

## Compte-rendu

**Séance Plénière du 22 septembre 2022**

**Présentiel et Visioconférence – 17h00-20h00**

**Titulaires présents :** Jean-Luc Boussard, Hugues Fischer, Luc Midol-Monnet, Josiane Phalip-le-Besnerais, Giovanni Plantevignes, Willy Rozenbaum, Christophe Segouin, Marc Shelly, Eric Vandemeulebroucke, Nicolas Vignier

**Suppléants présents :** Bénédicte Astier

**Invité présents :** Jeannine Bertaut, Alexandre Brun, Sarah Chauvin, Frédéric Goyet, Françoise Le Garrec, Audrey Jaffrelo, Isaure Martinot Lagarde, Dorothée Patsoh, Sylvie Tassi, Pierre de Truchis, Isabelle Assoun (secrétaire de séance)

**Par visio :** Nouara Agher, Lamya Azouz, Iris Bichard, Solène Bost, Julie Bottero, Nicolas Derche, Jeffrey Lévy, Rose Nguyen, Guylaine Castor, Vanessa Lemaire, Céline Németh, Lamia Oumakhlouf, Marie Pastor, Séverine Perriau, Giovanni Plantevignes,

**Excusés (es) :** Caroline Andoum, Bernard Bassama, Farida Benabi, Olivier Bouchaud, Gaëlle Césarine, Fabrice Grimaud, Gwenn Hamet, Corinne Knaff, Jean-Michel Molina, Philippe Naszalyi, Catherine Nedelec-Lissillour, Calorine Kemken, Hicham Roukas, Traore Lalla, Isabelle Turpault, Paul Taïeb

### **ORDRE DU JOUR :**

- 1 Présentation de la nouvelle Chargée de mission
- 2 Election d'un membre du Bureau
- 3 Point sur le budget du CoreVIH
- 4 Point sur le Monkeypox
- 5 Bilan de la commission InterCoreVIH Parcours de soin par le Dr Pierre de Truchis
- 6 Point sur la commission Prisons par M. Boussard
- 7 Questions diverses

## **1 Présentation de la nouvelle Chargée de mission et annonce du retour d’Audrey Jaffrelo**

Willy Rozenbaum présente à l’assemblée Isaure Martinot Lagarde, qui remplace Anastasia Sarkis comme Chargée de mission en Santé publique. Isaure se présente à son tour en déclinant son parcours : diplômée en gestion de projets associatifs/développement international, Isaure était consultante « genre et droit à la santé sexuelle et reproductive ».

WR annonce également que notre coordinatrice administrative, Audrey Jaffrelo, est de retour au CoreVIH après un congé de quelques mois.

## **2 Election d’un membre du Bureau**

Le Comité du CoreVIH est en fin de mandat et à partir du 15 juillet 2023, ses membres devraient être renouvelés, date fixée par le Ministère de la Santé. Le CoreVIH avait été prolongé d’un an, puisque devait déjà être renouvelé en juillet 2022.

Willy Rozenbaum rappelle que pour être élu, il faut être titulaire ou suppléant d’un titulaire et être en fonction dans une structure.

A l’origine, il était question de voter pour l’élection de deux nouveaux membres du Bureau, mais l’une d’entre les deux a réintégré son poste après l’annonce de son départ, aussi, est-elle maintenue comme membre du Bureau.

Quant à la deuxième personne, il s’agit de Mme Françoise Le Garrec, jusque-là en fonction à Aides Essonne, et elle n’exercera plus sur le même territoire (qui correspondait au territoire du CoreVIH IDF Est). Par conséquent, son poste est vacant.

Willy Rozenbaum fait remarquer toutefois que nous n’avons pas d’autre représentant de l’Association Aides parmi les membres du CoreVIH, aussi, le Bureau a-t’il accepté que Sarah Chauvin, remplaçante de Mme Françoise Le Garrec, mais qui n’est pas sur la liste des membres du CoreVIH, assiste aux réunions du Bureau en tant qu’invité permanente. En ce qui concerne le remplacement officiel de Mme Le Garrec au Bureau, nous avons eu une candidature, malheureusement, l’intéressée ne pourra pas être là pour des raisons personnelles.

Le vote la concernant est donc remis à la prochaine séance, à moins qu’un autre titulaire ou suppléant d’un titulaire qui n’est plus en fonction ici présent ne se porte candidat.

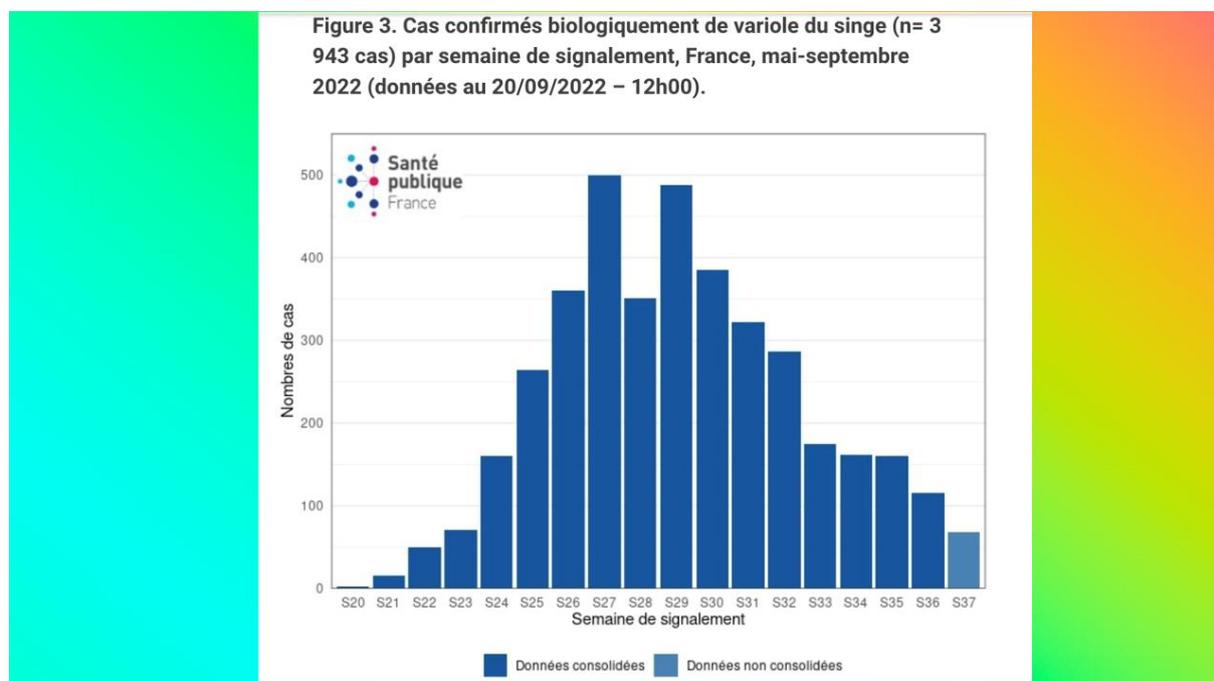
En l’absence de volontaire, le vote est remis à la prochaine séance.

## **3 Point sur le budget du CoreVIH**

Notre budget 2021 a été reconduit, mais à ce moment-là, il n’a pas été tenu compte de l’impact du Ségur de la Santé. Rappel que le Ségur a permis une augmentation de salaire pour le Personnel, ce qui a eu une incidence notable sur le budget, et a gelé une partie des financements que soutenait le CoreVIH comme les congrès, formations et autres. Toutefois, le CoreVIH a eu récemment l’assurance que le Ségur serait compensé, (on ne sait pas encore jusqu’à quelle hauteur). Willy Rozenbaum informe aussi l’Assistance qu’un financement supplémentaire a été alloué à répartir sur les 5 CoreVIH

d'Ile de France afin de les aider dans la mise en œuvre de certaines missions. La proposition du COREVIH est de mutualiser un poste de Chargé de communication.

#### 4 Point sur le Monkeypox



D'après les données de Santé publique France, il y a eu un pic cet été, mais depuis environ quatre semaines, l'incidence des cas confirmés est entrain de diminuer.



## Le Monkeypox est une **Maladie à Déclaration Obligatoire (MDO) = CERFA** à remplir

*Si patient cas confirmé, possible ou probable*

### ITEMS à remplir et à distinguer :

- Confirmation biologique (éventuelle) du diagnostic (technique utilisé, espèce diagnostiquée, site du prélèvement)
- Date début des premiers signes cliniques
- Origine possible contamination
- Vaccination antivariolique ?
- Mesures de contrôle



République Française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) / Si notification par un biologiste

Si notification par un biologiste

Orthopoxvirus dont la variolite

Initials du nom : / Prénom : / Sexe :  M  F / Date de naissance : / Code d'anonymat : / Date de notification : / Date de naissance : / Code postal du domicile du patient : /

Date des premiers signes cliniques : /

Hospitalisation :  oui  non  nsp

Si oui, motif :  Douleur  Complications  Traitement sous ATU  Aide sociale  Pathologie

Si complication, préciser :  Abcès cutané  Éruption généralisée  Abcès cartilagineux  Dermite hypodermique ou névrite cutanée  Infection vésiculaire disséminée  Autre, préciser : /

Évolution :  Guérison  En cours  Décès

Confirmation biologique du diagnostic :  oui  non  nsp

Technique utilisée :  PCR  Microscopie électronique  TROD  Sérologie / Date du prélèvement : /

Diagnostic d'exclusion :  Varicelle  Coqueluche  Méasles  Autre orthopoxvirus, préciser : /

Site du prélèvement :  Lésion cutanée, préciser le site : /  Enrahème  Autre, préciser : /

Prélèvement sanguin :  Prélèvement sanguin /

Origine possible de la contamination :  oui, cas confirmé  oui, cas non confirmé  non  nsp

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirus (cas index) :  oui, cas confirmé  oui, cas non confirmé  non  nsp

Lien du cas avec les cas index :  Cercle familial  Même domicile  Cercle amical  Cercle professionnel  Partenaire(s) sexuel(s) /

Date du premier contact avec la personne possiblement à l'origine de la contamination : /

Prévalence du cas : /

Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines :  oui  non  nsp / Si oui, préciser le(s) pays : / Date de retour : /

Contact avec un animal infecté ou à risque de transmettre un orthopoxvirus :  oui  non  nsp / Si oui, préciser l'espèce(s) animal(s) concerné(s) : /

L'orthopoxvirus de l'animal est-il :  susceptible  confirmé  nsp

Vaccination antivariolique du patient : /

Avant 1984 :  oui  non  nsp

Après 2002 :  oui  non  nsp / Si oui, nombre de doses reçues : / Date de la dernière dose : /

Certificat de la vaccination :  Contact d'un cas  Contact d'un contact  Vaccination préventive, préciser le motif : /

Infection antérieure par un orthopoxvirus :  oui  non  nsp / Si oui, lequel : /

Confirmation microbiologique de l'épisode antérieur :  oui  non  nsp

Autre(s) cas dans l'entourage (confirmés) ou non : /

oui  non  nsp / Si oui, nombre de moins de 10 : /  10 ou plus / Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) / Si notification par un biologiste

ARS (signature et tampon)

DO : C'est une maladie à déclaration obligatoire, mais les déclarations obligatoires ne résument sans doute pas toute l'étendue de l'épidémie : il y a sans doute des diagnostics méconnus ainsi qu'une sous déclaration.

### III. Transmission

→ Contact patient infecté

- Lésions cutanées et muqueuses
- Sécrétions respiratoires
- Contacts étroits
- Materno-foetale
- Objets/linges contaminés



A fortiori lors d'une relation sexuelle, même protégée, mode principalement observé à ce jour chez les patients infectés en France et dans le monde



Modes de transmission : contact physique, sexuel mais aussi cutané. On est davantage dans l'incertitude quant aux sécrétions respiratoires. La contamination materno-foetale est prouvée et traditionnellement, les objets ou le linge sont source de contamination. Les recommandations sont donc d'éviter tout contact direct ou indirect. Elles ne sont donc pas faciles à suivre.

## III. Transmission – Facteurs d'exposition

### Epidémies historiques (Afrique subsaharienne)

- Contact avec animaux (rongeurs, singes) : bien documenté
- Transmission interhumaine :
  - Intra familial : bien documentée
- Consommation de viande de brousse, viande mal cuite : mal documentée

### Epidémie actuelle :

- Rapports sexuels entre hommes et multi partenariat



Historiquement, l'origine est africaine ; c'est le contact avec les animaux, rongeurs ou singes qui est mis en cause. La variole étant considérée comme une arme biologique, cette notion est étendue à la variole du singe.

## IV. Mesures d'hygiène et de protection

### Se protéger en milieu de soin

- Application des précautions standards pour tous les soins des cas confirmés et suspects
- Éviter les activités susceptibles de remettre en suspension les matières séchées de lésions (ventilateurs, dépoussiérage, balayage, aspiration)
- Placer le patient dans une chambre individuelle en fermant la porte et limiter ses déplacements
- Utiliser des **EPI adaptés**
- Gestion des déchets via filière DASRI
- Procédures de nettoyage et de désinfection avec un désinfectant virucide (EN 14476)

### Se protéger à domicile

- Isoler le plus possible le patient
- Utiliser des EPI (masque à proximité et gants à usage unique si contact nécessaire)
- Hygiène des mains renforcée pour tous
- Nettoyer/désinfecter sol et surfaces avec produits détergents/désinfectants du commerce
- Linge lavé en machine à 60°C si possible
- Déchets de soins éliminés dans un sac pour déchets ménagers scellé, doublement emballé dans un autre sac et élimination dans les poubelles ménagères

**Précautions d'isolement jusqu'à la tombée des croûtes et réépidermisation**



Source : [CDC](#) ; [HCSP](#)

## IV. Mesures d'hygiène et de protection pour les soins d'un patient

### EPI adapté :

#### → Précautions AIR + CONTACT

- SHA
- Masque FFP2 ajusté (fit-check)
- Lunettes
- Si contact avec lésions ou l'environnement du patient :
  - Gants
  - Surblouse (plus tablier ou surblouse étanche/couvrante si contact rapproché type toilette)



Source : SF2H

## V. Présentation clinique

### Généralement deux phases

#### Phase initiale/prodromique (inconstante)

Fièvre >38°C, frissons, poly adénopathie cervicale et inguinale, myalgies, asthénie

#### Phase d'éruption

**En général** en une seule poussée (1 à 3 jours après la fièvre) = papules, vésicules, pustules et croûtes d'abord sur le visage puis sur l'ensemble du corps (paumes et plantes comprises)

Présentations cliniques **polymorphes** : phase prodromique et lymphoadénopathies inconstantes, peu de lésions cutanées, d'évolution inhabituelle (régression avant la formation de vésicule...), et d'âges parfois sensiblement différents



Signes cliniques : traditionnellement, commence par les symptômes d'une grippe, les adénopathies sont assez fréquentes (durcissements de ganglions) et au bout de 2/3 jours, une phase d'éruption. (Papules, puis vésicules).

Essentiellement des HSH ont été touchés ; 57% étaient sous PrEP, 41% infectés par le VIH antérieurement, important : 30% avaient des IST associées.

# V. Présentation clinique

Thornhill, NEJM 2022, DOI: 10.1056/NEJMoa2207323

## Épidémie actuelle

16 pays, 27/04 au 24/06/2022	528 patients
Age médian (Min-Max)	38 (18-68)
Sexe masculin (%)	527 (> 99)
HSH et bisexuel (%)	519 (98)
Nombre de partenaire 3 derniers mois (IQR)	5 (3-15)
Sous PrEP (%)	176/310 (57)
PvVIH (%)	218 (41)
Antériorité vaccination variole (%)	49 (9)
Transmission sexuelle suspectée (%)	504 (95)
IST associée (%)	109/377 testés (29)
Nouveau diagnostic infection VIH (%)	3/122 testés (2)
Fièvre (%)	330 (62)
Asthénie (%)	216 (41)
Adénopathies (%)	295 (56)
Pharyngite (%)	113 (21)
Douleurs ano-rectales (%)	75 (14)

	528 patients
<b>Lésions cutanées (%)</b>	<b>500 (95)</b>
Ano-génitales (%)	383 (73)
Visage (%)	134 (25)
Troncs ou membres (%)	292 (55)
Paumes ou plantes (%)	51 (10)
Vésiculo-pustuleux (%)	291/500 (58)
Maculeux (%)	19/500 (4)
Ulcération unique (%)	54/500 (11)
Ulcérations multiples (%)	95/500 (19)
<5 lésions (%)	207 (39)
5-10 lésions (%)	131 (25)
11-20 lésions (%)	112 (21)
> 20 lésions (%)	56 (11)
<b>Lésions muqueuses (%)</b>	<b>217 (41)</b>
Ano-génitales (%)	148/217 (68)
Oro-pharyngées (%)	50/217 (23)
Ano-génitales et oro-pharyngées (%)	16/217 (7)
Nasale et oculaires (%)	3/217 (1)



# V. Présentation clinique

## Photos France mai 2022

Homme, 18-43 ans,  
1 poussée



J4



J8



J16



Source : Enquête Flash COREB réalisée auprès des établissements ayant pris en charge un patient confirmé Monkeypox

95% de lésions cutanées, mais pas seulement : on observe aussi des pharyngites ou des lésions anales. 11% ont une ulcération unique, multiple, 19%.

Evolution : papule devient une croûte.

## V. Présentation clinique

### Photos France mai 2022



Homme, 18-43 ans, 1 poussée,  
exanthème maculopapuleux  
avec quelques éléments  
vésiculeux positifs en PCR



Source : Enquête Flash COREB réalisée  
auprès des établissements ayant pris en  
charge un patient confirmé Monkeypox

## V. Présentation clinique

### Photos France Mai 2022

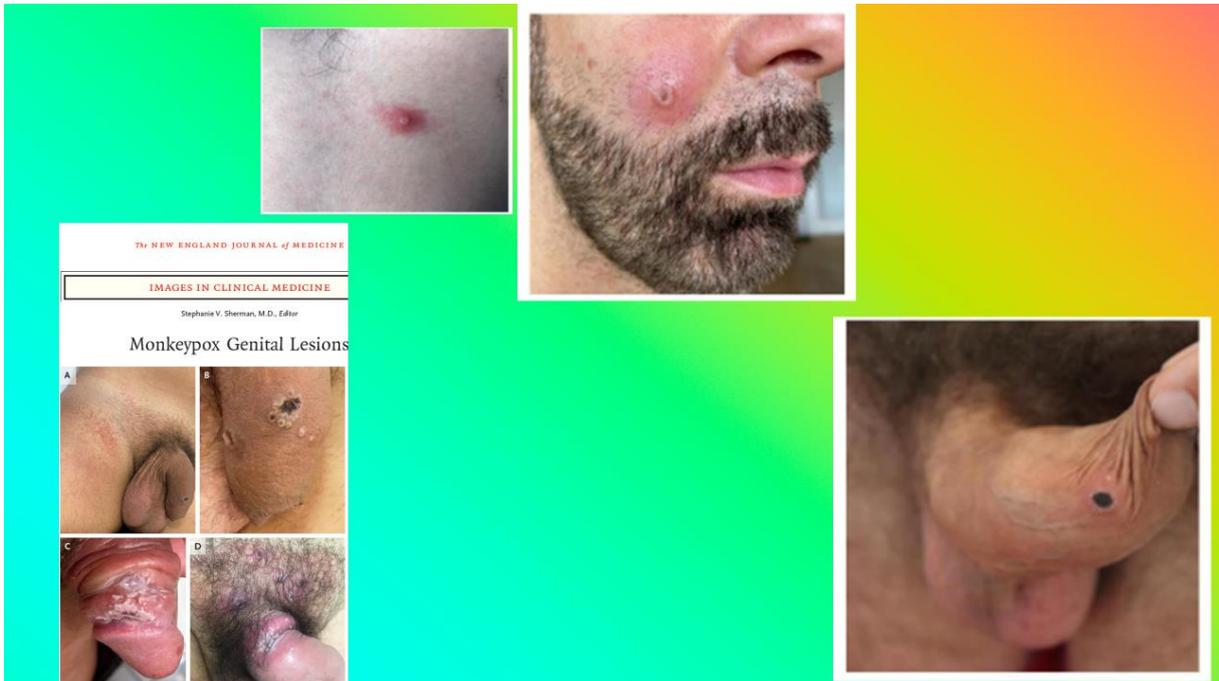


Homme, 18-43 ans,  
nombre indéterminé de  
poussée mais présence  
de lésions d'âge différent



Source : Enquête Flash COREB réalisée  
auprès des établissements ayant pris en  
charge un patient confirmé Monkeypox

Les lésions peuvent être minuscules et rendre difficile le diagnostic sans prélèvement bactériologique.



### V. Présentation clinique

Photos France mai 2022

Homme, 18-43 ans, ID, 2 poussées



Homme, 18-43 ans, 1 lésion unique, PCR positive sur écouvillon



Source : Enquête Flash COREB réalisée auprès des établissements ayant pris en charge un patient confirmé Monkeypox

### V. Présentation clinique

Photos Espagne mai 2022



Source : <https://www.immedicohospitalario.es/jup/lands/2022/06/face-ma-lanza-guia-31939-20220601012208.06> (Article Espagnol Juin 2022)

### V. Présentation clinique

Photos Australie mai 2022



J11 après apparition des symptômes



Source : Australie, Eurosurveillance

Ce qui est caractéristique c'est que la croute est d'aspect ombiliqué. Ne pas confondre le Monkeypox et la varicelle. Certaines lésions syphilitiques ou d'herpès peuvent ressembler à celles du Monkeypox et prêter à confusion.

## V. Présentation clinique

Photos France mai 2022

Homme, 18-43 ans, ID, 2  
poussées



Homme, 18-43 ans, 1 lésion  
unique, PCR positive sur  
écouvillon



Source : Enquête Flash COREB réalisée auprès des établissements ayant pris en charge un patient confirmé Monkeypox

## V. Présentation clinique

Photos Espagne mai 2022



Source : [https://www.immedicohospitalario.es/uploads/2022/06/facme\\_lanza\\_guia\\_31929\\_20220601012208\\_06](https://www.immedicohospitalario.es/uploads/2022/06/facme_lanza_guia_31929_20220601012208_06) (Article Espagnol Juin 2022)

## V. Présentation clinique

Photos Australie mai 2022



J11 après apparition des symptômes



Source : Australie, Eurosurveillance

## V. Présentation clinique

Diagnostic différentiel = Varicelle



**Varicelle chez le nourrisson  
et l'adolescent**



Source : Fiche COREB, Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique (Photos : Dr Y.Gillet)

# V. Présentation clinique

## Diagnostic différentiel



Lésions vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, croûteuses d'âges différents

**Varicelle chez l'adulte**



Lésions palmo-plantaires vésiculeuses



Source : Fiche COREB, Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique (Photos : SMIT Pitié Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université)

### V. Présentation clinique

#### Diagnostic différentiel Syndrome pied-mains-bouche



Chez l'enfant : dos de la main et région anale



Chez l'adulte : pied, main, bouche, coxsackie, vésicules grisâtres



Source : Fiche COREB, Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique (Photos : Dr Y.Gillet)

### V. Présentation clinique

#### Diagnostic différentiel Infection herpétique



Herpès avec vésicules ombiliquées



Bouquet herpétique



Kaposi Juliusberg avec multiples croûtes jaunâtres



Source : Fiche COREB, Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique (Photos : Pr N.Dupin)

### V. Présentation clinique

#### Diagnostic différentiel Syphilis secondaire



Exanthème papuleux du tronc (2ème floraison)



Syphilitides palmaires



Papules des bourses



Source : Fiche COREB, Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique (Photos : SMIT Pitié Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université)

### V. Présentation clinique

#### Diagnostic différentiel Dermatose bulleuse non infectieuse



Pemphigoïde bulleuse



Toxidermie bulleuse (syndrome de Steven-Johnson)



Érythème polymorphe



Source : Fiche COREB, Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique (Photos : Pr N.Dupin et Pr Beylot Barry)

## V. Présentation clinique

### Formes graves

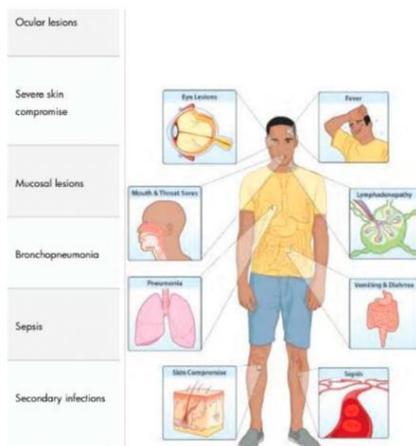


Figure 4: Sites of Clinical Manifestations of Monkeypox Complications



- Eruption cutanée > 100 boutons
- Lésions muqueuses buccales, pharyngées (avec odynophagie majeure), ano-génitales (hyperalgiques), et balanite avec phimosis
- Bronchopneumonie, pneumonie
- Sepsis
- Surinfections cutanées (possiblement cellulite)
- Lésions oculaires par auto-inoculation
- Vomissements et diarrhées
- Myocardite
- Méningo-encéphalite

Source :  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8870502/>

Formes graves : quelques-unes vues en France ; pas de décès, multiplication des lésions (plus de 100), lésions des muqueuses qui sont très douloureuses, il peut y avoir des lésions viscérales, des surinfections des lésions cutanées, oculaires qui peuvent amener à la cécité. Une quarantaine de patients ont été hospitalisés sur toute la France.

## VI. Diagnostic biologique

### Indication

Définition	Epidémiologie/Clinique	Prélèvement
<b>Cas suspect</b>	Tableau clinique évocateur sans exposition retrouvée	OUI
<b>Cas possible</b>	Tableau clinique évocateur avec exposition à risque d'infection	OUI sauf si les symptômes cliniques sont suffisamment évocateurs et que les diagnostics différentiels ont été écartés (en ce cas faire la DO)
<b>Cas probable</b>	Tableau clinique évocateur et contact à risque d'un cas confirmé	NON (mais faire la DO)
<b>Cas confirmé</b>	PCR positive	-



SPF, 08/07/2022

Diagnostic biologique : virologie, on ne fait pas de sérologie et pas de prélèvement sanguin. Quelques labos de référence : Bichat, La Pitié Salpêtrière.

# VI. Diagnostic biologique

## Types de prélèvements

Nature du prélèvement et/ou de la demande	Matériel	Mode de prélèvement	Condition de transport	
<b>Prélèvement de lésion cutanée superficielle</b>	Ecouvillon avec milieu de transport universel pour virus (ex : UTM, viroCult...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prélever avec un écouvillon (+/- imbibé avec une goutte de sérum physiologique stérile si la lésion est sèche) en frottant au niveau de la lésion.</li> <li>Il est nécessaire de prélever des cellules et donc de gratter les lésions.</li> <li>Crever la vésicule et gratter en tournant l'écouvillon sur le plancher de la vésicule.</li> </ul>	Température de transport	2 - 25°C
			Délai d'acheminement	Jusqu'à 14 Jours
<b>Biopsie (Prélèvement cutané de type Papule/Pustule/Nodule)</b>	Pot stérile sans fixateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoncer perpendiculairement et délicatement en tournant le punch à biopsie au niveau de la lésion, sur 3 à 5 mm.</li> <li>Placer la biopsie dans un pot stérile (protéger de la lumière)</li> </ul>	Température de transport	2 - 25°C
			Délai d'acheminement	Jusqu'à 14 Jours
<b>Prélèvement de pus</b>	Ecouvillon sec ou avec milieu de transport.  Pus profond et collection liquidienne : seringue et flacons stériles,	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pus superficiel : prélever la lésion à l'écouvillon.</li> <li>Collection fermée : à l'aide d'une seringue et d'une fine aiguille stérile, récupérer du liquide. Pour les petits volumes, compléter ensuite à 1ml de sérum physiologique en rinçant la seringue.</li> </ul>	Température de transport	2 - 25°C
			Délai d'acheminement	Jusqu'à 14 Jours
<b>Prélèvement de Sang Total 2-5ml</b>	Tube EDTA (bouchon violet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas congeler avant centrifugation. Si une réfrigération est nécessaire, centrifuger avant (plasma : 15min 3000g).</li> <li>Conservation température ambiante (18-25°C).</li> </ul>	Température de transport	18 - 25°C
			Délai d'acheminement	Jusqu'à 5 Jours
<b>Prélèvement de Sérum 2-5ml</b>	Tube sec (bouchon orange ou jaune avec ou sans gel séparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après complète coagulation (30min), centrifuger selon les préconisations du fournisseur (généralement 10 min à 1500g au minimum)</li> <li>Conservation soit à température ambiante (18-25°C) soit réfrigéré (2-8°C) soit congelé (-20°C).</li> </ul>	Température de transport	-20 / 2-25°C
			Délai d'acheminement	5 Jours (température positive) Sans limite (température négative)

+ **Oro-pharyngé** si poussée éruptive dans la gorge et la bouche



Source : CNR-LE des Orthopoxvirus (IRBA)

# VI. Diagnostic biologique

## Circuit de prélèvement

→ Prélèvement **de préférence en ESR** sinon ES de proximité sinon laboratoire de ville (liste établit dans chaque région par les ARS)

→ Acheminement triple emballage vers **laboratoire L3 (agent de classe 3)** pour diagnostic en ESR, CNR ou CIBU



## VII. Traitements

### Grands principes

- Traitement principalement **symptomatique** (paracétamol, antihistaminiques si prurit) **PAS D'ANTI-INFLAMMATOIRE**
- Pour les lésions : ne pas toucher et couvrir au mieux les éruptions
- Penser aux co-infections si rapport sexuel non protégé : *Chlamydiae trachomatis*, Gonocoque et syphilis. Traitement probabiliste si symptômes évocateurs (ceftriaxone, doxycycline, extencilline)
- Traitement **spécifique** non encore disponible : à discuter au cas par cas et à réserver aux patients présentant une forme grave de la maladie (=hospitalisation)



Source : HCSP 24/05/2022

Les traitements...à administrer très tôt dans l'évolution de la maladie.

## VII. Traitements

### Spécifiques

**Tecovirimat** en première intention, gélules de 200 mg

Circuit  
d'approvisionnement en  
cours de mise en place

- Antiviral inhibant l'activité de la protéine VP37, codée par le gène F13L
- Aucune donnée d'efficacité chez l'homme, AMM européenne 06/01/2022 sur des données d'efficacité précliniques et des études phase 1 et 2 en faveur d'un profil de tolérance favorable
- Traitement des infections virales chez les adultes et les enfants > 13kg contre la variole, la variole du singe et la vaccine
- **Posologie** : 200mg/12h entre 13kg et 25kg ; 400mg/12h entre 25kg et 40kg et 600mg/12h supérieur à 40kg, dans les 30' suivant un repas
  - Aucune adaptation posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale ou hépatique
  - Pour les patients qui ne peuvent pas avaler les gélules, celles-ci peuvent être ouvertes et leur contenu mélangé avec environ 30 ml de liquide (lait par exemple) ou d'aliment semi-solide (yaourt par exemple)
- **Durée** : 14 jours à débiter le plus tôt possible après le diagnostic
- Non recommandé pendant la grossesse en l'absence de données cliniques disponibles.
- Inducteurs des enzymes (CYP)3A et CYP2B6 et inhibiteur faible des CYP2C8 et CYP2C19 → Cf RCP EMA

Sources : Siegrist, CID, July 29,  
DOI: 10.1093/cid/ciac622



Sources : HCSP (24/05/2022), ANSM 29/06/2022, EMA:  
[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product)

## VII. Traitements

### Spécifiques

#### **Brincidofovir** en deuxième intention sous réserve de disponibilité

→ Prodrogue du cidofovir, disponible par voie orale (meilleure tolérance rénale que le cidofovir)

- Traitement de la variole chez l'adulte et l'enfant (nouveau-né compris) disponible sous forme de comprimés ou de solution buvable (Tembexa)
- Aucune donnée d'efficacité chez l'homme



Source : HCSP (24/05/2022)

## VIII. Vaccins

#### Deux stratégies :

- **Vaccination préventive (ou pré-exposition) :**
  - Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes trans, rapportant des partenaires sexuels multiples ;
  - Les personnes travailleurs/travailleuses du sexe ;
  - Les professionnels des lieux de consommation sexuelle, quel que soit le statut de ces lieux
- **Vaccination réactive (ou post-exposition) = personnes contact à risque (définition SpF)**
  - Administré au mieux dans les 4 jours après le contact à risque et au maximum 14 jours plus tard
- **Schéma vaccinal :**
  - 1 dose si ATCD de vaccination contre la variole connue par le patient ou notée dans son carnet de vaccination (ou 2 doses si patient immunodéprimé)
  - 3 doses pour le patient immunodéprimé par immunosuppresseur
  - 2 doses pour tous les autres espacées d'au moins de 28 jours
- Deux vaccins : *Imvanex<sup>®</sup>* et *Jynneos<sup>®</sup>* interchangeables



Source : HAS

## VIII. Vaccins

### Imvanex (Europe/France)

AMM 2013 : immunisation active contre la variole chez les adultes en circonstances exceptionnelles

### Jynneos (USA)

AMM 2019 : prévention de la variole et du Monkeypox virus

- Vaccins très proches produits par Bavarian Nordic
- Vaccins vivants **atténués non réplcatifs** (ne peuvent se multiplier dans l'organisme humain), antivarioliques formulés à partir de virus vivant modifié de la vaccine Ankara (MVA)
- **Pas de contre-indication** pour les personnes immunodéprimées
- **Contre-indication à la vaccination** si hypersensibilité à l'un des composants du vaccin ou aux résidus présents à l'état de traces (protéines de poulet, benzonase, gentamicine et ciprofloxacine)



Source : [ANSM](#)

Actuellement, un vaccin peut être utilisé en prévention, ou en post exposition dans les quelques jours qui suivent l'exposition.

# Enquête sur l'offre de soins des patients infectés par le VIH en ile de france



InterCorevih Ile de France – COM2  
Commission Organisation de la prise en charge  
VIH

COM2-Offre de soins-P de Truchis 2020-2022

## Contexte

- COM-2 Intercorevih Ile de France 2019 (ARS):
  - Commission Organisation de la prise en charge des patient.e.s infectés par le VIH (coordination Corevih IdF Ouest)
  - **Objectifs:**
    - Renseigner sur l'évolution de la prise en charge VIH entre 2020 et 2025 en Ile de France
    - Evaluer l'évolution géographique et la capacité des centres de prise en charge VIH en Ile de France
    - Apporter des recommandations sur les moyens nécessaires au fonctionnement des centres, et proposer des pistes pour l'organisation future des centres de prise en charge VIH en Ile de France

COM2-Offre de soins-P de Truchis

Dans le cadre de la répartition InterCoreVIH des thématiques travaillées, le CoreVIH Ouest a eu en charge l'offre de soins pour les PVVIH. Pierre de Truchis en est le pilote ; Il a eu l'amabilité de venir depuis Raymond Poincaré pour nous présenter la synthèse de ce qui a été réalisé par ce groupe de travail.

## Methode de travail de la commission

- Réalisation d'une enquête par questionnaire auprès de tous les centres de prise en charge VIH d'Ile de France
- Questionnaire adressé par les coordinateurs de chacun des Corevih aux centres de leur circonscription
- Remplissage des questionnaires par un référent du centre (médecin, TEC, IDE référent,...) entre 08/2020 et 04/2021
- Essai de récupération des questionnaires manquant via les coordinateurs des 5 Corevih
- Analyse des questionnaires (A. Brun, biostatisticien Corevih IdF Est)
- Rédaction du rapport par la commission
- Envoi du rapport à l'ARS juillet 2022

COM2-Offre de soins-P de Truchis

Pierre de Truchis présente le résultat d'une enquête sur l'organisation de la prise en charge VIH en Ile de France, réalisée dans le cadre de l'InterCoreVIH afin de faire un état des lieux sur l'offre de soins dans les différents centres, sur les prévisions de l'offre de soins dans les cinq années à venir, en termes de ressources humaines et matérielles ainsi que sur la capacité des patients à s'approprier le soin. L'objectif est de repérer les lieux où se présentent des difficultés, les identifier pour permettre de répondre aux besoins des patients.

## questionnaire

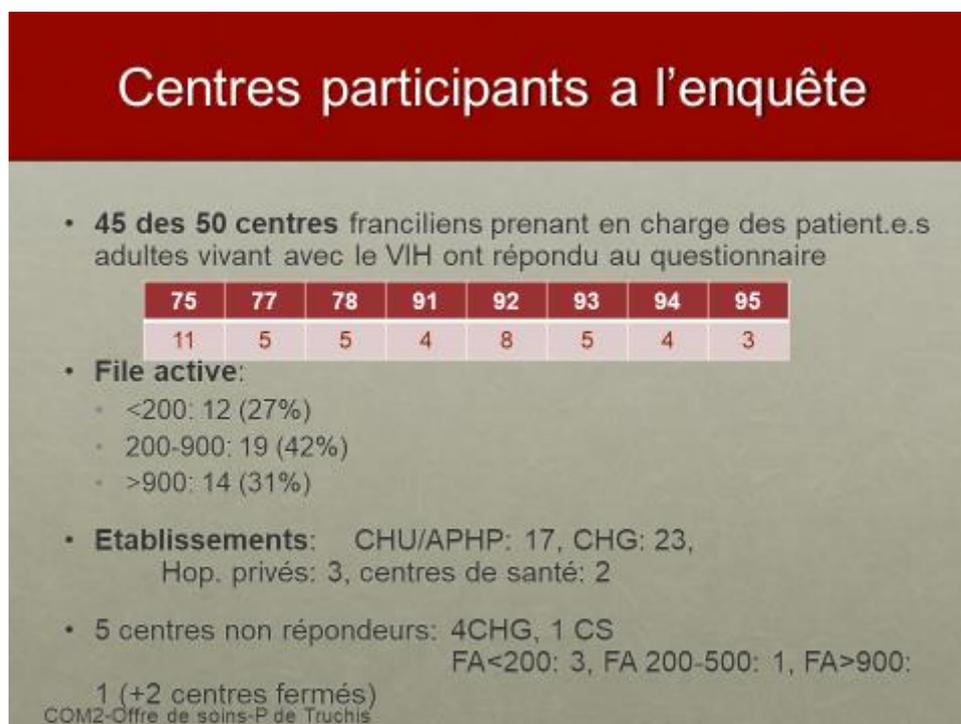
- Caractéristiques générales des centres: localisation, public/privé, file active, etc..
- Ressources humaines : médecins, IDE, AS, autres; prévisions de fin d'activité dans les 5 ans, etc..
- Circuit de soins: accueil, contacts, délais de prise en charge, réalisation des examens biologiques, accès RCP, Education thérapeutique, accompagnement psycho-social, ...
- Offre de soins (CS, hosp, HDJ), modes de prise en charge disponible (médicale, sociale, psychologique, spécialités, prise en charge des comorbidités, ...)
- Difficultés de fonctionnement (personnel, matériel)
- Projets d'amélioration du circuit de soins, collaborations, délégations d'activité, innovations, etc...

COM2-Offre de soins-P de Truchis

Ce questionnaire a été diffusé dans tous les centres de prise en charge VIH d'Ile de France. Ces questionnaires ont été remplis entre août 2020 et avril 2021. L'analyse des questionnaires a été faite

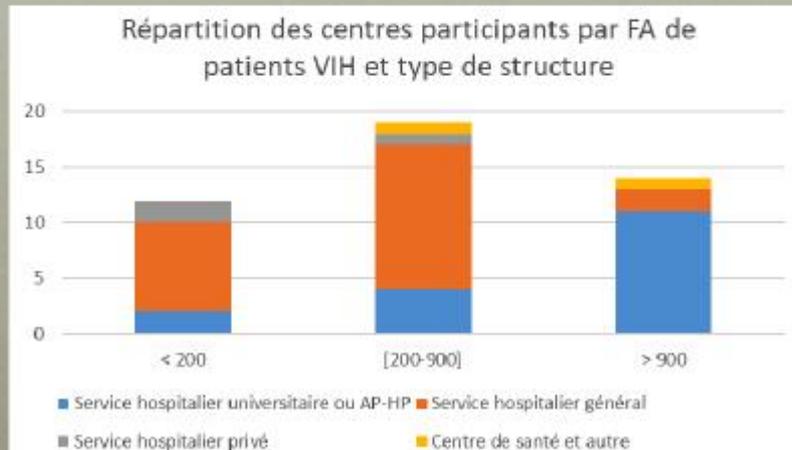
par Alexandre Brun, statisticien du CoreVIH. Un rapport a été adressé à l'ARS et ce sont les résultats de cette analyse qui seront ici présentés.

Y figuraient des interrogations sur le personnel affecté au VIH, le circuit de soin, quels en étaient les délais, l'accompagnement psychosocial etc. questions aussi sur l'offre de soin et enfin sur l'amélioration souhaitée dans cette prise en charge.



45 sur 50 centres ont répondu. Il a été tenu compte de la file active, du type d'établissements.

# Centres participants



COM2-Offre de soins-P de Truchis

# RH: médecins

- Personnel médical /centre VIH

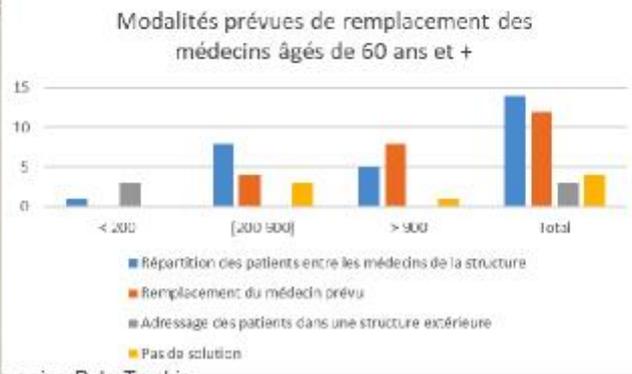
	FA< 200	FA[200-900]	FA> 900	Total
Nombre médian de médecins (hors internes) impliqués dans la prise en charge ambulatoire des patients VIH	1	4	15	4
Nombre médian de patients VIH pris en charge par médecin	65	124	167	120
Nombre médian d'équivalent(s) temps plein (ETP) de médecin consacrés à la prise en charge ambulatoire des patients VIH	0.2	1	7	1
Nombre médian de patients VIH pris en charge par ETP de médecin	480	680	372	550

- le nombre de patients VIH pris en charge par ETP de médecin varie entre 372 et 680 selon la taille de la file active et entre 280 et 1000 selon le département.
- le nombre médian de patients VIH par ETP d'IDE/aide-soignant/secrétaire connaît des variations entre 0 et 391 selon la taille de la FA et entre 0 et 511 selon les départements

COM2-Offre de soins-P de Truchis

## RH: médecins - prévisions

- 23 (51%) centres comptent au moins un médecin âgé de plus de 60 ans. Seuls 12 centres ont une solution de remplacement de certains médecins lors de leur départ à la retraite



COM2-Offre de soins-P de Truchis

Parmi ceux qui ont répondu, la moitié a au moins un médecin qui va partir à la retraite dans les cinq ans ; sur cette moitié, une moitié seulement a une solution de remplacement. On va donc assister à une pénurie de médecins pour au moins un quart des centres.

## Moyens attribués aux centres: prévisions

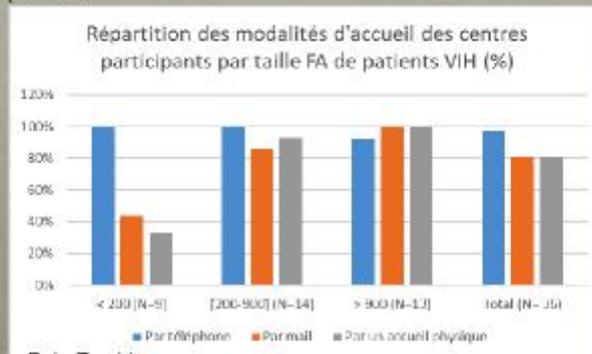
- Pour 8 (24%) centres interrogés, le temps médical dédié aux patients VIH va diminuer dans les 3 années à venir, surtout dans les centres ayant 1 FA de patients VIH [200-900] ou >900.
- 31 centres/45 ont été confrontés dans les dernières années à une baisse des moyens pour la prise en charge des patients VIH: RH (23), financiers (8), matériel (8)



COM2-Offre de soins-P de Truchis

## Circuit de soins VIH . 1

- 7 (16%) centres ont déclaré ne pas avoir un accueil identifié pour les demandes des patients VIH ou des professionnels de santé (5 ont une FA [200-900] ). 29 centres ont un accueil « physique ».

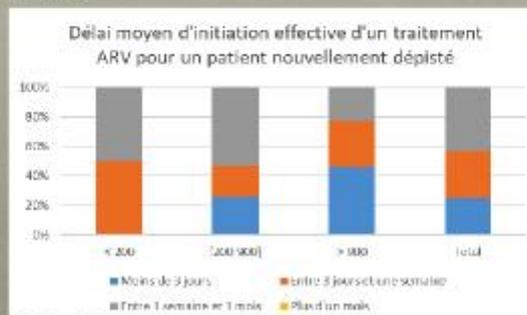


COM2-Offre de soins-P de Truchis

On assiste à une difficulté pour les patients d'avoir une prise en charge VIH ; seuls 29 centres sur 45 ont un accueil physique.

## Circuit de soins VIH . 2

- Nombre de ½ journées d'accueil patients VIH: 8 (2-11)
- Consultation d'urgence: 27 centres
- Délai de 1° RV: <48h (17 centres), <1 mois (20 centres)      délai de RV de suivi: <1 mois



COM2-Offre de soins-P de Truchis

## Circuit de soins VIH . 3

- 31 (72%) centres proposent un bilan annuel aux patients VIH. (en HDJ dans 86% des cas)
- délai médian d'obtention du résultat d'un test de charge virale: 3 jours (5 jours pour les centres avec FA<900 ; 2,5 jours pour centres avec FA>900).
- délai médian d'obtention du résultat de génotypage de résistance : 21 jours (8-50)
- 23 centres (53%) ont un programme ETP (sauf départements 77, 91). ETP dysfonctionne du fait de manque de temps IDE dédié dans 8 centres.
- 15 centres (35%) ont la possibilité d'avoir recours à un agent de médiation, médiateur en santé, patient expert et/ou pair éducateur (surtout centres avec FA>900).
- Absence de possibilité de suivi social (2 centres), de suivi psychologique (7 centres), d'évaluation nutritionnelle (7 centres), de COM2-Offre de soins-P de Truchis

Les consultations ETP sont insuffisamment utilisées, faute de temps pour les soignants.

Un certain nombre de difficultés sont constatées pour l'offre de soins dans ces centres.

## Circuit de soins VIH . 4

- 64% des centres organisent des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : 93% des centres avec 1 FA >900, 68% des centres avec 1 FA [200-900] et 25% des centres avec 1 FA <200.
- 7 centres (soit 16%) déclarent être dans l'impossibilité de prendre en charge, en dehors de l'urgence, les patients VIH sans droits sociaux.
- 32 centres (74%) déclarent prendre en charge des patients VIH orientés par d'autres établissements qui faute de moyens ne peuvent s'en occuper.

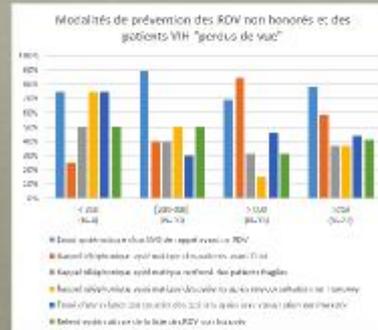
COM2-Offre de soins-P de Truchis

# Modalités de RV



28 centres ont mis en place des mesures pour prévenir le risque de RV non honorés: envoi systématique de SMS, rappel avant RV HDJ, rappel après CS non honorée.

16 centres (36%) n'ont pas de système de prévention ni de récupération des RV non honorés. Une liste des RV non honorés est tenue à jour dans 41% des centres.



COM2-Offre de soins-P de Truchis

# Innovations pratiques - 1

- 43 centres (96%) disposent d'un dossier informatisé pour le suivi des patients VIH.



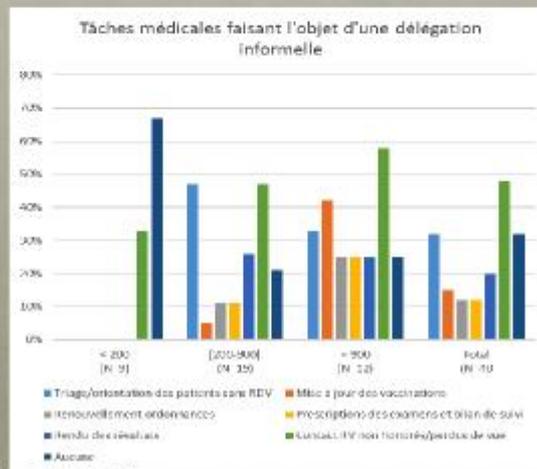
- 17 centres déclarent avoir un projet de délégation des tâches et 17 centres ont des projets de formation IDE en pratique avancée. 34 centres déclarent pour leur part avoir des projets de consultation à distance/télémédecine.

COM2-Offre de soins-P de Truchis

Il serait important, pour les années à venir, de prévoir des formations d'infirmières en pratiques avancées, vue la baisse en ressources humaines. Des délégations officieuses de tâches existent déjà.

## Innovations pratiques - 2

- Délégation informelle de tâches déjà en place:



COM2-Offre de soins-P de Truchis

## Identification des zones en potentielle difficulté en ile de france

- **Corevih IdF Ouest:**
  - CH Rambouillet : pas de données
  - CH L. Mourier: réorganisation Colombes/Nanterre
- **Corevih IdF Nord:**
  - CH Eaubonne S. Veil: remplacement médecin en cours
- **Corevih IdF Centre:**
  - H. Pitié-Salpêtrière: diminution du temps médical disponible
- **Corevih IdF Sud:**
  - H. Ste Camille (Bry s/Marne): pas de données épidémio, manque temps médical
  - H. Bégin: pas de données
  - Institut A. Fournier: pas de données

COM2-Offre de soins-P de Truchis

Un manque de temps médical est prégnant.

## Identification des zones en potentielle difficulté en ile de france

- **Corevih IdF Est:**

- CH Coulommiers 77: pas de médecin (aide Jossigny)
- CH Jossigny 77: recrutement médical à prévoir
- CH Meaux 77: départ médecin
- CH Nemours 77: pas de médecin
- CH Montereau 77: pas de médecin
- CH Fontainebleau: départ médecin (collaboration Melun NF)
- CH Provins: pas de médecin (aide Melun)
- CH Etampes 91: pas de médecin
- CH Dourdan 91: pas de médecin
- CH Arpajon 91: pas de médecin
- CH Longjumeau: pas de médecin; reprise partielle Arpajon. Projet fusion CH Saclay (+Juvisy, Orsay)
- CH Sud Francilien: recrutement supplémentaire nécessaire

COM2-Offre de soins-P de  
Truchis

Sur le territoire du CoreVIH IDF Est, un certain nombre d'établissements périphériques et de petites tailles sont en difficulté, toujours à cause d'un manque de personnel soignant.

## Conclusions et perspectives -1

- Diversité de fonctionnement et d'activité des centres
- Centres périphériques plus petits, avec offre de soins souvent incomplète.
- Mais problème de RH, présent ou futur, dans tous les centres, quelle que soit la FA; difficultés de recrutement prévisible; diversification des tâches diminuant la part de temps consacrée au VIH.
- Départs en retraite nombreux dans les 5 ans
- Intérêt de défendre un accès au soin de « proximité », ou au moins décentralisé

COM2-Offre de soins-P de  
Truchis

L'enquête a été menée sur la base des files actives, et dans les centres à petite file active, on assiste à des difficultés d'accès à la prise en charge VIH, alors qu'il serait intéressant de maintenir une offre de soins dans les centres de proximité. Dans les centres où il n'y a plus de médecin, on ne sait pas ce qu'est devenue la file active.

## Conclusions et perspectives -2

- Définition d'un « panier de soins » minimal à défendre pour garder un centre de prise en charge VIH effectif:
  - accès identifié à l'équipe de prise en charge VIH (numéro dédié, accueil de secrétariat et de prise de RV)
  - équipe de soins avec une consultation médicale pluri-hebdomadaire, un service infirmier assurant les prélèvements, le suivi thérapeutique, et la coordination du parcours de soins, et un secrétariat pouvant répondre aux appels des patients, des médecins traitants, et des correspondants
  - possibilité d'adressage localement ou dans un circuit identifié pour une hospitalisation, une prise en charge ETP, un accompagnement psychologique et social, ou des suivis spécialisés
  - disposer d'un accès à une réunion de concertation pluridisciplinaire médico-virologique

COM2-Offre de soins-P de  
Truchis

Face à ces difficultés, des doléances ont été listées, faisant état des besoins en matière d'offre de soins pour les PVVIH.

## Conclusions et perspectives -3

- Pistes d'amélioration évoquées:
  - optimisation de la prise de RV et du contact avec l'équipe (plateformes numériques); rappels automatiques des RV; signalement automatisé des RV non honorés ou des suivis interrompus
  - mutualisation des ressources spécialisées pour les centres géographiquement proches ; réunions de concertation thérapeutique à distance ; organisation de vidéo-consultations avec présence paramédicale auprès du patient dans les petits centres isolés
  - permettre le suivi social des patients ambulatoires; organiser des consultations complexes médico-psycho-sociales pour la prise en charge des patients vulnérables;
  - création de protocoles de coopération ou de délégation des tâches ; autoriser et organiser la formation d'Infirmières en Pratique Avancée pour le suivi des patients VIH sous traitement efficace (ce qui implique d'ajouter la prise en charge VIH dans le référentiel des IPA)
  - permettre dans certains endroits la mise en place de « référents » VIH multisites pour assurer une prise en charge de proximité

Etc  
COM2-Offre de soins-P de  
Truchis

Une discussion s'engage sur les moyens de faire face à ce diagnostic.

Pour Willy Rozenbaum, les Directions départementales devraient pouvoir être aptes à agir.

# Commission Prison

Commission du Corevih Ile de France Est, mais regroupant des membres des différents corevih de l'Ile de France

Il y a des centres pénitentiaires dans les 5 territoires des CoreVIH

## **Enquête épidémiologique des viroses chroniques en milieu carcéral en Ile de France.**

- Projet remontant à plusieurs années, consistant à recenser par le biais de questionnaire adressés aux Unités Sanitaires des données d'activité , de résultats d'examen et de traitement des trois principales viroses chronique: VIH, VHB et VHC, au cours d'une année donnée.
- Projet justifié par l'ancienneté des données épidémiologiques (Prevacar en 2010 pour le VIH et le VHB) ou leur absence pour le VHB

Il n'y avait pas de données récentes concernant le VIH en milieu carcéral, et pas de données pour le VHB.

Un questionnaire a été envoyé à chaque unité sanitaire des établissements pénitentiaires

## **Enquête épidémiologique: les variables explorées**

- Nombre de places et nombre de personnes ayant séjourné dans l'établissement.
- Nombre de sérologies VIH, VHB et VHC réalisées et nombre de sérologie positives; nombre de patients ayant un ARN-VHC > 5 log (100 000 copies/ml), parmi les patients ayant une sérologie VHC positive.
- Nombre d'infections découvertes en milieu carcéral et nombre d'infection déjà suivies en dehors du milieu carcéral.
- Nombre de patients ayant initié leur traitement en milieu carcéral et nombre de patients ayant poursuivi un traitement initié en dehors du milieu carcéral .
- Nombre de patient infectés en succès thérapeutique: ARN VIH < 50 copies/ml; ARN VHC indétectable; ADN VHB indétectable.
- Nombre de patient ayant reçu une prophylaxie post-exposition.

## **Enquête épidémiologique:**

- Le questionnaire a été diffusé fin 2020; il était demandé aux USMP de colliger les données de l'année 2021
- A cette date, il n'y a pas de retour, malgré 2 relances
- L'intérêt de cette enquête nous amène à explorer d'autres pistes de recueil et leur faisabilité:
  - démarcher « in situ » les différentes USMP - ce qui nécessite de gros moyens humains.
  - Exploiter les bases de données des laboratoires et pharmacies des hôpitaux de référence

## Autres projets de la commission

### • Réduction des risques

- Le constat est fait régulièrement de l'insuffisante mise à disposition dans des lieux garantissant la confidentialité de préservatifs par l'Administration Pénitentiaire, en dehors des USMP et des seules unités de vie familiale; l'ARS a été questionnée sur une aide possible pour faire avancer ce dossier, sans retour à ce jour.
- projet d'enquête de la DAP auprès des 188 établissements sur un état des lieux des pratiques et des connaissances et d'une journée d'information, et de mise en place de 2 sites expérimentaux sur l'usage de la Nalaxone,
- Plusieurs programmes d'échanges de seringue sont en cours, dans certains établissements, malgré l'absence d'un consensus national et d'un décret d'application ad hoc, au su de l'AP. En faire la promotion?

La commission a été confrontée à beaucoup de fins de non-recevoir, malgré ses sollicitations auprès d'instances telles que l'ARS ou l'Administration pénitentiaire.

La détention de seringues est permise si elle a été prescrite par un médecin ; peut-être faut-il en faire la promotion par ce biais.

## Autres projets de la commission

### • Continuité des soins aux sortants de prison

- **Accès à des consultations** : établir une liste des consultations hospitalières sans rendez-vous et des maisons de santé pluridisciplinaire
  - **Transmission des données de santé des patients sortant de prison** : plusieurs pistes sont explorées
    - Travailler sur une **fiche de synthèse** modèle (Pierre Leroy)
    - Promouvoir (et choisir) un **outil informatique** ? Coffre-fort numérique, Terr-eSanté, Mon Espace Santé ? Une utilisation du DMP serait mentionnée dans le guide méthodologique
- Plusieurs questions sont soulevées : question des interfaces avec les logiciels des établissements (toutes les USMP ont-elles accès et utilisent-elles ces logiciels) ; question de la confidentialité, les personnes sortant de prison pouvant souhaiter ne pas révéler leur statut d'ancien prisonnier – à priori ce sera la personne concernée qui aura accès à son dossier et pourra y donner ou non accès au soignant qu'il consulte ; les prescriptions et compte rendus peuvent être rédigés au nom de l'hôpital de référence, sans mentionner l'USMP (Catherine Fac) ; demander l'avis du CCNE ?

M. Boussard nous fait part d'un projet de mise en place d'un groupe de travail sur la Santé sexuelle en milieu carcéral.

## **Autres projets de la commission**

### **• Groupe de travail sur la santé sexuelle**

- Plusieurs de piste de travail : recensement des études déjà faites, enquêtes de prévalence (syphilis, chlamydioses, viroses), réduction des risque, PrEP...
- Yoan Conan présente son projet de Master 2, « Santé sexuelle, prévention diversifiée du VIH et réduction des risques en prison, état des lieux et freins à leur mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires de France et d'Outremer (DETENPREV) »

## REMERCIEMENTS

Prochaine séance plénière jeudi 15 décembre à 17h00