



NEWSLETTER DU COREVIH CENTRE - VAL DE LOIRE

Editorial... Guillaume GRAS Président du COREVIH

Au sommaire...

INNOVATION ET COLLABORATION POUR INVERSER LA COURBE DE L'EPIDEMIE VIH

Forces et faiblesses du COREVIH Centre Val de Loire

Lors des 3 premiers mois, les échanges et la rencontre des différents acteurs ont confirmé nos forces. L'existence d'une collaboration apaisée, un territoire géographique désormais moins vaste, un échange régulier avec l'ARS, l'existence de protocoles de recherche novateurs portés par le COREVIH sont indéniablement des points positifs. Il s'agit du fruit du travail effectué au cours des précédentes années. Il nous faut également avoir le courage de regarder nos faiblesses. La crise démographique notamment médicale dans l'Indre, le Cher, le Loir et Cher et l'Eure et Loir fragilise la qualité de prise en charge des patients vivant avec le VIH et rend difficile voire impossible la réalisation des actions de prévention et dépistage. Les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle pour 2020 (95-95-95) sont loin d'être atteints car seuls 76% des patients vivant avec le VIH connaissent leur statut dans la région Centre Val de Loire. Le dépistage doit s'élargir et la coordination entre les différents acteurs de la prévention améliorée tout en améliorant la qualité de prise en charge des patients vivant avec le VIH.

Les Infections Sexuellement Transmissibles

Une des nouvelles missions du COREVIH concerne les Infections Sexuellement Transmissibles. Grâce à une infirmière de recherche détachée sur cette mission, nous allons pouvoir connaître et analyser, au niveau régional et notamment en ville, les données épidémiologiques régionales des IST. C'est une avancée notable et une opportunité de rassembler les acteurs et améliorer les pratiques.

Orientations futures

Parcours de santé du migrant nouvel arrivant, protocoles de coopération infirmiers médecins, désertification médicale et prise en charge du VIH, parcours de santé de la femme font partie, entre autres, des orientations des groupes de travail définies par le bureau. Elles sont basées sur le contexte régional et la stratégie nationale de santé sexuelle. Par ailleurs, un groupe de travail va se pencher sur les nouveaux moyens de communiquer en rassemblant spécialistes de la communication et du marketing de santé, professionnels de santé et développeurs en informatique.

Le bonheur est dans la PrEP

Des moyens spécifiques et dédiés au traitement préventif (PrEP) ont été récemment alloués par l'ARS et vont permettre d'augmenter le nombre de personnes sous PrEP notamment sur l'ensemble du territoire régional.

**Editorial... Guillaume Gras,
Président du Corevih**

**Retour sur le congrès de la
SFLS**

**Le mot de la Vice-Présidente
Catherine Aumond**

**Billet IAS 2017 par le Dr
Frédéric Bastides**

**Mise en place de groupes de
travail**

Nouveau poste IRC

Agenda ici et ailleurs...

**« Pour tout problème
complexe, il existe une solution
qui est claire, simple et
erronée ».**

Face au défi nécessaire et stimulant des 95-95-95, nous avons dans la région Centre Val de Loire l'opportunité d'infléchir l'épidémie du VIH. Il n'existe pas une solution mais un grand nombre d'améliorations à apporter. Il nous faudra pour cela dépasser les clivages, affirmer notre compétence et sauvegarder nos financements. Nous avons, j'en suis persuadé, l'envie et les qualités humaines nécessaires.

Retour sur le Congrès de la SFLS...

De retour de la JEALS - Journée d'Echanges des Acteurs de la Lutte contre le Sida et du Congrès de la SFLS des 18, 19 et 20 octobre derniers, je vous propose de vous présenter les trois points qui m'ont particulièrement marqués.

L'enquête « Parcours », présentée par Annabel Desgrées du Loû, nous renseigne sur les problématiques de santé chez les migrants. La moitié des migrants d'origine d'Afrique Subsaharienne doivent attendre au moins six ans pour les hommes et sept ans pour les femmes pour accéder aux éléments basiques de l'installation en France, à savoir un titre de séjour stable, un logement et un travail. 35% (estimation stricte) à 49% (estimation médiane) des infections à VIH ont lieu après l'arrivée en France, plus particulièrement chez les hommes. Pour les femmes, les relations occasionnelles ou transactionnelles pendant la période de précarité augmentent le risque d'infection au VIH. L'enquête nous apprend également qu'un quart des femmes interrogées font part d'un rapport sexuel forcé au cours de leur vie. Chez les hommes, l'exposition au risque VIH est accrue chez les plus installés. En conclusion, l'enquête « Parcours » nous apprend que la précarité des premières années d'arrivée en France augmente le risque d'acquisition du VIH chez les migrants. Elle démontre également la nécessité d'actions de prévention auprès de ce public.

Mr Diouf (ENDA Santé, Sénégal) est intervenu en plénière sur les vulnérabilités et les réponses urbaines au sida en Afrique de l'Ouest. Ses services ont réalisé une cartographie de la ville d'Abidjan à partir des retours des personnes concernées par le VIH. La cartographie ainsi obtenue renseigne finement, quartier par quartier, où sont situées les populations cibles et comment celles-ci accèdent au dépistage et au soin. Ces renseignements permettent d'adapter les stratégies de prévention (lieux et horaires d'intervention) au plus près des populations à risque.

Enfin, Virginie Supervie nous a proposé une présentation sur les indicateurs épidémiologiques territoriaux à retenir. En France, le temps entre l'infection au VIH et le diagnostic, de 3,2 ans en moyenne, reste long. Chez la population HSH en particulier, pour impacter ou réduire la transmission du VIH il faudrait que 90% des infectés soient dépistés et traités la même année, alors qu'à ce jour nous sommes à 20%.

La réduction entre le moment de l'infection et le moment du diagnostic est donc un enjeu majeur pour impacter l'épidémie et nécessite un dépistage ciblé dans nos territoires. Pour cibler les territoires où les nombre de personnes non diagnostiquées sont les plus nombreuses, la répartition des nouvelles ALD VIH et la répartition des nouveaux diagnostics sont de bons indicateurs. Ainsi, rapportés en Centre-Val de Loire, ces indicateurs % montrent que les HSH sont aussi affectés par le VIH qu'en Ile-de-France.

Mr Daniel Hilt – Coordinateur Centre-Val de Loire

Le mot de la Vice-Présidente,



Catherine Aumond...

Nouvelle région administrative, nouveaux textes, nouvelles missions pour le Corevih, nouvelle stratégie de santé sexuelle, nouvelle ministre de la santé, nouveau PRSP, nouveaux membres, nouveau président, nouveau bureau mais la vice-présidence perdure !!

Mon militantisme reste intact et continue de s'attacher aux besoins des personnes exposées ou vivant avec le VIH et à la construction des réponses les plus adaptées.

Je vous propose de faire le fil rouge dans tous ces changements pour aller dans les défis qui nous attendent pour en finir avec l'épidémie VIH en 2020, 2023...

En région Centre, ça veut dire dépister les 900 personnes qui ignorent leur statut afin qu'elles accèdent au traitement, mais c'est aussi trouver des solutions à la désertification médicale et lutter contre les discriminations, les inégalités de santé...

A bientôt pour croiser nos envies et nos énergies et travailler ensemble.

Catherine Aumond – Vice-Présidente du Corevih

Le Billet IAS 2017 du Dr Frédéric Bastides

Pour un spécialiste du VIH chaque année s'égrène au rythme des conférences et congrès sur ce thème, ce qui permet de voir le monde, de suivre l'actualité médicale, de rencontrer des collègues, des associatifs et des malades venant d'ailleurs.

Parmi ces réunions certaines laissent plus de traces que d'autres et c'est le cas de l'alternance de l'IAC (International AIDS Conférence) et de l'IAS ; très à part dans cet aréopage de réunions par leur trans-culturalisme. Qui a participé à l'IAC en 2012, à Washington, ne peut oublier ce qu'il y a vu dans le "village" comparé au déroulement guindé des CROI, des réunions de l'EACS ou encore des HIV Drug Therapy de Glasgow.

Après Kuala Lumpur en 2013 et Vancouver en 2015, c'était au tour de Paris d'accueillir en plein été les délégués du monde entier pour l'IAS 2017. Certes, pas de « village », ni de salle de shoot (comme à Washington), mais une ruche sympathique traduisant la diversité culturelle de cette maladie si particulière.

J'ai été personnellement frappé par tous ces très jeunes volontaires étrangers du monde entier aidant sans répit les délégués, les flashcodant sans cesse aussi, participant ainsi aux consignes de sécurité traduisant les changements de mentalité du monde actuel. C'est en participant de manière discontinue à ces réunions que l'on s'aperçoit de ces changements non anodins. Et ne parlons pas de la numérotation étonnante des différentes communications orales ou des posters du Congrès qui a toujours été une spécificité (et une originalité) de l'IAS à laquelle nous n'avons pas dérogé cette année. Vous les retrouverez dans le book en ligne et dans ce texte (1).

Politiquement, des choses ce sont passées comme toujours. Nous avons attendu le Président Macron, nous avons écouté le Pr DELFRAISSY insister sur la poursuite des investissements dans la recherche. Si 7 pays atteignent déjà l'objectif 90/90/90, le Botswana, le Cambodge, le Danemark, l'Islande, Singapour, la Suède, le Royaume Uni ; la France pêche encore par son dépistage poussif (environ 75% aujourd'hui) alors que les 2 autres objectifs sont atteints. A méditer...

Mais sur le plan scientifique me direz-vous ?

Il est évident que les choses deviennent de plus en plus difficiles à rapporter avec le temps, quand autant de sujets paraissent importants (dépistage, diagnostic, infections opportunistes, PrEP, simplification, grossesse, tuberculose, vaccination, enfants, femmes....) et sans parler des très nombreux posters et aussi l'actualisation perpétuelle des essais déjà publiés. Regarder le nombre de journalistes pour la lettre de l'infectiologue quand nous n'étions que 3 pour la CROI il y a 25 ans.... La PrEP à elle seule était citée dans 83 abstracts.

Faire un choix, forcément partial et critiquable, devient cornélien, nécessitant d'aller soi-même à la pêche aux informations. C'est aussi la porte ouverte aux critiques, car chacun tâchera d'y retrouver ce qui l'a intéressé, ce qui n'est généralement pas ce qui a intéressé l'autre. Car on est souvent intéressé par ce que l'on connaît déjà ou ce qui renforce ce que l'on suspectait. Vous n'aurez donc aucun mal à retrouver ces informations ici ou là et dans les résumés futurs. Aussi mon choix et mes explications seront volontairement brefs.

Pour le clinicien que je suis, c'est forcément l'aspect thérapeutique (molécule et stratégies) qui prime même si cela est un peu réducteur.

Nous entendons toujours parler, à chaque conférence et depuis quelques années du **bictegravir**, nouvel anti-intégrase en STR et sans boost, bien toléré, et couplé au TAF + FTC qui fait aussi bien que la dolutegravir en trithérapie (quel que soit son backbone), chez le naïf (essais GS 1489 / GS 1490, abs. **TUPDB0201LB**, **MOAB0105LB**). Cette fois l'analyse était réalisée à 48 semaines de traitement et confirme les résultats précédents de tolérance et d'équivalence.

Des données sur la **doravirine** (INNRT) présentées en late breaker à la CROI 2017, l'ont été également ici chez le naïf, cette fois à 48 semaines (Etude DRIVE-AHEAD, **TUAB0104LB**) et retrouvent toujours une non-infériorité par rapport à l'ATRIPLA, avec une bien meilleure tolérance neuropsychique. C'est bien sur son profil de résistance particulier qui fera la place particulière de cette molécule. Le délai de réalisation des études fait que le comparateur n'est plus réellement le bon et avec celui-là on est sûr de gagner .

L'étude EMERALD (**TUAB0101**) annonce la prochaine commercialisation du **SYMITUZA**, premier STR avec une IP boostée (DRV) par le cobicistat et associé au TAF/FTC qui à 24 Semaines (analyse intermédiaire) en stratégie de switch (comparé au groupe maintien de TDF+FTC + IP/r avec 70% de DRV) fait aussi bien que le comparateur en terme d'efficacité et de tolérance immédiate notamment rénale et avec les classiques améliorations de la DMO 6 mois après le Switch pour le TAF).

L'allègement a logiquement toujours le vent en poupe avec de nombreuses présentations.

Et pourquoi pas un **allègement** d'emblée chez le **naïf** en première ligne ?

L'idée fait son chemin même s'il s'agit d'un sujet conflictuel avec quelques casseroles initiales notamment lors de l'emploi historique d'un anti CCR5, ou même posant des problèmes de tolérance avec SPARTAN (hyperbillirubinémie dans l'association ATV + RAL avec l'apparition secondaire de résistance au RAL) mais aussi avec parfois des résultats importants (GARDEL: LPV/r+3TC). Nous avons eu ainsi la publication rassurante de **PADDLE** (DOLU+3TC, bras unique, étude pilote), (poster cette fois à 96 semaines mais ne portant initialement que sur 20 malades dont seuls 4 avec une CV > 100000 copies/ml et finalement extension à 96 semaines que sur 18 malades, **MOPEB0287**) avec 100% de succès et 2 blips transitoires.

C'était aussi l'objet de l'étude **ANDES** réalisée en Argentine (comparé à une trithérapie) **MOAB0106LB** et de l'**ACTG A5353** , **MOAB0107LB** (bras unique) toutes deux présentées en late-breaker et comportant dorénavant un pourcentage non négligeable de charges virales plasmatiques initiales élevées.

Pour la première, réalisée sur 145 naïfs dont 24% avaient une CV > 100000 copies/ml, le résultat intermédiaire à 24 semaines est encourageant avec 95% d'indélectabilité (seuil à 400 copies) avec (DRV/r+3TC) par rapport à 97 % avec TDF+FTC+DRV/r.

Pour l'ATCG, il s'agissait d'une étude pilote identique à PADDLE (DOLU+ 3TC), non comparative sur 120 patients (dont 31% avaient une CV > 100000 copies/ml) avec globalement 90% d'indélectabilité à S24 (seuil à 50 copies/ml). Nous aurons d'autres données comparatives sur DOLU+3TC avec les études de phase III, GEMINI 1 et 2 (ClinicalTrials.gov. NCT02831673. 4. ClinicalTrials.gov. NCT02831764)

Pour l'allègement en switch d'une trithérapie, chez des patients contrôlés, OLE, SALT et ATLAS ont été des contributions importantes. LAMIDOL - ANRS 167 et DOLULAM antérieurement publiées positionnent là aussi adroitement l'association de DOLUTEGRAVIR et LAMIVUDINE qui devrait être bientôt un STR en bithérapie prochainement disponible. Reste à savoir si nous pourrions faire avec les anti intégrases comme dans MOBIDP ARNRS-12286 en cas d'accumulation de la M18V. J'en doute. Attendons la démonstration.

- pour les études **SWORD** présentées à la CROI 2017 évaluant l'efficacité non inférieure en Switch chez des prétraités indétectables de l'association DTG + RPV et qui sous-tendent la prochaine mise à disposition de cette autre bithérapie en STR, une **sous-étude** a été présentée à l'IAS 2017 (**TUPDB0205LB**). Celle-ci évalue comparativement l'évolution de la DMO à 48 semaines de traitement (hanche et rachis lombaire) de ceux passant en bithérapie DTG+RPV (en venant d'une trithérapie avec TDF (n= 46)) comparés à ceux poursuivant un trithérapie avec TDF. Le résultat est une amélioration significative du fait de l'arrêt du TDF démontrant, s'il en est besoin, de l'intérêt d'une stratégie d'allègement sur la toxicité.

Il y a aussi eu des données sur l'allègement avec IP/r et 3TC. Des données complémentaires de non infériorité rassurantes de l'étude **DUAL** (poster **MOPEB0311**, switch vers DRV/r+3TC comparée à la poursuite de la trithérapie) chez 250 patients évalués à 48 semaines et indétectables depuis moins de 6 mois sous trithérapie quel que soit l'âge, l'ancienneté de l'indétectabilité (> 6 mois), le nadir ou le taux initial de CD4, le backbone initial, l'existence d'une co-infection VHC. L'allègement thérapeutique ne s'est pas contre pas accompagné d'une modification du taux de lipides impliquant logiquement plus l'IP que le backbone dans ces modifications (puisque l'IP était poursuivi)

DARULIGHT (ANRS 165) a fait l'objet de 2 publications, poster **MOPEB0313** + poster PK **MOPEB0329**) évaluant l'usage possible en Switch d'une dose allégée de 400 mg de DRV/100 mg de ritonavir (out en restant en trithérapie) à 48 semaines et évaluation sur 100 pts en phase II, (non comparatif, bras unique) sur des patients sélectionnés (trithérapie depuis au moins 12 mois, pas d'échec antérieur, CV < 50 depuis au moins 6 mois, pas de mutation accumulée vis à vis de DRV et NRTI, CD4 > 300 /mm³...) avec un maintien du contrôle virologique sur 90.6% des patients (87/96) et 6 échecs dont 3 implifiables (sans mutation). Si ces résultats sont intéressants, l'étape suivante est une étude comparative en phase III pour affiner le positionnement de cette dose allégée d'IP/r.

En switch également, ETRAL (ANRS 163, **MOPEB 0314** et présentation orale) a publié ses résultats à 48 semaines sur 165 patients de plus de 45 ans avec des résultats satisfaisants (succès virologique 99.6%, succès thérapeutique 94.5%, un seul échec virologique, à S24, ETR-R sans résistance au RAL, avec 9 blips transitoires) et une tolérance satisfaisante. L'étude métabolique à venir apportera des arguments supplémentaires pour cette stratégie qui peut parfois sauver la mise du fait des mutations archivées ou des intolérances rapportées (TDF et ABC).

Enfin, à un moment où l'activation immune (IP10, IL6, MIG-1, CRPus, CD14s, reste un paramètre à surveiller en cas d'allègement comme l'est également le réservoir viral (DNA proviral des PBMC) et où les inclusions de QUATTUOR (4jours / 7 versus 7 jours/7) battent son plein, une publication (poster **MOPEB0321**) sur l'étude ANRS162-4D (traitement 4 jours sur 7, bras unique, un an, succès 96%, 3 échecs) des données complémentaires sur ces paramètres cités ci-dessus confirment le maintien stable du réservoir et la non modification des paramètres de l'inflammation lors d'un traitement de 4j sur 7 pendant un an.

Pour les long-acting, par lesquels je souhaite terminer cette évocation de l'IAS, 2 informations me paraissent intéressantes

Latte2 bien sûr !! dont nous suivons la progression, (phase IIb, essai de non infériorité). La nouvelle présentation de J. ERON confirme la persistance de l'efficacité identique des formes injectables cabotégravir + rilpivirine toutes les 4 (Q4W) et 8 semaines (Q8W), comparés à la voie orale (ABC+3TC+CAB) alors que vont débiter deux essais de phase III évaluant directement et comparativement Q4W et Q8W contre une trithérapie orale (**MOAX0205LB**). Le taux de satisfaction des patients est de 88% dans les bras injectables poolés, avec 4% d'arrêts pour effet secondaire, contre 40% et 2% dans le bras oral. Cette présentation est accompagnée d'une publication associée dans un numéro récent du Lancet qui apporte des informations précises (2).

La seconde information est l'étude HTPN 077 présentée dans les suites de l'étude pharmacocinétique ECLAIR. ECLAIR est une étude pharmacocinétique publiée par Markovitz dans Lancet HIV (3) et réalisée chez des sujets sains et qui évalue l'usage de cabotégravir IM 800mg permettant une administration toutes les 12 semaines (2). Tout ceci pour envisager l'usage de Cabotégravir en PrEP avec une injection sur les 3 mois. C'est justement l'évaluation de l'étude HTPN 077 (**TUAC0106LB**) comparant 2 stratégies 800mg / 12 semaines ou 600mg / 8 semaines contre placebo sur 41 semaines chez 199 personnes VIH- « à faible risque d'acquisition », en terme de tolérance, de sécurité et de pharmacocinétique. Cet essai où il n'y a qu'un seul échec (acquisition du VIH mais 48 semaines après la dernière injection de cabotégravir !!!) montre des données de tolérance et de cinétique dans la vraie vie. Des effets de grade ≥ 2 étaient présents chez 34% (CAB) contre 2% (Placebo) pour les douleurs au site d'injection ($p < 0.0001$), et de 15% (CAB) contre 2% (placebo) pour les céphalées post-injection ($p < 0.03$).

Il est fort à parier que ces évaluations vont se poursuivre par des véritables essais évaluant l'intérêt en prophylaxie pré-exposition de cette stratégie probablement avec la stratégie à 600mg/8 semaines. Il faut garder à l'esprit que le niveau d'effet secondaire est important chez des personnes saines non malades et limitera l'intérêt de cette stratégie de prévention si l'intolérance est trop grande (ce qui est différent du long-acting thérapeutique).

Toutes ces informations seront détaillées au cours de nos prochaines réunions thérapeutiques et ne manqueront d'être réactualisées dans les prochaines conférences. Bien d'autres sujets pourront être abordés. Ne serait-ce qu'à la prochaine EACS qui se tiendra à Milan du 25 au 27 octobre 2017 à Milan.

Vous trouverez également des informations complémentaires sur l'IAS 2017 sur le site de COREVIH Bretagne et sur le site de la lettre de l'infectiologue.

1. *Abstract Book disponible sur <http://www.ias2017.org/> ou vous retrouver le résumé de tous les sujets abordés Ici. Les codes noirs sont les numéros d'abstract dans le book*

2. [Lancet](#). 2017 Sep 23;390(10101):1499-1510

3. [Lancet HIV](#). 2017 Aug;4(8):e331-e340.

Dr Frédéric .BASTIDES

*PH Service de Maladies Infectieuses
au CHRU de Tours*

Mise en place de groupes de travail

Nouveauté au Corevih Centre – Val de Loire : les commissions sont remplacées par sept groupes de travail ayant une thématique différente, avec pour chacun un ou plusieurs animateurs. Vous pouvez, si vous le souhaitez rejoindre un ou plusieurs de ces groupes en nous contactant au secrétariat du Corevih corevih@chu-tours.fr ou si vous souhaitez plus d'informations en vous adressant directement aux animateurs des groupes.

Groupe Femmes et Mineurs

Missions : collaboration avec les partenaires de la Région pour la contraception, le dépistage VIH/IST, vaccination, relations Public/Privé, mise sous traitements.

Animateurs du groupe à contacter : Dr Maja Ogielska mogielska@hotmail.fr et Dr Zoha Maakaroun-Vermesse z.maakaroun-vermesse@chu-tours.fr

∞ Groupe POZEF (Population Originaire de Zones Endémiques Fortes)

Mission : élaborer un outil à l'usage des professionnels et associatifs hors champ médical, qui rencontrent le migrant dans son parcours de vie. Besoins sanitaires de la population accueillie, problèmes de santé publique, professionnels vers qui orienter et offres de soins possibles.

Animateurs du groupe à contacter : Mme Catherine Aumond caumond@aides.org et Mme Anne Gravier anne.languille@chr-orleans.fr

∞ Groupe Protocole de coopération

Missions : Harmoniser et élargir les protocoles de coopération médecins/infirmiers dans les CeGIDD de la région Centre Val de Loire. Discuter, voire élaborer des protocoles de coopération chez les PVVIH et la PrEP.

Animateur du groupe à contacter: Dr Aymeric Seve aymeric.seve@chr-orleans.fr

∞ Groupe Recherche et épidémiologie

Missions : Identifier les acteurs, les porteurs de projet. Recenser les moyens (technologiques, financiers / soutiens industriels). Mieux collaborer, se rencontrer plus souvent, et réfléchir ensemble pour élaborer des projets plus ambitieux.

Animateurs du groupe à contacter : Dr Laurent Hocqueloux laurent.hocqueloux@chr-orleans.fr et Pr Philippe Lanotte philippe.lanotte@univ-tours.fr

∞ **Groupe Parcours de Santé des PVVIH**

Missions : Information, formation et implication auprès des PVVIH, des personnels soignants installés et/ou en formation, et des structures (EHPAD, CH, CPEF, CPTS...).

Animateurs du groupe à contacter : Dr Frédéric Bastides bastides@univ-tours.fr Dr Jean-François Dailloux j.f.dailloux@wanadoo.fr et Dr Pascal Le Bret dr.plebret@gmail.com

∞ **Groupe Prévention diversifiée/CeGIDD**

Missions : Favoriser l'harmonisation des pratiques de prévention diversifiée dans et en dehors des CeGIDD en région Centre – Val de Loire.

Animateurs du groupe à contacter : Dr Thierry Prazuck thierry.prazuck@chr-orleans.fr Mme Christine Baissin cbaissin@aides.org et Mr Daniel Hilt dhilt@aides.org

∞ **Groupe Communication et Nouvelles Technologies**

Mission : Développer de nouveaux outils de communication afin d'améliorer la prise en charge des PVVIH.

Animateurs du groupe à contacter: Dr Guillaume Gras g.gras@chu-tours.fr et Mme Murielle Ribaudeau m.ribaudeau@chu-tours.fr

Nouveau poste IRC

Afin de répondre aux demandes concernant l'épidémiologie sur les IST, un poste d'Infirmière de Recherche Clinique a été créé. Mme Vanessa Latkowski aura pour mission le recueil de ces données dans les différents Centres de la Région Centre Val de Loire (Etablissements hospitaliers & CeGIDD).

Agenda ici & ailleurs...

- ∞ 25^{ème} Forum Santé & VIH – Faculté des tanneurs de Tours
Vendredi 30 Novembre et samedi 1^{er} Décembre
[Programme](#)
- ∞ Journée Mondiale de la Lutte contre le Sida – 1^{er} Décembre
[Programme en Région](#)
- ∞ Journée « Femmes & VIH » à Orléans - [Programme](#)



Save the Date !!!

- ∞ Transversalité Inter Corevih – La prochaine réunion TIC aura lieu à **Tours les 1^{er} et 2 Février 2018**. Programme et inscriptions bientôt disponibles.
- ∞ Réunions Plénières 2018 : **27 Mars à 14h30 au CHR d'Orléans**
19 Juin au CHRU de Tours
15 Novembre
- ∞ **La Journée des CeGIDD en Région Centre – Val de Loire** se déroulera le **17 mai 2018**
- ∞ **La Journée du Corevih Centre – Val de Loire** aura lieu le **15 Novembre 2018**



NOUS CONTACTER :

COREVIH CENTRE – VAL DE LOIRE

2 BD TONNELLÉ

37044 TOURS CEDEX 9

TEL : 02 34 37 89 94

MAIL : COREVIH@CHU-TOURS.FR

SITE : WWW.COREVIHCPC.FR