



COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION PLÉNIÈRE DU COREVIH BRETAGNE

Mardi 18 décembre 2018
CHU Brest – salle de direction

MATIN

- **Proposition définitive Coopération Internationale et TECs COREVIH**
Cédric Arvieux
- **Financement des journées et de formations par le COREVIH Bretagne**
Cédric Arvieux
- **Appels à projets 2018**
Hadija Chanvriil
- **Votes de l'assemblée plénière**
 - Financement des appels à projets
 - Financement de la participation Morgane Lavigne au DU « Médiation en santé »
 - Projet de participation du COREVIH à des projets de coopération internationale
- **Mise en place de l'instance nationale représentative des COREVIH**
- **Présentation plan régional santé sexuelle et modalités de travail**
Jean-Pierre Epailard, ARS Bretagne
- **Feuille de route VIH du groupe vie affective et vie sexuelle de l'ARS**
Cédric Arvieux
- **Présentation de « Sport et santé » Quimper**
Laure Jacolot, CHIC Quimper

APRÈS-MIDI

- **Ateliers «Parcours santé en Bretagne**
 - Groupe 1 : « Entrée dans le parcours » - animé par B. Le Clézio
 - Groupe 2 : « Le suivi au long cours » - animé par G. Guerdat
 - Groupe 3 : « Le suivi des données » - animé par C. Arvieux

Membres présents : Arvieux Cédric, Besse Myriam, Bronnec Eliane, De Saint-Martin Luc, Drevillon F-Baptiste, Fur Fanny, Fouquet Laure, Guerdat Gérald, Kaupé Marianne, Kerebel Nolwenn, Labbay Elodie, Lavigne Morgane, Le Mée Antonin, Lefèvre Pierre, Le Clézio Bruno, Maillard Anne, Maniscalco Eric, Marchetti Pascale, Perfezou Pascale, Porion Romain, Poinsignon Yves, Quintric Yann, Stéphan Mathieu, Van Goethem Laurence.

Invités : Borel Vincent, Briand-Fève Sophie, Greis Birgit, Jacolot Laure, Ruello Laure, Robin Sabrina.

Personnel du COREVIH : Chanvriil Hadija, Campeaux Halima, Ducept Myriam, Duthé Jean-Charles, Guennoun, Poisson Magali.

ARS : Epailard Jean-Pierre, Kernéis Anaëlle.

Excusés : Delhaye-Gouez Béatrice, Dumortier Doriane, Gaudel Marion, Lenault Céline, Mouton-Rioux Virginie, Plessis Patrice.

Proposition définitive Coopération Internationale et TECs COREVIH

Cédric Arvieux

DISCUSSION

Cf. diapo plénière : [ICI](#) + Fiche action coopération internationale [ICI](#)

Contexte :

Les services cliniques « VIH » rattachés au COREVIH ont un long passé de coopération interhospitalière :

- Vannes et Côte d'Ivoire (Dabou)
- St Briec et Niger (Agadez)
- Brest et Cambodge (Siem Reap)
- Rennes et Burundi/Liberia

Deux évènements « semi-récents »

- Fin du programme ESTHER en 2016
- « Disparition » de la coordination de la coopération internationale des missions officielles du COREVIH

Implication du COREVIH :

Depuis 2012, implication des TECs au Burundi sur les bases de données de suivi des PVVIH

- 5 missions de 2 personnes, entre 2012 et 2017
 - Budget « COREVIH » : 13 000 € sur 5 ans
 - Souhait de l'équipe TEC de poursuivre ce type de coopération
- Expertise aujourd'hui reconnue
 - Des demandes d'autres pays émergents...
 - Proposition à la plénière de juillet 2018 de préparer une « proposition concrète » cf. [fiche action](#).

Discussion :

Y. Poinignon : Avec le programme Esther, une dynamique était créée et elle a été stoppée dès 2012 pour Vannes. Ce qui subsiste par le biais du COREVIH est régional mais surtout basé à Rennes et essentiellement sur l'aspect coopération au Burundi. De plus, cette mission est arrêtée au niveau du COREVIH, c'est dommageable. Est-ce que dans les autres régions, une activité est existante ?

C. Arvieux : Peu de COREVIH font de la coopération internationale, La Pitié Salpêtrière, Clermont Ferrand, mais cela représente peu de sites.

Pour la poursuite de la coopération internationale, il n'y a plus d'aides, c'est à nous de développer des missions de type Esther par nos propres moyens. Difficile de partir de rien. Ex : développement de Nadis en Côte d'Ivoire, nous avons été sollicités pour soutenir le projet mais c'est difficile sans antériorité de coopération en Bretagne dans le domaine du VIH avec le Pays.

L. de St Martin : Le premier pays qui reçoit de l'aide pour la coopération internationale est la Turquie. La santé a disparu du discours d'Expertise France. Il existe des financements européens, le Fonds Mondial... Il faudrait prendre du temps de COREVIH pour monter les projets, cependant, le COREVIH n'en a pas les moyens. Important de trouver des personnes qui pourront monter des projets, à prévoir pour les 2-3 ans à venir.

FB Drévilon : Souhaite revenir sur le programme du Burundi et ce qui a été réalisé, la situation actuelle.

C Arvieux : L'objectif fixé au Burundi pour les TECs du COREVIH était de mettre en place un Guide d'utilisation de la base de données SIDA-INFO, celui existant ne répondant pas aux besoins des opérateurs. Le guide a été réalisé par les TECs et est opérationnel aujourd'hui. Le Burundi est aidé dans le cadre du programme OPP-ERA, projet de recherche mené par SIDACTION.

Actuellement nous sommes sollicités pour des pays qui se posent la question de la mise en place de bases, notamment la Côte d'Ivoire, l'Algérie,... Il y a un aspect commercial derrière cela. ABL met à disposition des

	pays à ressources limitées la base Nadis gratuitement ; mais ils ont besoin d'une aide pour la mise en place. Ce que demande ABL c'est du temps d'expertise pour que la base fonctionne correctement...
	Mise au vote de la proposition concernant la coopération internationale
CONCLUSION	Cf. rubrique vote de l'assemblée plénière

Financement des journées et des formations par le COREVIH Bretagne

Cédric Arvieux

DISCUSSION	<p>Cf. diapo: ICI</p> <p>Le COREVIH peut être amené à financer des actions de formations pour ses membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Journées d'études diverses • JEALS • Congrès SFLS • Transversalité Inter-COREVIH • ... <p>Jusque là, les règles de participation du COREVIH et financement étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être un membre actif Bureau ou Groupe de travail • A la demande du bureau, être en capacité de faire un compte-rendu de la réunion/formation • Demande soumise au bureau au moins 2 mois à l'avance <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'instruction au sein du bureau (1 mois) • Pour l'instruction auprès des finances du CHU (ODM..., 1 mois) • Validation de la participation du demandeur et du financement votées au sein du bureau. <p>Récemment, nous avons reçu la demande de l'administration du CHU de faire passer cette validation par un vote en réunion plénière. Lorsque l'on regarde le règlement intérieur, le bureau peut être seul à décider des engagements financiers du COREVIH.</p> <p>Néanmoins, compte tenu de la demande de l'administration et bien que la décision ait déjà été prise à l'unanimité en bureau, le bureau demande à la plénière de valider la décision de financer la formation demandée par M. Lavigne « Diplôme d'université « Médiation en santé » de l'université Paris XIII ». Le COREVIH souhaite en effet développer la compétence de médiateur de santé, notamment dans le domaine de la migration, et cette compétence n'existe pas encore au sein du COREVIH. La médiation de santé est un métier qui se développe et qui existe déjà dans plusieurs hôpitaux/associations.</p> <p>FB Drévilion : Le bureau a décidé de travailler sur un point de formation pour l'ensemble des membres et du personnel du COREVIH pour avoir un plan avec des objectifs sur plusieurs années. Le budget du COREVIH est commun avec les événements, les déplacements...</p>
CONCLUSION	Cf. rubrique vote de l'assemblée plénière

Appels à projets 2018

Hadija Chanvriil

DISCUSSION	<p>Cf. diapo: ICI</p> <p><u>Contexte appels à projets</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dynamiser projets et recherche dans le domaine de la santé sexuelle • COREVIH-Bretagne a décidé de consacrer un budget spécifique de 20 000 €
------------	--

Critères généraux d'instruction :

1. Projet de Recherche-action :

- a. Identification du problème ou besoin
- b. Établissement d'un plan d'action
- c. Mise en place de l'action
- d. Évaluation des effets de l'action
- e. Partage des conclusions de la recherche

2. Inscrit au sein des 26 orientations prioritaires de la stratégie nationale santé sexuelle

3. Mise en application pratique secondaire : les résultats sont transférables à d'autres situations comparables.

4. Innovant :

Le projet répond à un besoin mal satisfait, génère d'autres effets positifs, expérimente et implique des acteurs concernés.

Résultats : 4 projets reçus

1. Mise en place d'un module éducation à la sexualité pour le public PJJ
2. Et si on en parlait » STEM0 de Rennes - quartiers mineures filles
3. Recherche action sur la prostitution dans la Région Bretagne : du diagnostic à la mise en place d'actions adaptées.
4. Etude de faisabilité pour le recours à l'interprétariat en médecine générale de ville dans le cadre de consultations médicales de « santé publique » auprès des personnes migrantes primo-arrivantes sur le territoire de Vannes

Grille d'évaluation :

A- Pertinence de la proposition au regard des orientations de l'appel à projets /5

B- Aspect innovant du projet /5

C- Adaptation et justification du montant de l'aide demandée en considérant les tâches et les objectifs /5

D- Adéquation entre expertise et compétence avec les tâches attribuées à chaque partenaire /5

E- NOTE SUR 20

>> **Retours : 10 (8 membres du bureau - 2 membres plénière)**

2 projets retenus

1^{er} projet : Recherche action sur la prostitution dans la Région Bretagne : du diagnostic à la mise en place d'actions adaptées.

NOTE: **14,10 / 20**

Principaux points forts du projet :

« *Territoire : toute la Bretagne + caractère innovant de la recherche et du diagnostic* »

Quelles recommandations pouvez-vous formuler concernant l'amélioration ou l'adaptation du projet ?

« *Le nombre de sorties de prostitution est-il vraiment un critère d'évaluation pertinent ? Sous cet angle on pourrait juger le projet pro-abolitioniste, très critiqué par les travailleurs du sexe.* »

Somme attribuée : **15 000 €**

2^{ème} projet – Etude de faisabilité pour le recours à l'interprétariat en médecine générale de ville dans le cadre de consultations médicales de « santé publique » auprès des personnes migrantes primo-arrivantes sur le territoire de Vannes

NOTE: **13.30 / 20**

Principaux points forts du projet :

« *Projet clair et construit. S'appuie sur des éléments de diagnostic objectivés* »

Quelles recommandations pouvez-vous formuler concernant l'amélioration ou l'adaptation du projet ?

« *Besoin de soutenir des actions envers la population migrante* ».

Somme attribuée : **5 000 €**

C. Arvieux précise que cette somme de 20 000 € n'est pas pérenne, c'est un financement exceptionnel. On a disposé de cette somme en 2017 très tardivement, elle n'a pas pu être utilisée et est donc restée dans les finances de l'hôpital. Comme on savait que ce problème serait le même pour 2018, le bureau a décidé de l'utiliser pour financer des projets en région. Il n'y aura pas d'appel à projet en 2019, ce n'est pas le rôle du COREVIH.

	L. de St Martin : il faudrait que les porteurs de projets puissent venir présenter leurs résultats à la plénière du COREVIH lorsqu'il sera réalisé.
CONCLUSION	Cf. rubrique vote de l'assemblée plénière

Votes de l'assemblée plénière

	<p>Trois dossiers sont soumis au vote de l'assemblée plénière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appels d'offres - Formation de Morgane Lavigne - Participation du COREVIH au projet de coopération internationale <p>Les votes ont été effectués après présentation de chacun des dossiers.</p> <p>1/ Décision du bureau de financer les projets suivants suite à un appel d'offres – Cf. Diaporama :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude de la faisabilité pour le recours à l'interprétariat en médecine générale de ville dans le cadre de consultations médicales de « santé publique » auprès des personnes migrantes primo-arrivantes sur le territoire de Vannes » Montant attribué : 15 000 € - « Recherche action sur la prostitution dans la Région Bretagne : du diagnostic à la mise en place d'actions adaptées » Montant attribué : 5 000 € <p>Résultat du vote :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de votants : 20 - 16 votes pour - 1 vote contre - 3 abstentions <p>Projet adopté à la majorité des membres de l'assemblée plénière.</p> <p>2/ Décision du bureau de financer la participation de Morgane Lavigne, membre du bureau, au Diplôme d'université « Médiation en santé » de l'université Paris XIII pour un montant de 5.814,70€</p> <p>Résultat du vote :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de votants : 20 - 20 votes pour <p>Projet adopté à l'unanimité des membres de l'assemblée plénière.</p> <p>3/ Projet de participation du COREVIH Bretagne à des projets de coopération internationale dans le domaine des bases de données de suivis des personnes vivant avec le VIH, engageant au maximum 1,5% du budget annuel.</p> <p>Résultat du vote :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de votants : 20 - 15 votes pour - 1 vote nul - 4 abstentions <p>Projet adopté à la majorité des membres de l'assemblée plénière.</p>
--	--

Mise en place de l'instance nationale représentative des COREVIH

C. Arvieux

DISCUSSION	<p>Cf. diapo ICI (P.24)</p> <ul style="list-style-type: none">• Composition du groupe d'interface national des COREVIH : groupe qui va remplacer le GTN (Groupe technique National). Le GTN était une structure qui s'était mise en place au moment de la création des COREVIH dont la nomination des membres s'était faite de façon un peu aléatoire. Un nouveau groupe vient d'être constitué : Le Groupe d'Interface National des COREVIH qui a une structure plus cadrée.<ul style="list-style-type: none">– 8 représentants des COREVIH qui seront désignés par les COREVIH prenant en compte la représentation régionale :<ul style="list-style-type: none">• 2 Présidents de COREVIH (André Cabié, Martinique, et Marc-Antoine Valentin, Paris)• 2 Vice-Présidents• 1 membre de Collège 3• 1 coordinateur (Audrey Boumier, Pays de Loire)• 1 TEC (Laurent Richer, Ile de France Sud)• 1 Représentant du COPIL santé sexuelle– 2 représentants des ARS : deux régions– 1 représentant des CeGIDD– 3 représentants des associations : AIDES, Sidaction, Médecin du Monde– 1 représentant de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) (Jacques Reynes, Montpellier)– 1 représentant de Santé publique France (SPF)– 1 représentant de la Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH) INSERM.
CONCLUSION	La composition finale de l'Instance Nationale des COREVIH sera transmise début 2019 aux membres du COREVIH, une fois validée par les tutelles.

Présentation plan régional santé sexuelle et modalités de travail

J.P. Epailard

DISCUSSION	<p>Cf. diapo ICI</p> <p>Le plan régional santé sexuel a été élaboré dans le cadre du Plan Régional de Santé 2018-2022 . Il sera présenté et validé par l'ARS le 7 janvier 2019. La santé sexuelle est intégrée dans une politique globale de santé.</p> <p>La Bretagne est l'une des seules régions à avoir décliné la stratégie nationale santé sexuelle sous forme de plan.</p> <p>(Voir schéma : ICI – p. 3)</p> <p>Deux partenaires principaux : Le COREVIH Bretagne et le PCESS avec les missions de chacune. Deux autres partenaires spécialisés dans les données épidémiologiques : l'ORS Bretagne et la CIRE Bretagne. Deux partenaires impliqués dans le domaine de la santé reproductive : Les Conseils départementaux et les</p>
------------	---

Réseaux périnatalité.

Les missions du Plan Régional Santé Sexuelle :

- Promotion en santé sexuelle
- Parcours santé sexuelle
- Santé reproductive
- Populations vulnérables
- Recherche, innovation.

Démarche d'élaboration du Plan Régional de Santé Sexuelle :

- Proposer nos orientations à chaque GTR (22 thèmes) de l'ARS
- Travailler sur un plan d'action, intégrant les principales orientations de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle
- La déclinaison de la SNSS apparait donc en transversal dans le PRS.

Les principaux enjeux / choix d'une approche populationnelle (cf. diapo [ICI](#) P. 7 à 9) :

Mise en place de groupes de travail pour la mise en place d'actions concrètes.

Les orientations qui sont sorties des groupes de travail ont été proposées au groupe technique régional de l'ARS.

- *Jeunes / Pilote* : Yannick Poulain – Liberté Couleur
- *Personnes âgées* : M. Besse – PCESS
- *Personnes en situation de handicap* – Pôle qualité de l'ARS : programme régional sur 3 ans mis en place à partir de la fin d'année 2018, auprès de 400 ets.
- *Personnes sous main de justice* / Pilote : G. Guerdat - Aides
- *Personnes qui se prostituent* / Pilote : A. Le Meur / direction régionale du droit des femmes.
- *Personnes LGBTI* / Pilote : Antonin Le Mée - CLGBT
- *Personne migrantes* / Pilote : Laure Fouquet - DATASAM
- *Santé reproductive* / Pilote : Planning familial 35
- *Interruption Volontaire de Grossesse* / Pilote : Réseau périnatalité 56
- *IST* : Pilote : Eric Maniscalco
- *Hépatites B et C* : Pilote : JP Epailard
- *VIH* : Pilote : C. Arvieux.

Suite du plan : validation en cours, 12 groupes de travail. Seront-ils pérennisés ? Peuvent-ils être regroupés ? Regroupement possible aussi avec le COREVIH.

Ce PRSS devrait être décliné annuellement en plan d'actions. Les groupes vont mettre en place des priorités de travail qui seront réintroduites dans le plan régional de l'ARS. Pour une approche transversale de la santé sexuelle dans les plans régionaux. Cela a l'avantage d'entraîner les autres acteurs de travailler sur les autres thématiques. Sur le handicap par exemple, les acteurs sont mobilisés sur la santé sexuelle et le handicap.

Echanges :

- L. de St Martin : attention à la vision par population.
- JP Epailard : l'approche populationnelle permet davantage de transversalité.
- G. Gerdar : favorable à la transversalité. Sur la question populationnelle, elle est intéressante parce que l'approche n'est pas la même que ce soit des HSH ou des migrants et on fait le lien avec la question de l'épidémiologie...
- M. Kaupé : au début, crainte que la thématique santé sexuelle soit saupoudrée du fait de cette entrée populationnelle. Au final, le plan tient la route.
- H. Chanvriil : penser à l'interface entre les groupes régionaux et les acteurs de territoires. Quels liens entre les groupes de travail et les acteurs de territoire. Etre vigilants.

CONCLUSION

Le PRSS est rédigé, il reste à être validé par l'ARS début janvier.

Cf diapo [ICI](#) (P. 11)

Le Groupe VIH est le bureau du COREVIH, il se réunit chaque mois.
Des grands axes ont été définis en 2018. En 2019, élaboration d'un plan biennal.

- Réduire l'incidence du VIH et des autres IST
- Garantir des soins de qualité pour les Personnes vivant avec le VIH
- Réduire la sérophobie dans la population générale.

Échanges :

- R. Porion : Réduction de la sérophobie : qu'en est-il de la population des soignants ?
- C. Arvieux : Travail au niveau du service sanitaire : tolérance... auprès des gynéco, les dentistes... il faut les solliciter.
- M. Kaupe : Service sanitaire : santé sexuelle en région est reportée.
- C. Arvieux : sur le service sanitaire, il y a deux volets :
 - la formation que l'on fait aux futurs médecins
 - mise en œuvre à travers les stages n'a pas été retenue pour la première année par l'éducation nationale. Est-ce que les étudiants vont continuer à participer aux formations même s'ils n'ont pas la mise en œuvre par le stage ? Importance de continuer à les former. Rester vigilant à ce que la santé sexuelle soit prise en compte.
- N. Kerebel : Si l'on veut lutter contre la sérophobie, il faut revoir la façon dont on fait l'éducation à la sexualité. Dans les collèges et les lycées, on ne parle que de risque de grossesse et de risque d'IST : uniquement des éléments négatifs qui font peur aux ados. Les futurs médecins sont d'une génération éduquée à la sexualité *versus* le risque et on leur demande d'intervenir sur la sexualité : attention à la contradiction. Importance de parler de santé sexuelle.
- H. Chanvril : I = I. important pour réduire la sérophobie. Les choses vont se mettre en place petit à petit.
- P. Marchetti : Cela fait un bon nombre d'années que les professionnels viennent à l'IREPS chercher des outils pour mettre en place des actions. Cela fait longtemps que l'on informe plus sur les risques...
- N. Kerebel : attention, les informations n'ont pas été diffusées au niveau de la population générale. Il y a des demande de test alors qu'il n'y a pas eu rapport t sexuel...
- B. Le Clézio : Les choses ont bougé au niveau de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.
- R. Porion : A Aides Rennes, on travaille sur l'utilisation des mots et on continuera à faire peur si on continue à utiliser les mots compliqués comme SIDA au lieu de VIH. Importance de parler avec des vrais mots qui évoquent la réalité.
- E Labbay : l'ignorance fait peur. Expliquer les modes de transmission et de non transmission avec des mots simples.
- G. Guerdat : intervention auprès d'étudiants en service sanitaire. Ils ont 20 ans en 3^e année de médecine. Il y a 20 ans arrivée des trithérapies, ils ont reçu l'information qu'il y a des traitements, et du coup, ils n'ont pas peur. Ils ne connaissent rien sur les modes de transmission, de contamination. Question du plaisir... des risque pris : il ne s'agit pas de dramatiser et de présenter tous les outils (dépistage, PREP...). Information de sensibilisation : l'approche globale

	<p>de la personne, de quoi on parle, comment on aborde les sujets ? Les étudiants sont ravis d'apprendre quelque chose : c'est quoi d'être séropo., comment se protéger, avec quels outils ?... Réel intérêt d'avoir ces approches en tant que futurs professionnels de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C. Arvieux : Du point de vue des étudiants, des questionnaires menés montrent qu'il existe encore une surrestimation majeure des risques . - G. Guerdat : intervention de P Tattevin sur la vaccination. Les étudiants sont vaccinés de l'hépatites B et ne savent pas pourquoi. Importance d'un travail d'information dans les salles d'attentes. - N. Kerebel : la notion de prise de risque est importante à définir. Il y a des personnes qui ont l'impression d'avoir pris des risques en ayant embrassé quelqu'un. Importance de communiquer sur « Comment ça s'attrape, comment ça s'attrape pas » ? - B. Le Clézio : travailler avec des équipes professionnelles hospitalières : le comment de la transmission du VIH... Peut-être revoir la formation du personnel hospitalier pour également éviter la sérophobie.
CONCLUSION	

Présentation de « Sport et santé » Quimper

Cédric Arvieux

DISCUSSION	Cf diapo ICI
------------	------------------------------

Ateliers «Parcours santé en Bretagne »

DISCUSSION	<p>3 groupes : Entrée dans le parcours : animé par Bruno Le Clézio Le suivi au long cours : animé par Gérald Guerdat Le suivi des données : animé par Cédric Arvieux</p> <p>Chaque groupe devra identifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandations de prise en charge - Points forts - Points faibles - Axes d'amélioration <p>► <u>RETOURS ATELIERS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Entrée dans le parcours :</u> <p><u>Recommandations de prise en charge</u> Prise en compte globale du patient dès le début, accompagnement de la singularité.</p> <p>Prise en charge de la langue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - explication - récupération du consentement.
------------	---

Médecin référent :
Transmission des informations entre professionnel·le·s de santé

Adaptation des rythmes d'examens aux conditions de vie.

Évocation du projet de vie de la personne.

Accompagnement de l'annonce de la séropositivité.
Place pour les proches.

Présentation de toutes les ressources et du réseau dès le début du parcours.

→ Temps de consultation assez long.

Points forts

Adhésion du patient au parcours.

Parcours structuré.
Compréhension du rythme.

Projection dans le futur avec une routine rassurante.

Bon suivi somatique et médical.
Examens complémentaires.

Points faibles

État de choc qui dépossède le patient de son parcours, parfois par un mécanisme de mise à distance.

Uniquement une gestion du somatique.

Solitude du patient.

Beaucoup de rendez-vous : "stress", "marathon".

Beaucoup de nouveaux professionnel·le·s de santé :

- peu ou pas de choix des praticien·ne·s
- peur possible vis-à-vis d'une singularité (ex. : personnes migrante, personne transgenre, travailleur·se du sexe...), notamment si historique de violences médicales.

Manque d'accompagnement des rendez-vous :

- pour faire les démarches
- où et avec qui prendre rendez-vous ?
- observance

Axes d'amélioration

Prise en charge sociale et psychologique si possible variée, individuelle et collective.

Recours à l'interprétariat.

Regroupement des examens ou planification différente.

Meilleure communication moins stressante de la part des professionnel·le·s de santé.

Formation des professionnel·le·s de santé aux problématiques propres aux populations vulnérables vis-à-vis du VIH.

Développement des connaissances et capacités du patient.
Davantage d'ETP, généralisée.

Valorisation des équipes médico-sociales et psycho-sociales.

Idée : Forfait d'actes balisé pour l'annonce de séropositivité
(inspiration possible de l'annonce du cancer avec des infirmières de pratique avancée).

- **Le suivi au long cours :**

Recommandations prise en charge

Suivi annuel -> bilan synthèse
Consultation autres coordonnées (procto / gynéco...)
1 à 2 charges virales par an
ETP individuelle ou collective à tous les patients
Accompagnement pluridisciplinaire / travail d'équipe
Bilan / Synthèse adressée au patient et à son généraliste
Point vaccination
Point sur l'actualité.

Points forts

Equipe réactive
Dédramatisation
Médecin référent : consultation 1 fois par an

- Le patient reste acteur de sa santé
- Négociation entre patient et médecin
- Consultations moins chargées
- Bons médecins au CH

Points faibles

Concernant les courriers, pas de retour des généralistes
Prescription réflexe
Perdre les patients de vue. Quid charge virale ?
Peu de lien entre CH et ville.

Axes d'amélioration

« Formations » des médecins traitants.
Bilan mis systématiquement à disposition du patient quel que soit le bilan.
Rôle des pharmaciens.
Délégation de tâches -> infirmières
Approche globale : médicale, psychosociale
Système informatique partagé : CH / ville.

- **Le suivi des données**

Recommandations

- Existant : CNIL/ nouveau règlement européen (RGPD)
- Interprétation des textes différente d'une structure à l'autre
- Il est important que les patients puissent consentir à un dossier patient informatisé VIH spécifique s'il existe une exploitation scientifique des données. Situation difficile car on ne sait pas quel type d'info et autorisation doivent être demandées.

Points forts

DMP

- Un dossier partagé au niveau national
- Patient pas seulement dépendant d'une petite structure
- Mieux connaître les patients / amélioration des pratiques
- Amélioration des connaissances des traitements en interactions médicamenteuses
- Continuité de suivi

- Responsabilisation du patient
- Eviter les redondances d'examens (peu d'efficacité)
- Améliorer la qualité des soins
- Accessibilité, permanence de l'information des soins
- Faciliter le dialogue entre soignants
- Partager l'intégralité des données
- Numérique : améliorer la confidentialité / éviter de perdre des docs

Point faibles

- Confidentialité : partage de l'intégralité des infos partagées
- Droit à l'oubli ?
- Fracture numérique
- Risque numérique

Améliorations

- Droit de Rectification des données ?
- Qui a accès au dossier en cas d'urgence et que le patient ne donne pas son consentement ?
- Suivi des vaccinations
- Transfert des données informatisées depuis le dossier papier
- Comment les patients sont-ils accompagnés dans la création du DMP / Comment gère-t-on la mise à jour des informations dans le DMP ?

Discussion

L. de St Martin: attention : un juge peut saisir à tout moment le DMP et ressortir les antécédents médicaux permettant une accusation.

B Le Clézio : attention à la sérophobie. Toute personne pouvant entrer dans le parcours de soin peut avoir accès à l'information et découvrir une séroposivité.

C. Arvieux : plus on cache la séroposivité, plus on ancre la discrimination dans les esprits.

R. Porion : quel recours a-t-on si le médecin refuse la prise en charge du patient dès qu'il découvre sa séroposivité ?

Nadis : Dossier patient informatisé, données contrôlées par les soignants. Accès possible du patient à son dossier. La décision du partage de l'information est uniquement médicale.

Le DMP : le patient a la maîtrise des correspondants. On ne sait pas quel contenu peut être indiqué ; Uniquement le médecin généraliste. 28 mn

CONCLUSION

Demande de venue d'un expert en DMP lors d'une prochaine plénière.

**La prochaine assemblée plénière se tiendra le jeudi 14 mars 2019
au Manoir du Petit Corcé à Nouvoitou (35)**