



Atelier DOMEVIH – FHDH

TEC en COREVIH
6 juin 2018 – Nantes

Juliette GERBE

Actualités autour du DOMEVIH

Mise à jour de l'arrêté de 1991 (DMI2) avec le Ministère

⇒ nouvel arrêté et nouvelle demande CNIL. (Dossier en cours d'instruction au sein du Ministère)

⇒ Evolutions dans le DOMEVIH avec de nouvelles données sociales entre autre.

Actualités autour du DOMEVIH

Dans l'année 2018, modifications du DOMEVIH, intégration :
du tabac dans le suivi,

- du génotypage VHC dans le suivi,
- de la notion de binge drinking (consommation excessive d'alcool en contexte festif)
- de la fréquence des ARV (4 fois par semaine, ...), ...

- Amélioration des délais de saisie et d'enregistrement des fiches par diminution des temps de perte de focus et temps de validation

⇒ V2.01.07

- Le rapport d'activité sera fourni au Ministère en 2018-S2 selon le format demandé par le Ministère :

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemie.pdf

⇒ Les COREVIH vont recevoir un courrier explicatif de l'INSERM

Rapport National et Rapport COREVIH selon le Rapport Morlat

Caractéristiques et indicateurs	Nouveaux pris en charge n=3467 % ou médiane (25ieme-75ieme percentiles)
Age (années) >=60 ans	37,3 (29,2-46,4) 4,6
Sexe	
Masculin	73,4
Féminin	26,1
Transgenre	0,5
Groupe de transmission	
HSH	47,6
UDI	1,4
Hétérosexuel	42,5
Hémophilie/Transfusion	0,6
Périnatal	0,2
Autre ou inconnus	7,7
Pays de naissance	
France	57,7
Afrique subsaharienne	28,2
Autre	14,1

Tableau 1 : Caractéristiques et indicateurs thérapeutiques des **nouvelles personnes vivant avec le VIH** de plus de 18 ans prises en charge à l'hôpital pour la première fois entre 2013 et 2015 : Données combinées de la Cohorte Aquitaine, ANRS CO3 et de la FHDH, ANRS CO4

Rapport National et Rapport COREVIH selon le Rapport Morlat

Caractéristiques et indicateurs	Nouveaux pris en charge n=3467 % ou médiane (25ième-75ième percentiles)
Prise en charge au stade de la primo-infection	13,0
Stade SIDA	10,7
AgHBS+	3,0
AcVHC+	3,0
Délai entre diagnostic et prise en charge	
0	22,2
1j-7j	23,1
8j-15j	17,1
15j-30j	11,0
1 mois - 3 mois	8,8
>3 mois	17,7
Statut à la prise en charge	
CD4 > 500/mm ³ ou primo-infection	36,8
CD4 entre 200 et 500 sans SIDA ni primo-infection	34,6
CD4 < 200/mm ³ ou SIDA	28,6

nouvelles personnes vivant avec le VIH

Rapport National et Rapport COREVIH selon le Rapport Morlat

Caractéristiques et indicateurs	Nouveaux pris en charge n=3467 % ou médiane (25ieme-75ieme percentiles)
Traitement ARV initié	91,6
Délai entre prise en charge et initiation du traitement ARV	
≤ 7 j	27,3
7j - 30j	34,9
1 mois - 3 mois	20,9
> 3 mois	16,9
10 combinaisons les plus prescrites en initiation en 2015	
TDF/FTC/DRVr	31,0
TDF/FTC/ EVGc	22,6
TDF/FTC/RPV	12,8
ABC/3TC/DTG	7,0
TDF/FTC/DTG	5,0
TDF/FTC/RAL	3,9
TDF/FTC/EFV	2,8
TDF/FTC/ATVr	2,4
ABC/3TC/DRVr	2,3
TDF/FTC	1,4
Délai entre initiation des ARV et CV<50 copies/mL	
≤ 3 mois	39,2
3-6 mois	31,1
6-9 mois	14,1
9-12 mois	6,9

nouvelles personnes vivant avec le VIH

Rapport National et Rapport COREVIH selon le Rapport Morlat

Caractéristiques et indicateurs	Suivis en 2015 n= 44781 % ou médiane (25ieme-75ieme percentiles)
Age (années) ≥60 ans	49,7 (41,9-56,2) 15,7
Sexe	
Masculin	68,3
Féminin	31,4
Transgenre	0,3
Groupe de transmission	
HSH	39,6
UDI	8,2
Hétérosexuel	43,9
Hémophilie/Transfusion	1,7
Périnatal	0,4
Autre ou inconnus	6,2
Pays de naissance	
France	63,8
Afrique subsaharienne	23,8
Autre	12,4

Tableau 2 : Caractéristiques et indicateurs thérapeutiques des **personnes de 18 ans et plus vivant avec le VIH prises en charge à l'hôpital en 2015** : Données combinées de la Cohorte Aquitaine, ANRS CO3 et de la FHDH, ANRS CO4

Rapport National et Rapport COREVIH selon le Rapport Morlat

Caractéristiques et indicateurs	Suivis en 2015 n= 44781 % ou médiane (25ieme-75ieme percentiles)
prise en charge au stade de la primo-infection	5,6
Stade SIDA	21,4
AgHBS+	5,9
AcVHC+	13,8
Période de diagnostic (0,3% manquant)	
<=1996	35,5
1997-2004	26,8
2005-2012	27,5
>=2013	9,9

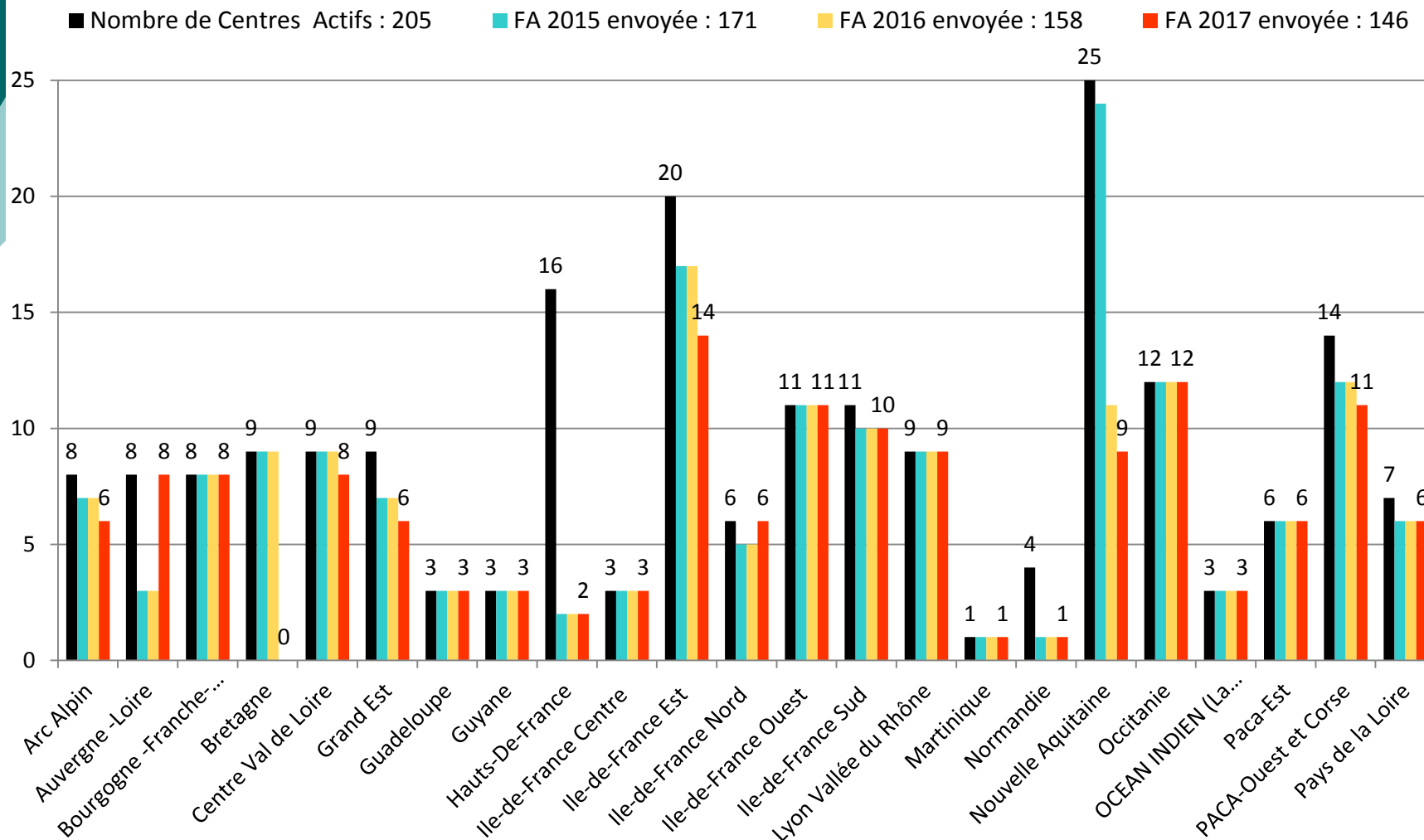
personnes de 18 ans et plus vivant avec le VIH prises en charge à l'hôpital en 2015

Rapport National et Rapport COREVIH selon le Rapport Morlat

Caractéristiques et indicateurs	Suivis en 2015 n= 44781 % ou médiane (25ieme-75ieme percentiles)
Traitement ARV en 2015	
en cours	95,9
antécédent	2,6
jamais traité	1,5
10 combinaisons les plus utilisées en 2015	
TDF/FTC/RPV	14,0
TDF/FTC/EFV	10,2
TDF/FTC/DRVr	9,8
TDF/FTC/EVGc	7,7
ABC/3TC/DTG	6,7
TDF/FTC/ATVr	4,2
TDF/FTC/RAL	4,1
ABC/3TC/DRVr	3,3
TDF/FTC/NVP	3,0
ABC/3TC/NVP	2,5
Charge virale	
<200 copies/mL	93.7
<50 copies/mL	89.6
CD4 > 500/mm ³	64.9
CD4/CD8 > 1	33.8

personnes de 18 ans et plus vivant avec le VIH prises en charge à l'hôpital en 2015

Envoi des données état des lieux au 29/05/2018



Liste des champs obligatoires

NB : certains champs obligatoires qui dépendent de la valeur d'autres champs comme la date de décès pour un patient donc le code situation est « décès » ne sont pas encore bloqués en import de Domevih (ou en intégration en base régionale/nationale). Ils ne sont pas (encore) renseignés ici.

FICHE PATIENT

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Sexe

Groupe de transmission du VIH

Traitement antirétroviral (Oui/Non/Ne sait pas)

Traitement cArt (Oui / Non / Ne sait pas)

FICHE ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

Diagnostic de pathologie

Stade

Stade CIM

FICHE VHB (SI ELLE EXISTE)

Groupe de transmission

FICHE VHC (SI ELLE EXISTE)

Groupe de transmission

FICHE RECOURS

Numéro de l'unité médicale

Type de recours

Motif du recours

Date du recours

FICHE SUIVI DES DIAGNOSTICS SECONDAIRES

Date de diagnostic

Diagnostic principal

FICHE SUIVI BIOLOGIQUE

Date du prélèvement

FICHE SUIVI DES TRAITEMENTS ARV

Date de fiche ARV

Traitement antirétroviral

Date de début de traitement

FICHE SUIVI DES AUTRES TRAITEMENTS

Date de fiche « autres traitements »

Autre traitement

Date de début de traitement

FICHE SUIVI SÉROLOGIE DES HÉPATITES

Date de sérologie

FICHE SUIVI INFECTION VHB ACTIVE OU VHC ACTIVE

Date de l'examen

FICHE SITUATION

Code situation

Contacts

Hotline : difficultés techniques

erw-dis-tma-lyon-support-domevih.fr@capgemini.com

Développeur : Fabien Fugier

Contact INSERM : domevih@iplesp.upmc.fr

- Dominique Costagliola
- Murielle Mary-Krause
- Juliane Posson
- Séverine Leclercq
- Laurence Lièvre

Questions ? Adaptation aux recommandations

Avec les nouvelles recommandations 2017 : « **Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins** »

- **Bilan biologique annuel de synthèse :**

Numération des **sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8** : peut être réalisée **tous les deux ans** si ARN-VIH <50 copies/ml et derniers CD4 >500/mm³

- **Bilan biologique intermédiaire:**

la CV peut suffire

- ⇒ Quid des données manquantes dans le Rapport d'Activité ?
- ⇒ Comment faire pour ne pas avoir des contrôles de qualité DOMEVIH encombrants à cause de ces données manquantes ?
- ⇒ **Revoir requête automatique pour intégrer les données CD4**

Questions ? Contrôle de qualité du DOMEVIH

- Les items et données apparaissent comme étant manquants ou à vérifier
- Comment notifier leur vérification dans le DOMEVIH ?

=> Valider chaque patient avant de fermer le Contrôle de Qualité

Questions ? Consentements DOMEVIH (et NADIS)

Nouvelle réglementation RGPD :

« Le 25 mai 2018, le règlement européen est entré en application. De nombreuses formalités auprès de la CNIL disparaissent. En contrepartie, la responsabilité des organismes est renforcée. Ils doivent désormais assurer une protection optimale des données à chaque instant et être en mesure de la démontrer en documentant leur conformité. »

L'information des personnes :

- Les mentions d'information

- Les modèles de **recueil du consentement des personnes concernées**,
- Les procédures mises en place pour **l'exercice des droits**

Les contrats qui définissent les rôles et les responsabilités des acteurs

- Les contrats avec les sous-traitants

- Les procédures internes **en cas de violations de données**
- Les preuves que les personnes concernées **ont donné leur consentement** lorsque le traitement de leurs données repose sur cette base.

...

⇒ **Faut-il revoir et harmoniser les consentements ? Proposition d'un groupe de travail SFLS**

Questions ? Pneumonie bactérienne J158

Les codes de pneumonie et pneumopathie bactérienne sont : J13** à J168 avec selon les codes le nom des bactéries responsables
Pour les autres codes en J1**, il s'agit de pneumonie ou pneumopathie avec d'autres agents (viral la plupart du temps)

Le code **J158+0** est un code de récurrence qui classe SIDA mais pour lequel on ne connaît pas la bactérie (code à éviter si on ne veut pas coder SIDA).
Si on saisit le code **J158+8** et **avec notion de récurrence**, la machine recherche si il existe un code identique et répond que ce n'est pas une récurrence mais qu'il faut utiliser le code J158+0 (récurrence) à coder en 1er évènement car ce code n'est pas encore saisi dans la base pour le patient)

Pour ne plus avoir ce problème :

En cas de pneumonie récurrente et il s'agit le plus souvent de pneumonie à pneumocoques : code J13++00 avec 1er évènement ou récurrence

**Sinon les autres pneumonies je les code en type d'évènement : "4"
NE SAIT PAS**

Questions ? Traitements concomitants et NADIS

Les traitements concomitants rentrés dans NADIS à Lyon sont ceux qui figurent dans le listing proposé par NADIS dans « **histoire thérapeutique** », « **autre traitement** » ; il s'agit de 55 médicaments qui permettent la prise en charge des infections opportunistes principalement, et ne figurent pas les traitements des co-morbidités cardio, pneumo, diabète...etc...

⇒ **Faut-il faire une demande d'évolution de l'outils NADIS pour répertorier les traitements concomitants sans alourdir la lecture de l'histoire thérapeutique des ARV ?**

Questions ? Traitements concomitants et DOMEVIH

Dans le cadre de la saisie des médicaments, le DOMEVIH nous permet de saisir toutes les molécules qui existent ainsi que les génériques. Le thésaurus utilisé est celui **Claude Bernard**.

Dans le cadre de l'exploitation des données du DOMEVIH nous avons été voir cette année pour l>IDF les traitements psychotropes, les statines et antidiabétiques. Cela n'est possible que si le thésaurus est exhaustif.

Le dernier thésaurus DOMEVIH permet de faire les recherches par code **classe ATC**

Pour le problème du recueil, il faut simplement demander que le médecin note tous les traitements du patient prescrit par le MT pour les maladies chroniques au moins une fois par an. Cela est important pour les interactions médicamenteuses.

Questions ? Pays de naissance par regroupement

Liste des pays éditée par le rapport d'activité du DOMEVIH

Pour pays hors de France

- 1) « **France métropolitaine** » comprend France (FRA)
- 2) « **Antilles** » comprend Guadeloupe (GLP), Martinique (MTQ)
- 3) « **Guyane** » comprend Guyane française (GUF)
- 4) « **Autres DOM** » comprend Mayotte (MYT), Réunion (REU)
- 5) « **Afrique du Nord** » comprend Algérie (DZA), Egypte (EGY), Jamahiriya arabe libyenne (LBY), Maroc (MAR), Sahara occidental (ESH), Tunisie (TUN)
- 6) « **Afrique Sub-saharienne** » comprend Afrique du Sud (ZAF), Angola (AGO), Bénin (BEN), Botswana (BWA), Burkina Faso (BFA), Burundi (BDI), Cameroun (CMR), Cap-Vert (CPV), Comores (COM), Congo (COG), Côte d'Ivoire (CIV), Djibouti (DJI), Érythrée (ERI), Éthiopie (ETH), Gabon (GAB), Gambie (GMB), Ghana (GHA), Guinée (GIN), Guinée équatoriale (GNQ), Guinée-Bissau (GNB), Kenya (KEN), Lesotho (LSO), Libéria (LBR), Madagascar (MDG), Malawi (MWI), Mali (MLI), Maurice (MUS), Mauritanie (MRT), Mozambique (MOZ), Namibie (NAM), Niger (NER), Nigéria (NGA), Ouganda (UGA), République centrafricaine (CAF), République démocratique du Congo (COD), République-Unie de Tanzanie (TZA), Rwanda (RWA), Sainte-Hélène (SHN), Sao Tomé-et-Principe (STP), Sénégal (SEN), Seychelles (SYC), Sierra Leone (SLE), Somalie (SOM), Soudan (SDN), Swaziland (SWZ), Tchad (TCD), Togo (TGO), Zambie (ZMB), Zimbabwe (ZWE)
- 7) « **Europe de l'Est** » comprend Bélarus (BLR), Bulgarie (BGR), Fédération de Russie (RUS), Hongrie (HUN), Pologne (POL), République de Moldova (MDA), République tchèque (CZE), Roumanie (ROU), Slovaquie (SVK), Ukraine (UKR)
- 8) « **Asie** » comprend Afghanistan (AFG), Bangladesh (BGD), Bhoutan (BTN), Brunéi Darussalam (BRN), Cambodge (KHM), Chine (CHN), Hong Kong région administrative spéciale de Chine (HKG), Inde (IND), Indonésie (IDN), Iran (République islamique d') (IRN), Japon (JPN), Kazakhstan (KAZ), Kirghizistan (KGZ), Macao région administrative spéciale de Chine (MAC), Malaisie (MYS), Maldives (MDV), Mongolie (MNG), Myanmar (Birmanie) (MMR), Népal (NPL), Ouzbékistan (UZB), Pakistan (PAK), Philippines (PHL), République de Corée (KOR), République démocratique populaire du Laos (LAO), République populaire démocratique de Corée (PRK), Singapour (SGP), Sri Lanka (LKA), Tadjikistan (TJK), Territoire Britannique de l'océan Indien (IOT), Thaïlande (THA), Timor-Leste (TLS), Turkménistan (TKM), Viet Nam (VNM)
- 9) « **Autres** » comprend les pays n'entrant pas dans les autres catégories

Questions ? Monothérapie, bithérapie, cART

Définition de cART

On considère qu'un patient est sous cART si, au même moment, on a :
Monothérapie d'IP boostée, quelle que soit l'IP

Bithérapie contenant

- une anti-intégrase et un anti-CCR5
- une anti-intégrase non définie avant
- un anti-CCR5 non définie avant
- 2 IP boostées
- 1 IP boostée + 1nnRTI
- 1 IP boostée

Trithérapie contenant :

- 3 nRTI
- 2 nRTI + 1 IP boostée
- 2 nRTI + 1 nnRTI
- 2 nRTI + 1 anti-intégrase
- autre combinaison de 3 ARV

ou > 3ARV

Pb du dolutégravir donné en mono et bith de nuc sortent en non-cART.

Questions ? Monothérapie, bithérapie, cART

Pour retrouver les différentes associations

- mode exploitation
- états paramétrables
- tableau des antirétroviraux
- répartition

Questions ? Faut-il déclarer les hospitalisations dans les autres services ou seulement les hospitalisations dans notre service ?"

Tout dépend de l'organisation de l'établissement :

a : le service référent a plusieurs unités : ambulatoire (Consult et HDJ) et hospitalisation classique - et prend en charge tous les patients VIH

b : le service référent est une unité d'ambulatoire (Cs) et n'a pas la possibilité d'hospitaliser les patients VIH

c : les patients VIH sont hospitalisés dans les unités liées à leur pathologie

Cas "a" et la majorité des hospitalisations sont dans le service référent, se limiter au service

Cas "b" et "c", saisir toutes les hospitalisations – et créer des UA dans le DOMEVIH pour tout l'hôpital. Créer des RE type hospitalisation 1 ou HDJ dans le suivi des patients pour leur passage en pneumo, gastro, médecine, réa, mater

Cela permet d'être exhaustif sur les hospitalisations. Contacter le DIM et demander la liste nominative des patients VIH hospitalisés sur l'année.

En cas de RE exceptionnel dans une UA qui n'est pas dans le DOMEVIH, saisir le motif d'hospitalisation sur une fiche SD mais pas de durée d'hospit ...

Pour les Cs dans les autres services que le service référent et qui ne sont pas dans DOMEVIH, faire des fiches SD à la date de la Cs –

Ne pas faire pas de fiche SD pour un suivi d'une pathologie car cela encombre la base - fiche SD uniquement pour diagnostic de pathologie

Questions ? Cascade

Cascade de prise en charge de la file active pour tous les patients traités depuis 6 mois et plus quelque soit le traitement.

- ⇒ La majeure partie des patients sont sous cART
- ⇒ Si bithérapie de nRTi ou monothérapie DTG : identifier les patients et voir les résultats de CD4 / CV
- ⇒ RQ : peu ou pas de patients en mono ou bithérapie non cART traités depuis moins de 6 mois

Questions ? Création de population

Variable temporelle pour les patients traités depuis 6 mois et plus en 2017

- STA_date de fiche
- RE_date du recours

Patients traités par trithérapie

- Avec CV < 20 depuis au moins 2 ans
- CD4 > 500 au dernier bilan
- Et par classe de CD4 au 1^{er} traitement :
CD4 <200 ; 200>CD4>350 ; 350<CD4<500 ; CD4>500

Patients qui passent de trithérapie à bithérapie => difficile

- ⇒ **Créer population de patients avec traitement ARV**
- ⇒ **Créer Population avec CV < 20**
- ⇒ **Créer Population avec CD4 > 500**
- ⇒ **À cascader**
- ⇒ **Créer variable générée CD4 en classe et éditer liste de patients**
- ⇒ **Sélectionner les patients qui ont les critères ci-dessus**

Développement du DOMEVIH

Propositions d'évolution à soumettre à l'INSERM

- **Recueil / Saisie :**

- Recueil des sérologies syphilis en donnée « obligatoire » du dossier
- Notion de guérison de l'hépatite C sur la fiche suivi des hépatites à côté de Charge virale VHC
- Revoir l'affichage écran pour la saisie des traitements (diminution de la largeur des colonnes afin de faire apparaître le nom du traitement et les dates de début et fin sans déplacer le curseur)
- Mettre en autre motif de changement :
 - Prévention de toxicité
 - Allègement
 - Passage ou prescription du générique

- **Exploitation :**

- Intégrer la notion de 1 CD4 par an ou tous les 2 ans dans le tableau du RA automatique ainsi que dans le contrôle de qualité sur CD4 manquant
- Afficher les monothérapie IP/boostée dans le tableau de répartition des traitements antirétroviraux
- Sortir sur RA les **non revenus** comprenant les PDV, suivi ailleurs et DCD

- **Autres :**

- possibilité de transférer un dossier DOMEVIH vers un autres centre DOMEVIH sous forme de fichier (mode export/import de système tiers)

Merci pour votre participation



Bonne soirée