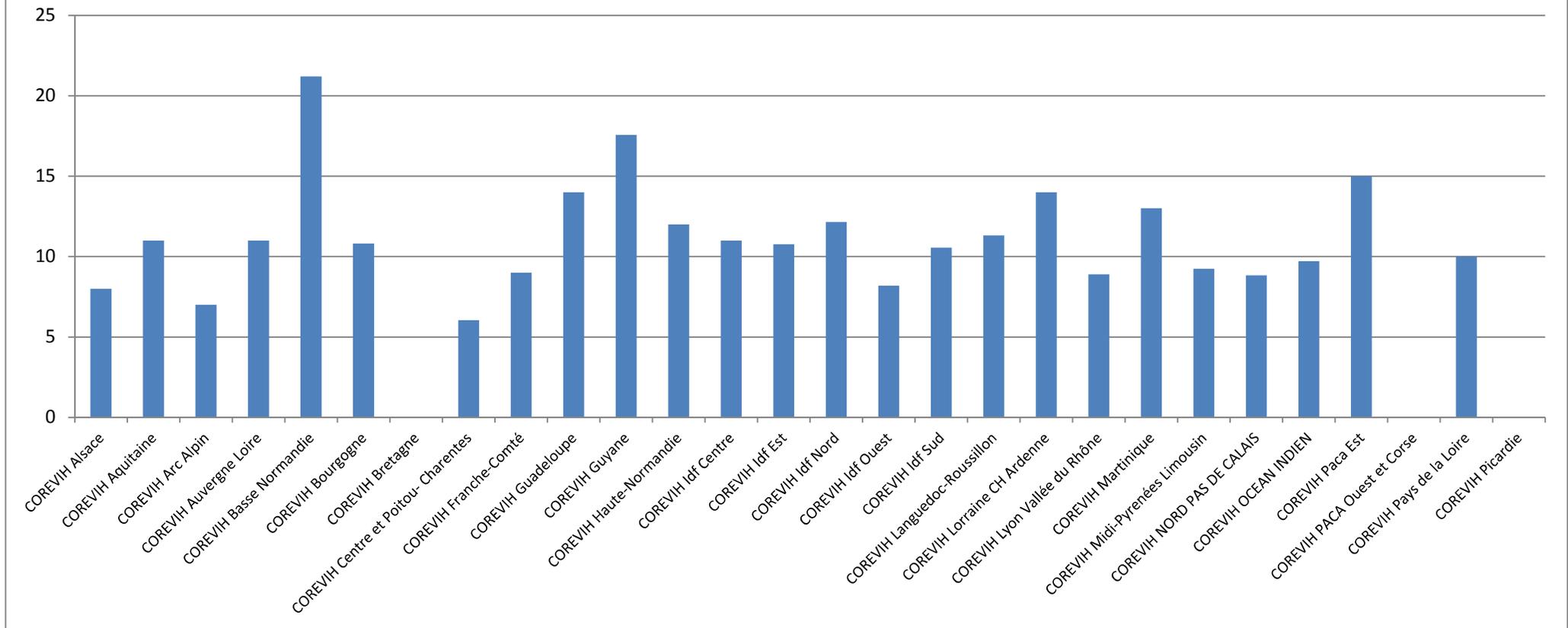


Le nombre peu élevé des hospitalisations complètes se confirme en 2013 /2014 sauf pour les COREVIH de l'Île de France (tout particulièrement IDF EST en 2014) Ces données doivent être rapportées au faible nombre de patients concernés qui peuvent induire une distorsion des résultats.

Nombre d'hospitalisations complètes en 2014

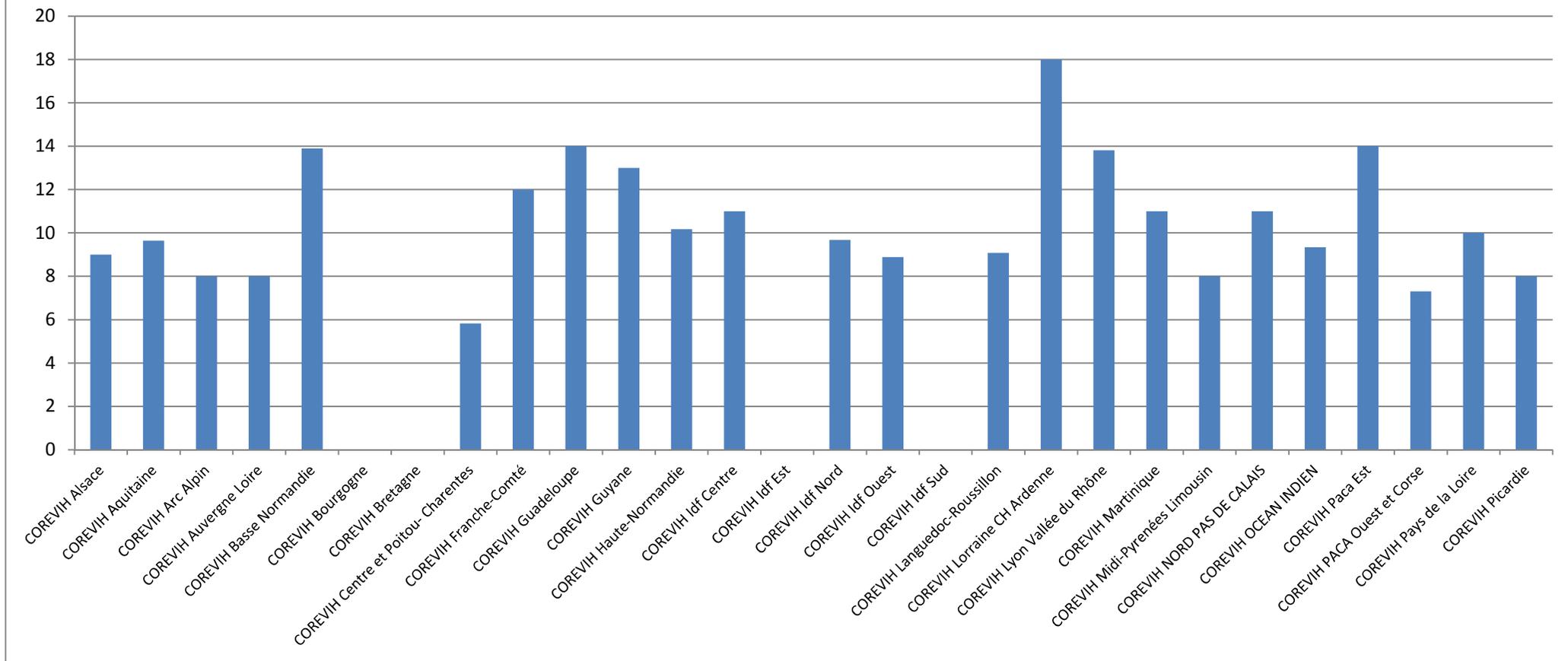


Durée moyenne de séjour en 2013



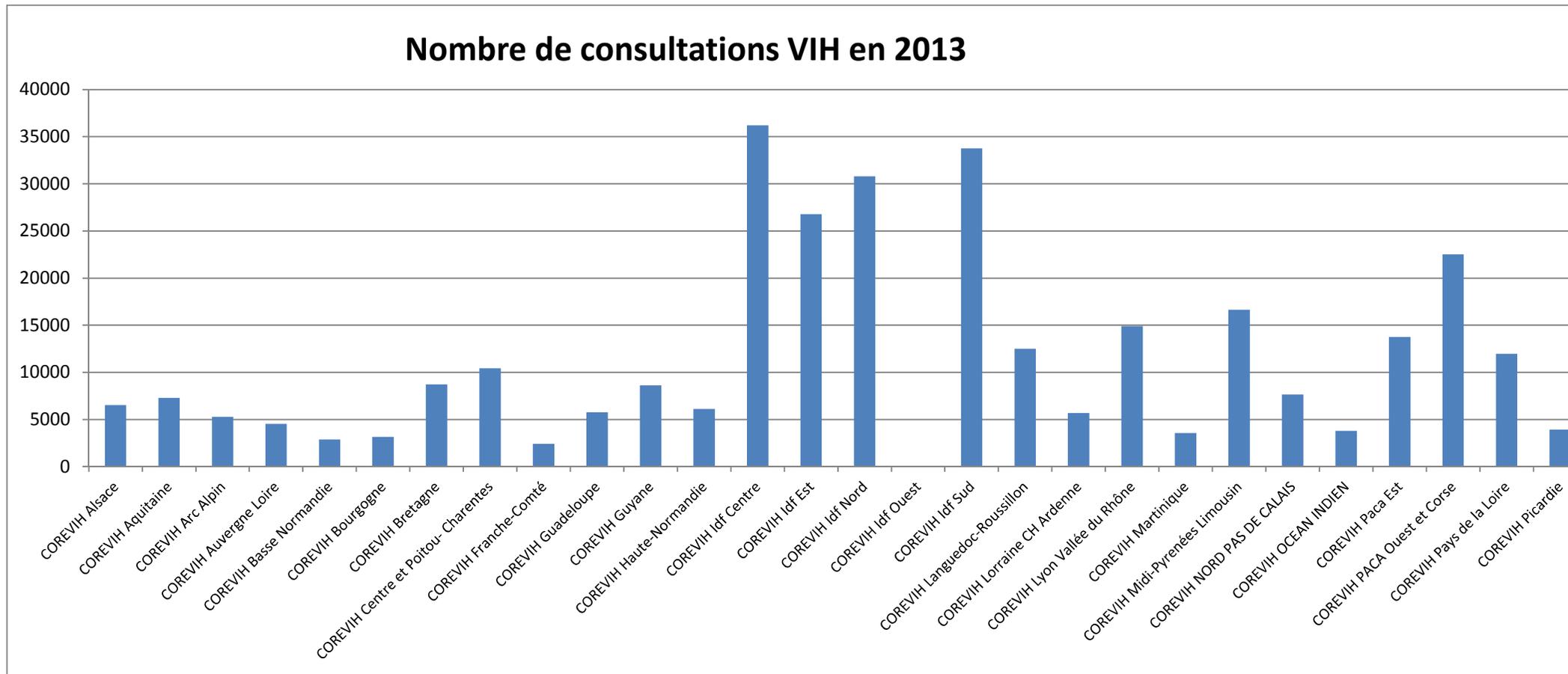
En 2013, on remarque l'importance des durées en Basse Normandie qui dépassent les 20 jours et en Guyane et Paca Est qui sont à 15 jours et plus. La plupart des autres régions connaissent des DMS entre 8 et 10 jours. Ces données doivent être rapportées au faible nombre de patients concernés qui peuvent induire une distorsion des résultats. En outre il est avéré qu'un seul cas grave peut faire augmenter la DMS globale moyenne d'une région.

Durée moyenne de séjour en 2014



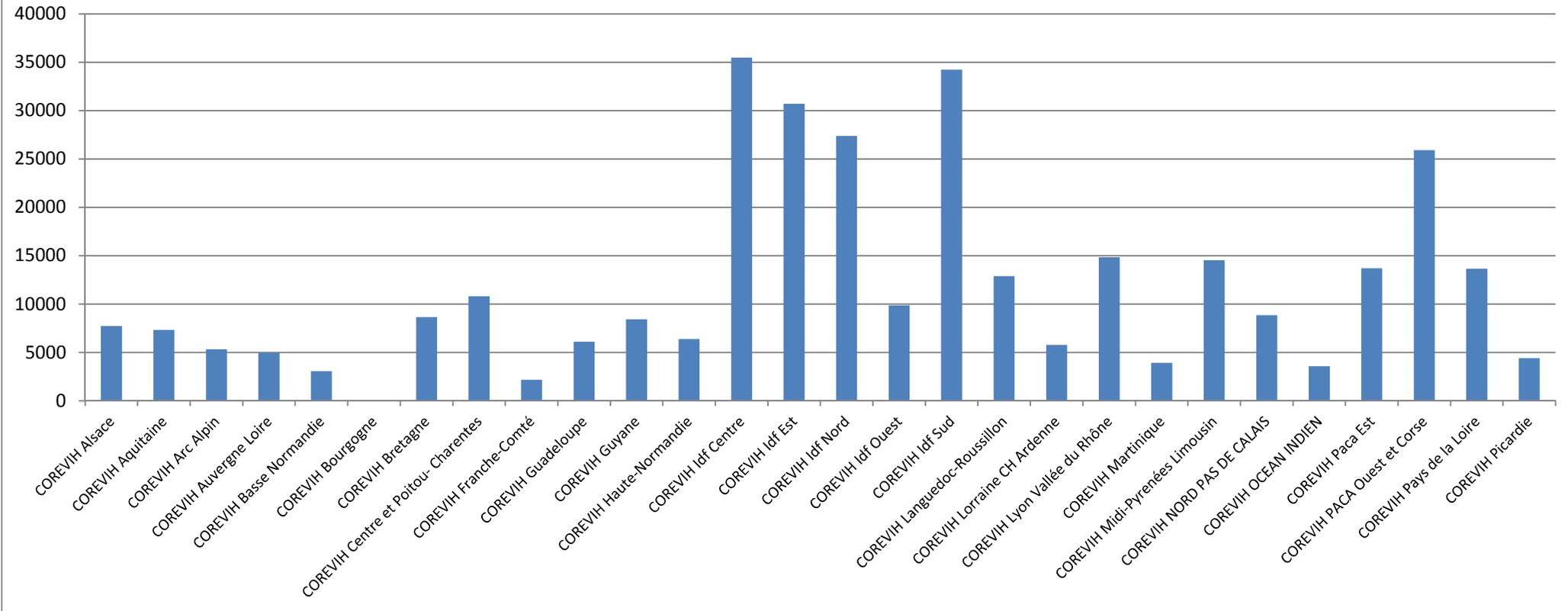
En 2014, on remarque l'importance persistante des durées en Basse Normandie mais à un niveau moindre (14 jours), également en Guyane et Paca Est qui sont à 12 et 14 jours et plus. La région Lorraine / champagne Ardennes connaît un pic très élevé à 18 jours. La plupart des autres régions connaissent des DMS entre 8 et 10 jours. Ces données doivent être rapportées comme en 2013 au faible nombre de patients concernés qui peuvent induire une distorsion des résultats. En outre, il est avéré qu'un seul cas grave peut faire augmenter la DMS globale moyenne d'une région.

En 2013 :



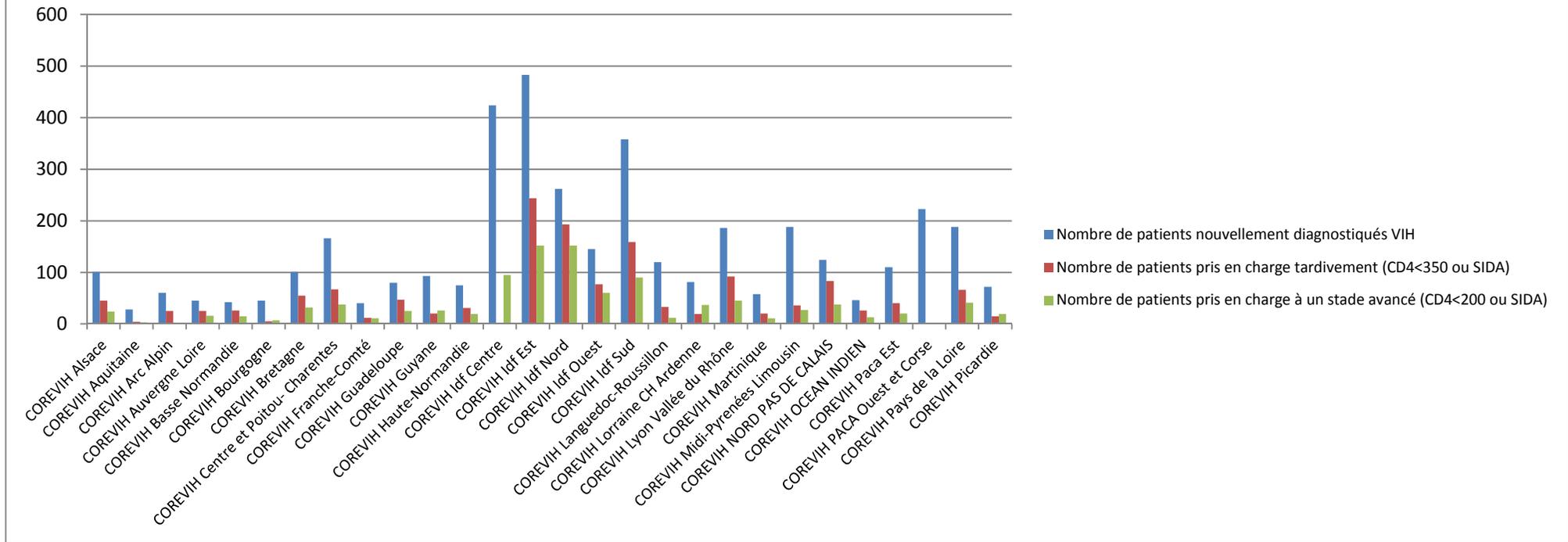
En 2013, le nombre de consultations par COREVIH est très important pour les régions à forte prévalence du VIH à savoir les COREVIH de l’Ile de France, PACA Ouest Corse, PACA est, Midi Pyrénées. Il convient de noter que les COREVIH Pays de la Loire et Lyon Vallée du Rhône se situent à un niveau de consultations très important tandis que la Bretagne, le Centre- Poitou-Charentes connaissent des niveaux importants qui se situent vers 10 000 consultations.

Nombre de consultations VIH en 2014



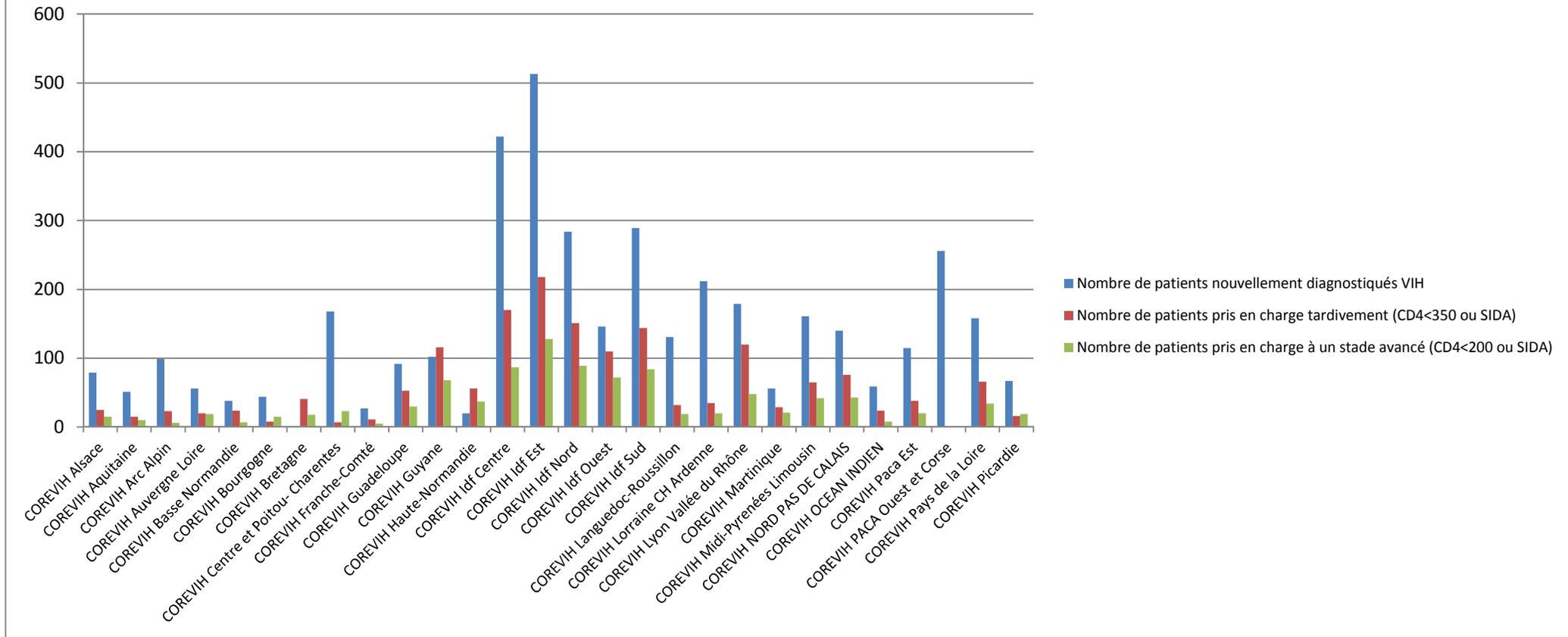
Pour 2014, les mêmes tendances que pour 2013 peuvent être observées.

Statut sérologique 2013



On observe un nombre de patients nouvellement diagnostiqués VIH important dans les régions à forte prévalence VIH à savoir les COREVIH de l'Île de France, PACA Ouest Corse, PACA est, Midi Pyrénées, DOM. Il convient de noter que les COREVIH Pays de la Loire et Lyon Vallée du Rhône se situent à un niveau très important de patients nouvellement diagnostiqués tandis que L'Alsace, la Bretagne, le Centre- Poitou-Charentes connaissent des niveaux importants. Ces observations sont à mettre en parallèle avec le nombre de consultations, il conviendrait d'approfondir le lien éventuel avec cette variable. Pour les patients pris en charge tardivement ou à un stade avancé, la distribution des régions suit globalement les mêmes tendances.

Statut sérologique 2014



Pour 2014, on observe la même tendance qu'en 2013. Les COREVIH de l'Île de France et PACA OUEST ET CORSE, PACA est, Midi Pyrénées ont le plus grand nombre de patients nouvellement diagnostiqués VIH. On remarque le niveau important des régions Lorraine / champagne Ardennes et des pays de la Loire, de Centre Poitou - Charente, qui connaissent en 2014 des pics importants. La distribution des régions concernant les patients pris en charge tardivement ou à un stade avancé suit les mêmes tendances