



COORDINATION REGIONALE DE LUTTE CONTRE
L'INFECTION
DUE AU VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE

RAPPORT D'ACTIVITE 2010

Pavillon Le Chartier – CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou
Téléphone : 02 99 28 98 75 – Télécopie : 02 99 28 98 76 – mail : corevih-bretagne@chu-rennes.fr
www.corevih-bretagne.fr

SOMMAIRE

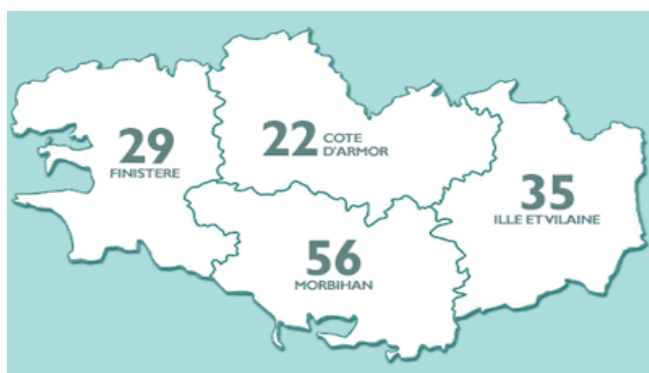
A- IDENTIFICATION DU COREVIH	3
A.1 Région administrative	3
A.2 Territoire de référence du COREVIH	3
A.3 Etablissement siège.....	3
B- MOYENS DU COREVIH POUR 2010	4
B.1 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH	6
B.2 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens.....	7
C- OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH	7
C.1 Les outils de communication et de diffusion de l'information	8
C.2 L'outil de recueil épidémiologique : le dossier patient informatisé E-Nadis®	8
C.3 Outils de recueil, mise en place et activités de Techniciens d'Etudes Clinique du COREVIH	11
Rôle des Techniciens d'Etudes Cliniques du COREVIH Bretagne	11
Recherche clinique.....	12
Formation	12
D- LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH	13
D.1 Indicateurs de fonctionnement	13
D.2 Bureau et plénières du COREVIH	14
D.3 Groupes de travail et commissions	15
Réunions scientifiques	15
Réunions de concertation multidisciplinaire / Comité des médicaments du Sida	15
Journée Nationale des COREVIH,	16
Le mercredi 3 novembre 2010 – Bordeaux.....	16
Les commissions :	16
1 - Commission dépistage.....	16
2 - Commission « Accidents d'Exposition aux Virus/AES »	17
3 - Commission Médecine de ville.....	18
4 - Commission prévention.....	19
5 - Éducation thérapeutique du Patient	21
6 - Commission « SOINS »	21
D.4 Activités internationales.....	24
E- PROGRAMME DE TRAVAIL EN 2011 - CONCLUSION	26
E.1 Planning réunions 2011	26
F- METHODE D'ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH	27
G- ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH	29
G.1 La file active du COREVIH en 2010	29
G.2 Caractéristiques de la file active bretonne	29
Sex-ratio, age.....	29
Modes de contamination	30
Co-infections par les virus des hépatites	30
Charges virales et CD4	31
Les traitements antirétroviraux.....	32
Efficacité des traitements	34
G.3 Nouveaux patients suivis en Bretagne	35
G.4 Données d'activité	37
G.5 Données de mortalité	40
G.6 Accidents d'expositions aux virus (AEV/AES).....	41
G.7 Enfants nés de mère séropositive	42
G.8 Activité d'aide médicale à la procréation à risque viral.....	42
H- CONCLUSION DE L'ANALYSE DES DONNEES	43
I- RAPPORT MORAL - CONCLUSION	43
J- ANNEXE 1: SYNTHESE FINANCIERE	45
K- ANNEXE 2: PROPOSITIONS DU COREVIH A L'ARS POUR LES HOPITAUX DE JOUR DE SYNTHESE ANNUELLE	48
L- ABBREVIATIONS	50

A- IDENTIFICATION DU COREVIH

A.1 Région administrative

	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Superficie (km ²)	27 208	6 898	6 729	6 783	6 816
Préfecture	Rennes	St Brieuc	Quimper	Rennes	Vannes
Sous préfecture		Dinan, Guingamp et Lannion	Brest, Châteaulin et Morlaix	St Malo et Redon	Lorient et Pontivy
Population	2,9 millions	542 373	852 400	866 848	643 900

A.2 Territoire de référence du COREVIH



A.3 Etablissement siège

Le siège du COREVIH est situé au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes
Hôpital Pontchaillou - Pavillon Le Chartier - 2, rue Henri le Guilloux - 35033 Rennes Cedex 09
N° FINESS (établissement) : 35000741

Établissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH

Deux Centres Hospitaliers accueillent du personnel COREVIH :

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nombre de personnes accueillies	Dates d'installation
Finistère	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	Coordinatrice Technicien d'Etude Clinique	1 ^{er} janvier 2010 1 ^{er} octobre 2010
Morbihan	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	Technicien d'Etude Clinique	1 ^{er} juin 2010

Les conventions signées entre l'établissement siège du COREVIH et les établissements accueillants du personnel sont disponibles auprès du secrétariat du COREVIH.

B-MOYENS DU COREVIH POUR 2010

Budget 2010

Recettes

Montant prévisionnel initial	432 556,00 €
Report 2008-09	130 000,00 €
TOTAL	562 556,00 €

Dépenses

Sur budget pérenne	378 557,00 €
Sur report 2008-09	9 932,00 €
TOTAL	388 489,00 €

Les dépenses 2010

Charge en personnel	297 552,00 €
Budget de fonctionnement (incluant les amortissements)	56 333,00 €
<i>Dont</i>	
<i>Loyer/chauffage etc...</i>	11 500,00 €
<i>Informatique et télécom</i>	11 900,00 €
<i>Véhicules</i>	7 000,00 €
<i>Site Internet</i>	5 300,00 €
<i>Formation (3% masse salariale non med)</i>	2 000,00 €
Frais de gestion (8% du budget pérenne)	34 604,00 €

Solde budget 2010

Solde 2010	224 067,00 €
MIG qualité des soins notifiée en oct.	50 000,00 €
Sur la partie pérenne (2010)	53 999,00 €
Sur la provision 2008 (Base de données)	30 000,00 €
Sur la provision 2009	90 068,00 €
 Mise en provision 2011	 220 000,00 €
MIG + partie pérenne	100 000,00 €
Base de données	30 000,00 €
Aide à la mise en place de la base	90 000,00 €

Budget prévisionnel 2011

Budget Théorique (calcul guide MIG)

525 940,00 €

Recettes

Montant prévisionnel	482 556,00 €
Report MIG 2010	50 000,00 €
Report solde 2010	50 000,00 €
Report 2008-2009 (Base de données, DIM)	120 000,00 €
Total	702 556,00 €

Dépenses

Sur budget pérenne	482 556,00 €
Dont	
• Personnels	342 168,00 €
• Frais de gestion	38 604,00 €
• Fonctionnement	101 784,00 €
Sur report 2008-09 (Base de données, DIM)	66 276,00 €

Utilisation du budget de fonctionnement

• Fonctionnement 2011	101 784,00 €
Dont	
Loyer, amortissement travaux, charges	25 500,00 €
Informatique et télécom	17 000,00 €
Déplacements (personnels, commissions, invités...)	30 000,00 €
Hébergement données, site Internet	10 000,00 €
Amortissements divers	3 963,00 €
Formations personnels (1.8%)	5 300,00 €
Divers	10 021,00 €
• Frais de gestion (8% budget notifié)	38 604,00 €
• TOTAL fonctionnement et gestion	156 176,00 €

- Provisions 2010 :
 - 100 000 € de provision pour les activités du COREVIH
 - 53 724 € pour la mise en place des bases de données

[ANNEXE 1: synthèse financière – exercice 2010](#)

Secrétaire	Halima Campeaux	1 ETP
Techniciens d'études cliniques (TECs)	Ghislaine Cotten Jennifer Rohan Virginie Mouton-Rioux Jean-Charles Duthé	1 ETP 1 ETP 1 ETP à partir du 1 juin 2010 1 ETP à partir du 1 octobre 2010
Coordination médicale et administrative	Dr Cédric Arvieux	50% ETP Praticien hospitalier
Coordination des activités	Hadija Chanvriil	1 ETP
Ingénieur DIM	Jean-Paul Sinteff	40% ingénieur DIM à partir de septembre 2010

B.1 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH

Années 2009/2010	Moyens
<p><u>Établissement siège</u> CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou Pavillon Le Chartier - 2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09 Tel : 02 99 28 98 75 Fax : 02 99 28 98 76 corevih-bretagne@chu-rennes.fr</p>	<p>Locaux de 135 m², rénovés au frais du COREVIH en 2010 (amortissement sur 10 ans), comportant 5 pièces équipés de bureaux, 2 PC fixes, 2 stations de travail pour l'accueil des ordinateurs portables, 1 photocopieur, une imprimante N&B, une imprimante couleur. Mobilité : 2 connexions Internet 3G. 4 téléphones portables, 6 ordinateurs portables. Une station de visioconférence Polycom® Mise à disposition de salles pour les réunions</p>
Autres établissements / structures	<p>2 bureaux, 1 PC, téléphones Mise à disposition de la visioconférence et de salles pour les réunions</p>

B.2 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens.

CONVENTIONS SIGNEES	2010
Objet :	Convention N°2009.73 organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du Conseil général du Morbihan, membres titulaires ou suppléants du Corevih
signataires	Entre CHU Rennes et Président du conseil général du Morbihan
Objet :	Convention N°2009.50 organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Bretagne Atlantique, membres titulaires ou suppléants du Corevih
signataires	Entre CHU Rennes et directeur centre hospitalier Bretagne Atlantique
Objet :	Convention N°2009.51 organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Bretagne Sud, membres titulaires ou suppléants du Corevih
signataires	Entre A. Fritz - CHU Rennes et Directeur CH Bretagne Sud
Objet :	Convention N°2009.52 organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Saint-Brieuc, membres titulaires ou suppléants du Corevih
Signataires :	Entre CHU Rennes et Directeur CH Saint-Brieuc
Objet :	Convention N°2009.53 organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Quimper, membres titulaires ou suppléants du Corevih
Signataires :	Entre CHU Rennes et Directeur CH Quimper
Objet :	Convention N°2009.54 organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Brest, membres titulaires ou suppléants du Corevih
Signataires :	Entre CHU Rennes et Directeur du CHU Brest
Objet :	Convention n°9916 de stage Thierry Brechon-Cornery
Signataires :	Entre CHU Rennes et Président de l'Université Rennes 2
Objet :	Convention N°198 relative aux modalités de gestion du coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques évoluant au sein du Corevih Bretagne.
Signataires :	Entre André Fritz CHU Rennes et : Alain Latinier Directeur - CH Bretagne Atlantique; Thierry Gamond-Rius – Lorient Jean-Roger Pautonnier – Quimper; Jean-Yves Briant – Saint-Brieuc

C-OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH

Compte tenu du nombre de structures et de la taille du territoire couvert par le COREVIH Bretagne, il a été décidé de développer des outils permettant d'informer les acteurs de l'existence de cette nouvelle entité pour travailler ensemble et de manière homogène tout en limitant les déplacements.

Le bulletin d'information mensuel, les rencontres téléphoniques, les visioconférences et les envois de mails réguliers ont été utilisés pour maintenir un flux de communications constant sur 2010. La création d'un site Internet doit venir compléter ce dispositif afin de faire connaître le COREVIH, d'informer et de créer du lien avec l'ensemble des acteurs du territoire.

Site Internet	http://www.corevih-bretagne.fr/accueil.asp	Mars 2011
Création d'une adresse mail fonctionnel	corevih.bretagne@chu-rennes.fr corevih-bretagne@chu-rennes.fr	Effectif en 2009
Correspondant AFSSAPS identifié	OUI	Elisabeth Polard Pharmacovigilance
Fichier d'adresses des correspondants	membres du COREVIH + partenaires institutionnels (ARS, SFLS, groupe de pilotage des COREVIH...) + partenaires (industries pharmaceutiques, intervenants réunions scientifiques...)	De nombreux envois : Convocation plénière Compte-rendu de plénière Convocation bureau Compte-rendu bureau Documents utiles (rapport CNS, informations divers)
Bulletin d'information/ lettre de liaison	OUI	A partir du 1 ^{er} mai 2010

C.1 Les outils de communication et de diffusion de l'information

Logo : Le logo du COREVIH Bretagne existe depuis le premier trimestre 2010. Il a été créé par Jean Jacques Levrel, du studio graphique du CHU de Rennes.

Site Internet : (fonctionnel à partir de Mars 2011) La majorité des informations et documents relatifs au COREVIH seront disponibles sur le site Internet (compte rendus de réunions, textes réglementaires, actualités, formations...). Le site est également un lieu de partage des outils de travail et de concertation des commissions et du bureau.

Fichier d'adresses de correspondants : un travail sera engagé en 2011 autour du fichier des correspondants du COREVIH Bretagne, actuellement limité à une actualisation des anciens fichiers du CISIH.

Bulletin d'information : il permet d'informer l'ensemble des correspondants du COREVIH sur des sujets, réunions, rapports, actions développées en Bretagne. Ce bulletin est nécessaire pour attirer l'attention des acteurs du VIH sur des actions, les formations, les avancées des commissions et tenir les personnes informées de la vie du COREVIH et /ou des événements liés au COREVIH. C'est un outil vivant et de proximité avec l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH en Bretagne. Il permet aussi de mettre en avant des initiatives locales comme les événements organisés autour de la journée mondiale de lutte contre le sida, le 1^{er} Décembre de chaque année.

Tous les bulletins d'information sont disponibles ici : [COREVIH Bretagne : Lettres d'information](#)

Plaquette d'information : Création d'une plaquette d'information destinée à décrire les missions, l'organisation et les activités du COREVIH Bretagne. Cette plaquette sera opérationnelle en septembre 2011.

C.2 L'outil de recueil épidémiologique : le dossier patient informatisé E-Nadis®

L'une des missions des COREVIH est de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH. Ces données apparaîtront dans le rapport annuel d'activité et constitueront un des critères majeurs dans l'affectation des moyens alloués aux COREVIH.

Janvier-Juillet 2010 : Acquisition d'une nouvelle base de données destinée au suivi et au recueil épidémiologique des personnes infectées par le VIH

Pour l'acquisition et l'installation d'un logiciel de suivi des patients VIH, compte tenu des montants en jeu, nous avons été amenés à passer un Marché A Procédure Adaptée (MAPA) dans le respect des dispositions du Code des Marchés Publics. Un cahier des charges a été élaboré, les propositions ont été évaluées, et un choix parmi les offres effectué. La société Fédialis Medica et Nadis ont été retenus pour la très bonne couverture fonctionnelle de son logiciel et pour sa proposition de service très concurrentielle. La situation particulière de Fedialis Medica, entreprise dépendant de la société GlaxoSmithKline (GSK), a été longuement discuté en réunion de bureau, du fait des questions éthiques et de conflits d'intérêt que peut représenter le choix d'un prestataire informatique dépendant de l'industrie pharmaceutique. Le bureau du COREVIH a souhaité équilibrer le choix de cette solution par l'hébergement des données auprès d'un prestataire public (le CHU de Nice, cf. infra). Les contrats types ont été modifiés afin d'assurer une meilleure indépendance.

Mars-Septembre 2010 : Hébergement de Nadis

Le Code de la Santé Publique (à la suite du « décret hébergement » de janvier 2006, un temps suspendu puis réactivé en 2008) prévoit que les organismes hébergeant des données de santé à caractère nominatif soient soumis à un agrément préalable (arrêté du Ministre de la santé, après avis de la CNIL). Cette procédure vise à s'assurer que les hébergeurs répondent à un cahier des charges strict, permettant d'assurer la sécurité (intégrité, pérennité...) et surtout la confidentialité des données médicales.

Sur la base de cette information et devant des montants en jeu, la procédure de sélection d'un hébergeur a malgré tout été simplifiée et a donné lieu à une « simple » procédure de mise en concurrence de prestataires (demande de devis et choix) sans passer par un marché public.

Le CHU de Nice a été retenu parce qu'il fait partie des 2 structures publiques à avoir obtenu l'agrément santé et pour ses tarifs très compétitifs.

Aout-Octobre 2010 : Rédaction des contrats

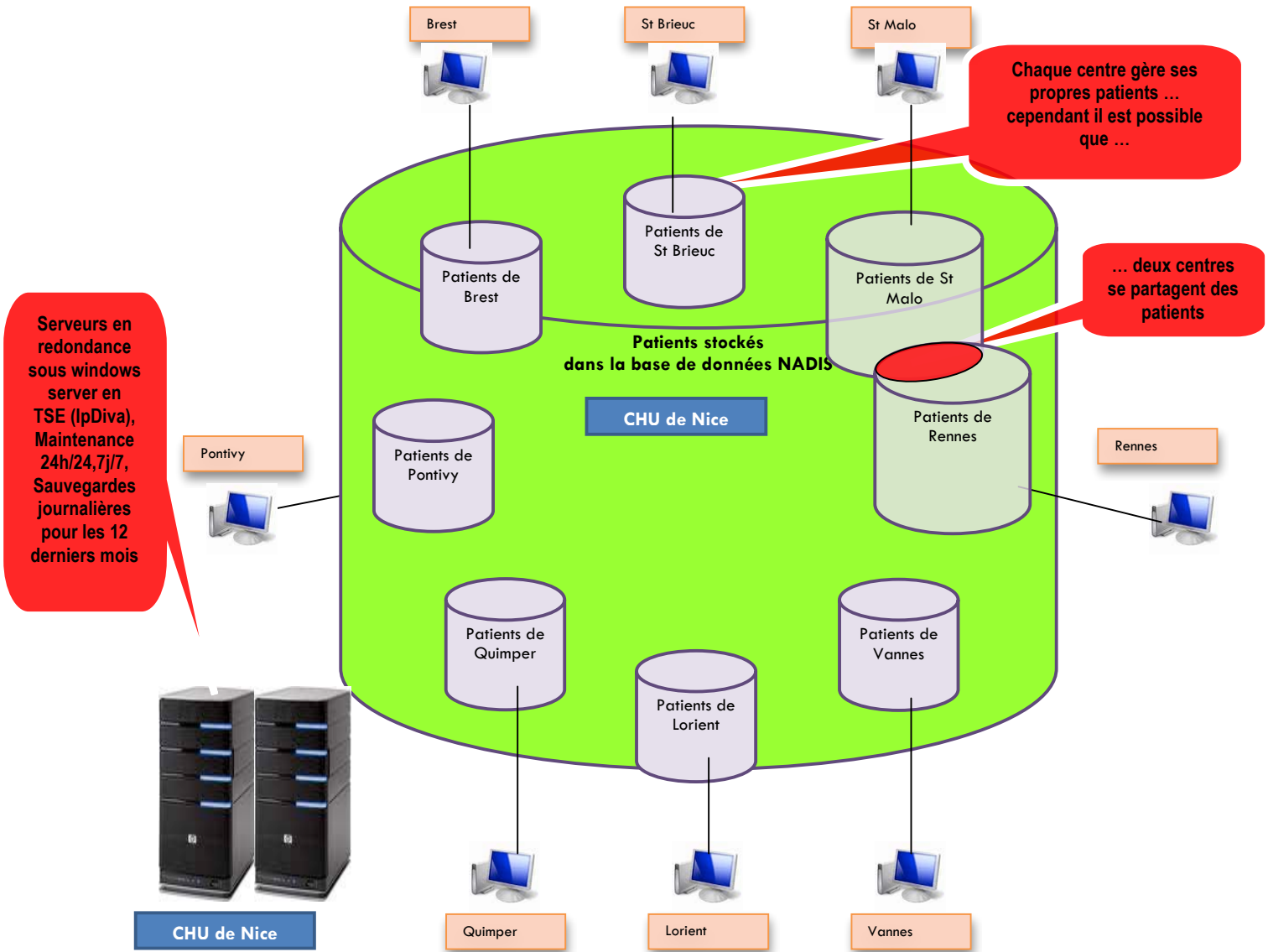
Les contrats types proposés par Fedialis Medica ont été modifiés, afin notamment d'assurer la pérennité de l'utilisation de la solution e-Nadis en cas de désengagement de la société productrice ou de son soutien industriel (GSK).

Novembre 2010 : Export de la base de données DMI2 Rennaise

Décembre 2010 :

- Installation de plateforme d'hébergement basé au CHU de Nice
- Installation de l'application Nadis sur la plateforme
- Premier import du DMI2 dans Nadis donnant lieu à une évaluation de la qualité de ce travail

Schéma général de la plate-forme NADIS



Plan d'actions 2011

1. Finir d'importer le DMI2 à Rennes (Demande de report jusqu'en juin 2011)

Après une première évaluation de l'import DMI2, il a été constaté un nombre conséquent d'erreurs.

- Manque l'indice de Karnofsky, IMC, ...
- Historique des traitements
- Données biologiques manquantes : ASAT et ALAT
- Historique des antécédents

2. Déployer Nadis auprès des centres volontaires (dès avril 2011) :

- A Rennes : en attendant la validation du DMI2, il faut pouvoir saisir les données concernant les nouveaux patients (pas de saisie depuis novembre 2010). D'où l'idée de créer une **seconde base temporaire** pour saisir ces données.
- Déployer dans les centres où il n'y a **pas de reprise** de données (avril 2011)
- Déployer dans les centres où il y a une **reprise de données** Excel (mai 2011)

3. Formation (courant juin 2011) :

- L'interface est très ergonomique et intuitive, permettant une utilisation après une formation de base, qui eut être complétée ultérieurement en fonction des besoins des utilisateurs.
- Le planning de formation sera à déterminer selon les besoins de chaque centre.

C.3 Outils de recueil, mise en place et activités de Techniciens d'Etudes Clinique du COREVIH

Devant les différences en termes de recueil de données sur le territoire et dans l'attente du déploiement de NADIS®, un fichier permettant un recueil standardisé des données a été établi, afin de réaliser la mission de rédaction d'un rapport annuel d'activité impartie au COREVIH. Face à cette hétérogénéité et pour faciliter la tâche des TECs chargés de ce recueil, le Bureau avait sélectionné en 2009 des indicateurs facilement disponibles et dont l'intérêt est considéré comme majeur. Ces indicateurs ont été reconduits pour le rapport 2010.

Rôle des Techniciens d'Etudes Cliniques du COREVIH Bretagne

L'année 2010 a vu l'arrivée de deux nouveaux TECs pour le site de Vannes/Lorient/Pontivy en juin et à Quimper/Brest en octobre, portant ainsi leur nombre définitif à quatre. Ils sont basés à Rennes, Quimper et Vannes. Leur rôle consiste à relever les données épidémiologiques et à veiller à leur exhaustivité. Ils aident également les praticiens dans leurs démarches de recherche clinique.

Durant cette année, les TECs ont recueilli des données sur des bases Excel, créées afin d'alimenter la base Nadis dans un futur proche. Ces données recueillies à Saint Malo, Saint Brieuc, Vannes, Lorient, Brest, Morlaix et Rennes ont été la base de la rédaction de la partie médico-épidémiologique de ce rapport d'activité.

Chaque centre a recueilli ses données afin de créer un tableau de données régionales.

Les TECs recensent également les déclarations obligatoires d'infection VIH ainsi que les déclarations sida auprès de l'ARS.

A Rennes, les TECs saisissent les données biologiques et médicales dans la base DMI2.

Les TECs ont pris contact avec les professionnels paramédicaux et ont conçu des outils spécifiques afin d'aider les psychologues, assistants sociaux, diététiciennes, et infirmières au recueil des données (AES avec biologie, éducation thérapeutique).

Les TECs du Corevih sont également en contact permanent avec les équipes soignantes et les services du DIM ou DSIO pouvant les aider dans le recueil des données.

Recherche clinique

Les TECs ont pris contact avec les médecins des hôpitaux de la région pour la mise en place de l'Enquête Périnatale Française (EPF, observatoire national des enfants nés de mère infectées par le VIH) avec des ouvertures de centre prévues à Brest, Quimper, Rennes, Saint Briec et Vannes.

Le Corevih a mis en place les enquêtes **COVERTE** (jeunes adultes infectés), **Mortalité 2010**, **IDM** (Infarctus Du Myocarde) et **RE VIR** (insuffisance rénale). Ils participent au monitoring de l'étude **Copilote**, à la logistique des enquêtes et questionnaires tels « **Sport et VIH** », « **opportunités manquées de dépistage** ». Ils participent aux réunions de mise en place et suivi des études, et aident à l'élaboration des documents relatifs à ces études.

De plus les TECs répondent aux requêtes ponctuelles des médecins et virologues ainsi qu'aux enquêtes de faisabilité de protocole de recherche clinique.

Formation

Les TECs assistent aux réunions de recherche clinique, aux visioconférences de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP, ex-comité des médicaments du SIDA), aux staffs de discussions de dossiers dans certains services.

Lors de leur prise de fonctions, les TECs ont eu la possibilité de connaître les secteurs hospitaliers et associatifs avec lesquels ils sont en contact. Ils sont allés une journée au réseau ville hôpital 35, 1/2 journée avec un assistant social, une journée en virologie et des prises de contact ont eu lieu pour des journées avec les psychologues, médecins en consultation et CDAG, infirmières, laboratoire de pharmacologie.

Ils ont participé aux journées scientifiques du Mont St Michel, aux journées des TECs à Lyon, au congrès de la SFLS. A Rennes ils sont invités à assister aux cours destinés à l'équipe paramédicale.

Pour préparer l'arrivée de Nadis, les TECs ont participé à la journée Nadis à Paris et se sont déplacés à Nantes, site pilote.

D- LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH

D.1 Indicateurs de fonctionnement

Type de réunion	Thèmes	Nombre de réunions	Nombre de participants	Ordre du jour (O/N)	C .R. (O/N)	Emargement (O/N)
Réunion du Bureau		9	6/ séance	0	0	0
Séances plénières		3	27/ séance	0	0	0
Réunions scientifiques	Pilote : Dr Cédric Arvieux	6	244 participants (Soit 41 / séance)	0	N	0
Groupes de travail	Thème : dépistage Pilote : Dr Marie-Claire Le Martelot	5	6/ séance	0	0	0
	Thème : AES Pilote : Gautier Pierre et Frédéric Dezé	3	7/séance	0	0	0
	Thème : Médecine générale Pilote : Dr Jean-Marc Chaplain	1	7/séance	0	0	0
	Thème : Prévention Pilote : Myriam Besse	1	3/séance	0	0	0
	Thème : Education Thérapeutique du Patient Pilote : Marie-Christine Derrien et André Blouet	1	10/séance	0	0	0
Réunions de concertation pluridisciplinaire	Dossiers complexes, analyse des résultats de tests de résistance – Mensuel.	11	10/ séance	0	N*	0
Réunion nationale inter COREVIH	1 ^{ère} journée des coordonnateurs	1	1	0	0	0
	Congrès SFSL de Bordeaux	1		0	0	0

* Les conclusions de la RCP sont disponibles dans le dossier du patient

D.2 Bureau et plénières du COREVIH

Le Bureau (au 31/12/2010)

Président : Cédric ARVIEUX, médecin, infectiologue, Rennes (collège 1)

Vice-Président : Ghislain LE BOETTE, enseignant, membre de l'association AIDES, Rennes (collège 3)

Claude BEUSCART, médecin interniste, St Brieuc (collège 1)

André BLOUET, infirmier, Quimper (collège 2)

Marie-Christine DERRIEN, infirmière, Brest (collège 2)

Pierre GAUTIER, membre de l'association Chrétien et Sida, Quimper (collège 3)

Marie-Claire LE MARTELOT, médecin en CDAG/CIDDIST, Lorient (collège 4)

Emmanuel LOYER, enseignant, membre de l'association AIDES, Brest (collège 3)

Yves POINSIGNON, médecin, infectiologue, Vannes (collège 1)

Il s'est réuni 9 fois en 2010. A l'occasion de ces réunions, les membres ont notamment pu aborder les points suivants :

- Propositions concernant la politique du COREVIH (recherche, coopération internationale, actions etc...)
- Préparation des séances plénières du Comité
- Accompagnement et suivi de l'avancée des travaux des commissions de travail
- Informations régulières sur le budget et la situation financière
- Organisation des relations COREVIH- ARS
- Planifications de réunions du COREVIH

Les comptes-rendus de réunion de bureau sont disponibles [ici](#)

Plénière

Trois réunions plénières ont eu lieu en 2010. Titulaires et suppléants sont conviés aux réunions plénières, ainsi que les personnes intéressées par les thématiques développées. En cas de vote, ne peuvent participer que les titulaires, ou leur suppléant désigné en cas d'absence du titulaire. Chaque réunion plénière permet de recueillir l'avis de l'assemblée sur les actions du COREVIH et de transmettre aux membres des informations et actualités relatives aux COREVIH. Le budget et les grandes orientations du COREVIH sont votés en réunion plénière.

NOMBRE PARTICIPANTS REUNION COREVIH 2010		
	Bureau	Plénière
Quimper 6/1	5	
Brest 10/2	4	20
Visio 10/3	8	
St Brieuc 28/4	5	
Rennes 2/6	7	26
Visio 5/7	5	
Vannes 8/9	4	
Lorient 13/10	6	22
Visio 15/12	4	
TOTAL	48	68

Les comptes-rendus de réunions plénières sont disponibles [ici](#)

D.3 Groupes de travail et commissions

Réunions scientifiques

Les thèmes de ces réunions sont choisis en réunion de bureau et/ou en plénière. La logistique de ces rencontres (location de salle et repas) peut être sponsorisée par l'industrie pharmaceutique. Le COREVIH ayant depuis 2009 un budget lui permettant d'organiser les réunions de façon autonome, le bureau a pris la décision de limiter au maximum le recours à l'industrie pharmaceutique, afin d'éviter les conflits d'intérêt.

	Nombre de réunions	Nombre de participants
2008		
- Aspects cliniques et lecture critique d'articles (janvier, réunion conjointe avec les COREVIH de Normandie) - Compte rendu du congrès « CROI » (mars) - AES (juin) - Avancées thérapeutiques et recherche (27 novembre) - Collaboration soignants/associations (18 décembre).	5	205
2009		
- Aspects cliniques et lecture critique d'articles (29/30 janvier, réunion conjointe avec les COREVIH de Normandie) - Compte rendu du congrès « CROI » (19 mars) - Avancées des programmes ESTHER du COREVIH (29 avril) - Suivi osseux des patients infectés par le VIH (18 juin) - Tuberculose et VIH (3 novembre).	5	143
2010		
- Aspects cliniques et lecture critique d'articles (14 et 15 janvier, réunion conjointe avec les COREVIH de Normandie) - Compte rendu du congrès « CROI » (18 mars) - Prise en charge précoce de l'infection VIH (27 avril) - Femmes et VIH (29 juin) - Réduction des risques (23 septembre) - Sexualité et VIH (9 décembre).	6	240

Les programmes et diaporama des réunions scientifiques sont disponibles [ici](#)

Réunions de concertation multidisciplinaire / Comité des médicaments du Sida

La réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) a lieu une fois par mois et réunit l'ensemble des médecins des services spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH des 4 départements (Côtes d'Armor, Finistère, Ille et Vilaine et Morbihan). Cette commission traite les demandes de mise sous traitements antirétroviraux ou les modifications, encadre et valide les décisions. Ces réunions existent depuis la création du CISIH, et ont permis l'homogénéisation de la prise en charge de l'infection à VIH dans notre région. Elles se poursuivront sur le même modèle en 2011. En 2010, dix dossiers environ sont discutés au cours de chaque réunion. Le nombre de sites régulièrement connectés augmente au fil des années : Vannes, Quimper, Lorient, Saint Malo, St Briec, Rennes et Morlaix sont régulièrement connectés.

Journée Nationale des COREVIH, Le mercredi 3 novembre 2010 – Bordeaux

Cette journée, organisée à l'initiative de la Société Française de Lutte contre le Sida a permis de réunir la majorité des COREVIH, représentés par les membres de leur bureau et/ou leurs coordonnateurs. Le compte rendu de cette journée est disponible à l'adresse ci-dessous.

Retrouvez tous les informations <http://www.sfls.aei.fr/journees-nationales/programme-2010.asp>

Les commissions :

L'objectif final de chaque commission est de permettre une amélioration de la qualité des soins ou de la prévention. Les commissions agissent au plus près des acteurs de la lutte contre le VIH et des personnes concernées. Elles se doivent d'essayer de recenser sur le territoire les projets « leader » et d'en permettre la diffusion à l'ensemble du territoire du COREVIH.

La mission préalable des commissions est de recenser les modalités de prise en charge existantes dans le secteur de la lutte contre le VIH, dans leur thématique respective, sur l'ensemble du territoire couvert par le COREVIH.

Elles doivent définir un programme de travail, mettre en place des projets d'actions et émettre des avis tendant à homogénéiser l'offre de soins et les pratiques. La composition des commissions fait intervenir des personnes ayant un lien direct ou indirect avec le thème de travail. La représentativité des territoires, des institutions, des collèges ainsi que des catégories professionnelles est privilégiée autant que possible dans la composition des commissions. Chaque commission désigne en son sein un ou deux « pilotes ».

Commission	Nombre de réunions			Nombre de participants		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Thème : dépistage Pilote : Dr Marie-Claire Le Martelot	1	3	5	2	15	28
Thème : AES Pilotes : Gautier Pierre et Frédéric Dezé	3	3	3	6	15	21
Thème : Médecine générale Pilote : Jean-Marc Chapplain	0	1	2	0	2	9
Thème prévention Pilote : Myriam Besse			1			3
Thème : Education thérapeutique du patient Pilotes : Marie-Christine Derrien et André Blouet			1			10

1 - Commission dépistage

Dr Marie-Claire Le Martelot

L'année 2010 est celle du dépistage, en termes d'orientations et de recommandations : rapport d'Expert dirigé par le Pr. P. Yéni, recommandations de l'HAS, rapport RDRS rédigé par France Lert et Gilles Pialoux, rapport de l'IGAS sur l'organisation des structures de dépistage, plan VIH 2010/2014. La commission dépistage du COREVIH Bretagne a travaillé sur plusieurs projets régionaux :

- Dépistage hors les murs : projet d'un dispositif de dépistage délocalisé et régional avec véhicule dédié
- Acquisition d'un logiciel commun aux structures de dépistage
- Formation des acteurs (personnels de soin, associatifs...)

Orientation 2011 :

Acquisition d'un « dispositif de dépistage délocalisé »

L'incitation au dépistage est une priorité et pour répondre à un besoin de proximité, d'accessibilité aux dépistages précoces, le dépistage hors les murs élargit de l'offre de test. Les intérêts du dépistage «hors les murs» sont la possibilité de toucher une population peu ou pas accessibles (tant sur le plan géographique que culturel et émotionnel...); de contribuer à améliorer le recours au dépistage des populations vulnérables et de faciliter une connaissance rapide du statut sérologique. En Bretagne, le dépistage «hors les murs» est réalisé de manière variée et orientée vers des

populations différentes dépendant de la stratégie des acteurs locaux (cf. une enquête réalisée par la commission dépistage auprès des différents centres de dépistage de la région Bretagne).

Objectif : Élargir l'offre de dépistage

Logiciel commun

La commission dépistage du COREVIH Bretagne souhaite travailler au travers d'un inventaire de l'ensemble des structures offrant le dépistage en Bretagne. Elle souhaite proposer un outil informatique commun permettant la gestion des données patients, le bilan d'activité et le recueil de données épidémiologiques et ainsi répondre à la mission de coordination des données. Il est à noter que le logiciel NADIS n'intègre pas le relevé épidémiologique du dépistage. La commission souhaite travailler en coordination avec l'InVs.

Objectif :

- Elaborer un recueil épidémiologique commun des consultants ayant recours à un dépistage
- Harmoniser et améliorer les pratiques de dépistage
- Répondre aux besoins de la population générale et plus spécifiquement des populations les plus exposées

Formation/mutualisation

Les institutionnels (certaines équipes CDAG) n'ont pas de connaissance (ou très peu) du milieu HSH. De même, le vocabulaire parfois spécifique est peu maîtrisé par ces professionnels d'où la nécessité d'une création d'un glossaire.

1°) Le SNEG propose aux équipes qui le souhaitent de l'accompagner dans les établissements rencontrer les patrons ainsi que les équipes et propose d'établir un planning par département. Cette initiative permettrait de faire tomber les représentations des uns et des autres et de démystifier (ex de Nantes). Plusieurs membres de la commission sont intéressés.

2°) Un autre volet de cette formation : les personnes intéressées (CDAG ou association) pourront participer à des actions de dépistage hors les murs sur les lieux de rencontres extérieurs du 56 dans le cadre d'une mutualisation des compétences CDAG et associations.

Objectif : rendre opérationnel sur ce type d'intervention extérieur, les acteurs de santé et les acteurs associatifs dans l'idée d'une mutualisation des compétences et des " savoir-faire"

TROD (Tests Rapide de Diagnostic et d'Orientation)

Conformément à l'arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique de l'infection à Virus de l'Immunodéficience Humain, la commission souhaite établir un cadre opérationnel régional d'utilisation des TROD.

Objectif : Garantir une utilisation pertinente et optimale des TROD

Une réflexion a débuté en 2010 sur l'utilisation des TROD et la formation de l'ensemble des acteurs à un dépistage utilisant ces nouveaux outils. La commission dépistage propose de coordonner l'offre de formation en s'appuyant sur les acteurs engagés dans ce domaine : association AIDES, SFLS, Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

[Retrouvez tous les informations sur le site du : COREVIH Bretagne](#)

2 - Commission « Accidents d'Exposition aux Virus/AES »

Dr Frédéric Dezé, urgentiste, et Pierre Gautier, Chrétien et sida

Travail et validation d'un protocole régional de prise en charge des AES. Ce document propose un schéma organisationnel de prise en charge validé par la commission AES du COREVIH Bretagne, avec pour but l'harmonisation des pratiques professionnelles en respectant les recommandations d'experts. La prise en charge des accidents d'exposition à risque de transmission virale « de ville » est une prise en charge spécifique qui doit être différenciée des cas d'AES professionnels intra hospitaliers. Chaque établissement de santé possède déjà un circuit propre pour ces derniers, mais dont le protocole de suivi n'est en général pas adapté au contexte non professionnel, d'où la nécessité d'un circuit spécifique, centré sur les services d'urgences de la région Bretagne.

Organigramme du suivi :

Consultation aux Urgences
EVALUATION



Indication à TPE ?



OUI

- 1) Délivrance 1ere dose TPE
- 2) Bilan bio pré thérapeutique
- 3) Délivrance kit 3 jours
- 4) Remise Ordonnance TPE
- 5) Remise Fiche Info **AVEC** TPE

NON

Remise Fiche Info **SANS** TPE
Le patient contactera de lui-même
son médecin traitant ou consultera en
CDAG

NON

Mais nécessité d'un suivi :
- **accident du travail**
- **agression sexuelle**
- **risque de transmission important mais délais > 48h**
è orienter le patient vers le service référent selon les modalités de la fiche « avec le patient devra contacter TPE » au 1er jour ouvrable le service référent en maladies infectieuses pour le suivi J3

Orientation 2011 :

- Accompagnement de la mise en place dans les centres
- la formation en lien avec le GERES et le COREVIH Pays de Loire
- Test Rapide d'Orientation et de Diagnostic : comment se passe la mise en place dans les services d'urgence bretons.

Informations complémentaires : [Commission AES](#)

3 - Commission Médecine de ville

Dr Jean Marc Chaplain

Suivi thérapeutique des patients

La prise en charge des personnes infectées par le VIH au début des années 1990 a surtout concerné l'hôpital, avec des hospitalisations fréquentes, pour une infection qui évoluait inexorablement vers le stade SIDA. Les médecins de ville étaient cependant associés étroitement à cette prise en charge par la nécessité d'une coordination, avec la création des réseaux Ville-Hôpital. C'est l'avènement des traitements hautement actifs contre le VIH à la fin des années 1990 qui a consacré le suivi hospitalier des patients et c'est à cette période que l'on a observé un désengagement important des médecins généralistes dans la prise en charge.

Malgré cela, une orientation vers la médecine de ville paraît souhaitable pour de nombreux patients ; (fréquences des consultations hospitalières de plus en plus espacées pour la majorité des patients, place importante de la médecine générale dans l'éducation thérapeutique, proximité du médecin traitant). A contrario, les traitements étant de plus en plus complexes, leur suivi nécessite un haut niveau de formation continue. Seulement les files actives (moins d'un patient infecté par le VIH par généraliste en Bretagne), sauf exception, ne justifient pas le temps d'investissement... Il est souligné

que des échanges entre les centres hospitaliers et les médecins généralistes prenant en charge un nombre important de patients VIH sont assez réguliers.

Prévention

Si le nombre des patients infectés par le VIH est faible pour chaque médecin généraliste, en revanche le nombre de patient susceptible de bénéficier d'un test chez leur médecin est élevé (Les médecins généralistes prescrivent près de 20 fois plus de tests que les centres de dépistage anonymes et gratuits n'en réalisent (1)

Cependant 36 % des nouvelles découvertes de séropositivité se font à un stade tardif de la maladie (2).

De plus, sur les 10 patients interrogés diagnostiqués tardivement, 6 avaient bénéficié d'une consultation avec un professionnel médical (généraliste ou psychiatre) dans les deux ans précédents.

Le dépistage comme outil de prévention secondaire reste important à développer et on devrait arriver à une banalisation du test de dépistage.

1. Léna Pennognon, Docteur Isabelle Tron, Elisabeth Quéguiner : « SIDA, VIH, VHC et syphilis en Bretagne », ORS Bretagne décembre 2008.

2. Caroline Semaille-Safar, et al., INVS, « Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France 10 ans de surveillance », 1996-2005. mars 2007.

Orientation 2011 :

- Groupes qualités : rencontres organisées sur un territoire donné. Proposition d'un thème avec un dossier d'accompagnement (soutien à la discussion). Le titre de ce thème pourrait être : « La banalisation du test de dépistage chez le médecin généraliste, à partir du travail de thèse de Jonathan Beasse, médecin généraliste, membre de la commission et du rapport de la cour des comptes abordant la prévention du VIH en médecine de ville. Ces travaux pourront également se baser sur le consensus formalisé « Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville et en médecine générale » disponible [ici](#).
- Enquête régionale sur les occasions manquées de dépistage (cibler géographiquement pour l'incitation à dépistage)
- Communication : rencontrer les médecins généralistes par le biais des délégués de prévention
- Évaluation du nombre de dépistages suite à cette incitation
- Formation : TROD et IST

Informations complémentaires : [Commission « Médecine de ville »](#)

4 - Commission prévention

Myriam Besse, coordinatrice du PCCPS

Stage Thierry Brechon-Cornerly : Etat des lieux des actions de prévention réalisées sur la région.

Afin de commencer cette action en 2010, la commission prévention a choisi de confier une partie de ce travail à un stagiaire de la formation Master 2 professionnel de Psychologie sociale et communautaire de la santé.

L'objectif de ce stage était de réaliser un état des lieux des actions de prévention « vie affective et sexuelle » mises en place dans les établissements scolaires Bretons.

Plusieurs enquêtes ont donc été menées : auprès des infirmières scolaires, des structures qui interviennent dans les établissements scolaires, auprès des infirmier(ère)s conseillers techniques départementaux et auprès des jeunes.

Ce stage s'est déroulé de mai à juillet. L'ensemble des enquêtes auprès des jeunes a été effectué à l'espace santé du festival quartiers d'été à Rennes (festival accueillant essentiellement des jeunes et proposant un ensemble d'animation en journée et des concerts en soirée).

Suite aux échanges que nous avons pu avoir avec la responsable universitaire de ce stage, il s'avère que l'ensemble des données recueillies n'est pas exploitable car les questionnaires utilisés ainsi que les lieux de diffusion n'étaient pas adéquats avec les résultats recherchés.

Ce stage a néanmoins permis de constituer un répertoire des structures intervenantes et des personnes contacts de la région.

Orientation 2011 :

En 2011 le PCPPS est sollicité par l'ARS pour réaliser un état des lieux régional des actions vie affective et sexuelle.

L'objectif est de pouvoir établir une cartographie régionale par territoire de santé en mettant en avant des actions menées (quelles actions, par qui, sur quel territoire, auprès de quel public ?...) et de relever des données épidémiologiques. La finalité est de faciliter l'aide à la décision afin de mettre en place des actions auprès de publics et/ou de territoires ciblés.

Ce projet sera donc également intégré à la commission prévention du COREVIH en fonction des besoins identifiés par celle-ci.

Animation territoriale du COREVIH

L'animation territoriale du COREVIH a pour objectif de faire connaître le COREVIH dans les différents départements en organisant des rencontres ouvertes à tous les professionnels acteurs de la lutte contre le VIH.

Le département des Côtes d'Armor : une rencontre regroupant des acteurs de lutte contre le VIH des Côtes d'Armor, la commission prévention et la coordination du COREVIH a eu lieu le 28 juin 2010. Cette réunion avait pour objectif de présenter les membres présents, les commissions du COREVIH et d'échanger autour des besoins et des atouts en matière de prise en charge sur le département.

Les structures présentes ont mis en évidence le bon fonctionnement de leur partenariat pour les prises en charge des personnes atteintes par le VIH : orientation des personnes vers les ACT lorsqu'elles rencontrent des problèmes de logement, et orientation vers Sid'Armor pour les personnes ayant besoin de soutien.

En revanche, elles déplorent le manque de connaissance (rôles, missions...) des différentes structures intervenant dans les Côtes d'Armor ainsi que l'absence d'actions en partenariat, par manque de coordination départementale.

En Ille et Vilaine : une rencontre été prévue le 21 octobre 2010. Elle a du être annulée suite à la grève générale qui avait lieu à ce moment là.

Orientation 2011 :

Dans les Côtes d'Armor et l'Ille et Vilaine : organiser des présentations du COREVIH.

Dans le Finistère et le Morbihan : prise de contact avec les différents acteurs de ces départements pour organiser à terme des rencontres départementales.

1er décembre Journée Mondiale de lutte contre le sida: coordination des acteurs

La commission prévention a participé à la définition d'un thème régional commun ainsi qu'à la diffusion des actions organisées dans la région grâce au Bulletin d'information n°5 « spécial 1er Décembre ».

En effet, Le COREVIH Bretagne a souhaité impulser une communication régionale autour du 1er Décembre, journée mondiale de lutte contre le sida. L'objectif était de mobiliser le grand public autour de la lutte contre le VIH/sida et de la lutte contre les discriminations, en augmentant son niveau de connaissance et en le sensibilisant au vécu des personnes concernées. En effet, les personnes concernées par le VIH/sida vivent encore aujourd'hui des cas de stigmatisations et de discriminations. Les traitements avancent, et les mentalités ?

Le COREVIH a mis l'accent sur «près de trente ans après l'émergence du SIDA, discrimination et stigmatisation sont toujours là : pourquoi ?»

Ce thème sera repris ensuite par la majorité des acteurs départementaux lors de leurs actions. Le COREVIH a réalisé une conférence le 23 novembre 2010 en partenariat avec [l'espace des sciences](#) de Rennes. Ceci a permis de mettre en avant les actions de proximité qui seront réalisées sur l'ensemble du territoire régional le jour même.

Retrouvez le bulletin d'information du mois de Novembre :

http://corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/bulletin_information/N05-Nov-2010.pdf

Orientation 2011 :

La commission prévention souhaite anticiper la définition d'un thème commun pour la Journée Mondiale de lutte contre le Sida 2011, en réunissant la commission le 19 avril (réunion téléphonique). Une fiche de renseignement a été conçue pour cette occasion.

Rencontre de la commission prévention

La commission s'est réunie une fois en 2010 afin de définir les axes de travail et un plan d'action.

Orientation 2011 :

Une rencontre a eu lieu en janvier 2011 afin d'accueillir les nouveaux membres de la commission. Une autre réunion est prévue le 19 avril pour aborder les projets futurs et définir le thème de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida 2011.

Informations complémentaires : [Commission Prévention](#)

5 - Éducation thérapeutique du Patient

Marie-Christine Derrien, IDE, CHU de Brest et André Blouet, IDE, CH de Quimper

En 2010, les différentes structures de santé ayant des programmes d'éducation thérapeutique ont dû déposer un dossier auprès de l'ARS, afin de disposer de l'accréditation de chaque programme. Le COREVIH a souhaité proposer une base de dossier commune aux structures ayant un programme d'ETP dans le domaine du VIH. La commission a rempli son rôle de mutualisation : à partir du dossier de demande de Rennes, une trame de dossier a été construite accompagnée de la plaquette d'information patients (Rennes) et du contrat patient du CHBA pour les annexes au dossier. Ce dernier a été ensuite envoyé à tous les centres hospitaliers bretons. Un bilan du nombre d'autorisation ainsi qu'une présentation du dossier régional sera présentée lors de la journée annuelle ETP en Bretagne en 2011.

Orientation 2011 :

Organisation d'une journée annuelle de l'ETP en Bretagne

Partage d'expériences sur le terrain

Validation des axes de progrès attendus du dossier « régional » à savoir :

- Augmenter l'offre pour atteindre l'objectif d'inclusion de la totalité des patients de la file active dans le programme d'éducation thérapeutique des personnes vivant avec le VIH
- Faire de l'éducation thérapeutique une priorité de prise en charge au même titre que la consultation médicale ou le bilan biologique, ce qui implique la mise en place d'un personnel dédié financé dans le cadre de la mission d'intérêt général « Education thérapeutique ».
- Améliorer les critères d'évaluation du programme pour les patients n'étant pas sous traitement antirétroviral.
- Elargir la participation des professionnels aux actions de formation en tant que formateurs (longue expérience acquise dans le domaine, mais possibilité limitée de participation aux programmes en l'absence de personnel dédié).
- Avec la participation du Technicien d'Etude Clinique du COREVIH, de la base de recueil de données Nadis, référencer si le programme comprend un nombre adapté de séances pour chaque patient, l'objectif initial était de proposer au moins une première séance d'éducation thérapeutique :
 1. à tous les patients chez qui une infection VIH est découverte
 2. à tous les patients initiant pour la première fois un traitement antiviral
 3. à tous les patients identifiés par l'équipe médicale, paramédicale ou sociale comme étant en difficulté soit dans la compréhension ou la perception de la maladie liée au VIH, soit en difficulté de prise médicamenteuse.
 4. et à plus long terme, à tous les patients infectés par le VIH.
 5. Accessible à l'entourage (famille, proche...) avec /ou sans le patient (charte de confidentialité)

Informations complémentaires : [Commission éducation thérapeutique](#)

6 - Commission « SOINS »

Dr. Rozenn Le Berre, CHU Brest

Le COREVIH souhaite mettre en place une commission « soins » qui a comme objectif :

- d'obtenir l'avis des patients en matière de qualité de soins
- d'évaluer le parcours de soins en Bretagne
- de proposer des solutions de prise en charge consensuelle entre les patients, les professionnels de santé et les organismes financeurs.

Pour se faire, un appel aux acteurs de la prise en charge mais aussi aux personnes concernées directement par ce parcours sera réalisé.

Un premier travail a été engagé : dans le cadre des difficultés à programmer les examens d'hôpital de jour de synthèse annuelle lors d'une même journée, le COREVIH a proposé à l'ARS de tenter une expérimentation consistant à étaler ces examens au cours de plusieurs journées. La réponse de l'ARS est positive, après contact avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie qui sont le principal obstacle habituellement à une dérogation réglementaire. Le CHU de Rennes a ensuite travaillé à mettre en place un parcours patient permettant de réaliser une facturation adéquate. Un bilan sera effectué sur l'ensemble des hôpitaux de jour de synthèse annuelle codés en 2011, avant de proposer un élargissement du dispositif à l'ensemble des structures de prise en charge de Bretagne

[Annexe 2 : Propositions du COREVIH Bretagne à l'ARS concernant les hôpitaux de jour de synthèse annuelle](#)

Actions de coordination et amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles/ modalités d'enquête
Dépistage	Tous les acteurs de prévention, du dépistage et de la lutte contre le sida : CDAG/CIDDIST, associations, personnels médecines spécialisées, SNEG,...	Les recommandations officielles (rapport d'experts, HAS*, INVS*...), l'enquête Prévagay...	Projet d'une unité mobile de dépistage commun aux quatre départements pour la réalisation des actions mobiles de dépistage et de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions menées - Nombre de personnes touchées - Population touchée - Nombre de site différent - Participation et implication département - Nombre de partenaires - Nombre de tests réalisés dont test positif au VIH et / ou VHC - Nombre d'autres actions hors dépistage réalisées - Impact sur les recommandations de la commission dépistage du COREVIH Bretagne
	Ensemble du personnel travaillant dans les structures proposant une offre de dépistage et de prévention. Pour la partie coordination : les membres de la commission dépistage COREVIH Bretagne.	Rapport YENI 2010 HAS : recommandations spécifiques dépistage généralisé CNS : recommandation dépistage généralisé RDS : Pialoux/Lert Rapport IGAS août 2010	Conformément aux recommandations du rapport IGAS, la commission dépistage du COREVIH Bretagne souhaite travailler au travers d'un inventaire de l'ensemble des structures offrant le dépistage en Bretagne. Elle désirerait proposer un outil informatique commun permettant la gestion des données patient, le bilan d'activité et le recueil de données épidémiologiques et ainsi répondre à la mission de coordination des données. Il est à noter que le logiciel NADIS n'intègre pas le relevé épidémiologique du dépistage en Bretagne. Ce recueil sera travaillé en coordination avec l'InVs.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de structures utilisant le logiciel - Nombre de réunions préparatoires - Nombre de dossiers traités - Exhaustivité du recueil - Acceptabilité du système par les consultants et les utilisateurs - Pertinence des indicateurs choisis - Partage des expériences et des données - Répartition géographique <p>Outil de suivi Tableaux de bord sur la procédure de la mise en place du logiciel rapport d'activité régional Communication du projet par le biais du site internet : www.corevih-bretagne.fr</p>
	Tous les acteurs de prévention, du dépistage et de la lutte contre le sida : CDAG/CIDDIST, associations, personnels médecines spécialisées, SNEG,...	Plan VIH 2010/2014, rapport RDRS Pialoux/Lert	Formation/ mutualisation <u>Objectif</u> : rendre opérationnel sur ce type d'interventions extérieures les acteurs de santé et les acteurs associatifs dans l'idée d'une mutualisation des compétences et des « savoir-faire ». Cette initiative permettrait de faire tomber les représentations des uns et des autres et de démystifier ces lieux.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes concernées par ces échanges - Répartition territoriale Nombre d'action de dépistage « hors les murs » en direction du public HSH - Fréquentation des CDAG/CIDDIST par le public HSH

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles/ modalités d'enquête
<u>AES</u>	Médecins hospitaliers des services de maladies infectieuses, médecins urgentistes.	Rapport d'experts, compte-rendu de la réunion scientifique de juin 2008 sur les AES, travaux réalisés à Rennes dans le cadre de l'évaluation et de la réécriture de du protocole « AES »	Réunion de la commission, enquêtes	Envoi de mails aux services d'urgences bretons, enquêtes réalisées dans les services des départements, enquêtes auprès des usagers, suivi de la mise en place accompagnée de rencontres sur sites!

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles/ modalités d'enquête
<u>Commission prévention</u>	Les collectifs 1 ^{er} décembre, personnels soignants associations et acteurs de lutte contre le sida	Plan VIH 2010/2014	Organisation et choix d'un thème régional Communication régionale par le biais du bulletin d'information du COREVIH. Thème commun Communication régionale avec en amont un colloque COREVIH	Nombre de département/ collectif impliqué Représentation territoriale Bilan régional
	Ensemble des acteurs de lutte contre le sida en Bretagne	Mission du COREVIH	Rencontre d'une ½ journée : Animation territoriale du COREVIH	Bilan départemental Nombre de participants Nombre d'initiation de projet Mutualisation entre départements Synthèse régionale

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles/ modalités d'enquête
<u>Éducation Thérapeutique du Patient</u>	Ensemble des équipes prenant en charge l'ETP en Bretagne	Décret du 10 août 2010	Dossier régional 1 journée de rencontre	Nombre de personnes présentes Nombre de structures présentes Nombre d'autorisation régionale Nombre de patients ayant bénéficié d'une ETP

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles/ modalités d'enquête
<u>soins</u>	Médecins hospitaliers suivant les patients, virologues, pharmacologues, pharmacovigilance, cliniciens	Rapport Yéni 2010	Réunions de concertation multidisciplinaire : visioconférence mensuelle de tous les services de soins participants à l'activité du COREVIH	Listes d'émargement, nombre de dossiers discutés, nombre de sites participants, nombre de participants
	Ensemble des centres hospitaliers, ARS, CPAM	Rapport Yéni 2010 (page 390 – 393) circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 annexe 4 circulaire n°DHOS/M2A/DGS/R12/2007/415 du 19 novembre 2007 annexe 5 Tarification T2A annexe 6	Travail sur la procédure de codification des hôpitaux de jours annuels de synthèse	Possibilité d'étaler les recours sur 2 mois afin de faciliter la mise en place des examens nécessaires
<u>Réunions scientifiques</u>	Ensembles des acteurs du territoire	Rapport d'experts, HAS, INVS, ORSB, Rapport de la cours des comptes, revues médicales à comité de lecture...	Réunions d'informations	Invitations, feuille d'émargement

D.4 Activités internationales

De nombreux hôpitaux rattachés au COREVIH Bretagne disposent de programmes de coopération internationale dans le domaine du VIH, dans le cadre de l'initiative ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau) résumés dans le tableau ci-dessous.

La coordination de l'activité de coopération internationale dans le domaine du VIH étant une mission du COREVIH, le bureau a réfléchi à la possibilité, outre les actions engagées par chaque structure individuellement, à une coopération qui pourrait engager l'ensemble des acteurs volontaires à l'échelle de la région. ESTHER a sollicité le COREVIH pour intervenir en Haïti, autour de la reconstruction des unités de maladies infectieuses de l'Hôpital principal de Port-au-Prince, et d'un soutien aux centres du réseau [GHESKIO](#). Le bureau a approuvé le dégagement du financement nécessaire à une mission exploratoire conjointe avec l'ensemble des acteurs coordonnés par ESTHER sur ce projet, mais celle-ci n'a pu avoir lieu en 2010 du fait des troubles postélectorales en Haïti.

En 2010, le président du COREVIH Bretagne a rencontré le chargé de la coopération internationale au Conseil Régional de Bretagne, M. Pierre-Yves Le Chat, afin de partager les expériences des deux structures. Nous n'avons pas de région commune d'intervention. Le conseil régional met en place un partenariat avec la région [d'Anosy](#) à Madagascar avec une composante santé, dans laquelle le COREVIH pourrait s'inscrire.

Retrouvez plus d'informations : [Coopération internationale](#)

Centre Hospitalier « Nord » impliqué dans le programme ESTHER	Brest	Rennes	Saint-Brieuc	Vannes
Services impliqués (coordination/participants)	Médecine Interne	Maladies infectieuses Virologie Hygiène Parasitologie Services techniques	Service des maladies infectieuses	Médecine Interne/services techniques, laboratoire microbiologie, bloc opératoire, IFSI
Partenariat Sud	Cambodge : Siem Reap	Burundi : Hôpital Prince Régent Charles, Centre de médecine communautaire de Buyenzi, collectif inter associatif. DIU région des grands lacs Liberia : hôpital JFK	Niger : Agadez	Côte d'Ivoire : Hôpital Méthodiste Dabou
Date signature convention ESTHER		2006 (Burundi) 2008 (Libéria)		2005
Jumelage local, départemental ou régional associé	Non	Non	Oui (conseil général)	Non
Nombre de stagiaires accueillis		30 (2006-2010)		5
Nombre de missions sur place (nombre de professionnels différents)		80 missions entre 2005 et décembre 2010 (25)		4 (9)
Estimation file active 2009 de la (des) structure(s) sud		5000		2000
Budget total dernière convention financière (Nord/Sud/date)		95 854.00 € (32 430€ / 63 424€/juin 2009)		33 700 euros (22 300 / 6 400/juin 2010)

E-PROGRAMME DE TRAVAIL EN 2011 - CONCLUSION

E.1 Planning réunions 2011

Date	Thème	Horaires	Lieu
mardi 4 janvier 2011	Réunion Bureau	17h30 - 19h30	Visioconférence
13-14 janvier 2011	Journées du Mt Saint Michel		Mont St Michel
mercredi 9 février 2011	Réunion Plénière	14h30 - 17h30	Vannes
Lundi 14 mars 2011	Réunion Bureau	17h30 - 19h30	Visioconférence
Mardi 29 mars au lieu du 31/3	Post Croi	17H30	TNB Rennes
mardi 5 avril 2011	Réunion Plénière seulement	14h00 - 17h00	CHIC Quimper
jeudi 26 mai 2011	Réunion scientifique X2 (ETP)	Journée	CHU Rennes
Mercredi 22 juin au lieu du 8/6	Réunion Bureau	14h30 - 16h30	CH Saint-Brieuc
mardi 27 septembre 2011	Réunion Bureau Réunion scientifique	14h30 - 16h30 à 17h00	CHU Brest - Cavale Blanche
mercredi 19 octobre 2011	Réunion Plénière (renouvellement COREVIH)	14h30 - 17h30	Rennes - ARS
mardi 15 novembre 2011	Réunion Bureau	14h30 - 16h30	CH Lorient
mardi 13 décembre 2011	Réunion scientifique	Journée	CHU Rennes

F- METHODE D'ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH

En l'absence de base de données commune à l'ensemble des sites, voire à l'absence complète de base dans certains sites jusqu'au début de l'année 2010, le recueil d'activité a été fastidieux et a nécessité la création de nouvelles bases de données transitoires. Celles-ci devaient répondre à deux objectifs :

- Disposer des données médico-épidémiologiques considérées comme « essentielles » pour 2010.
- Servir de socle à l'installation de la future base de données commune Nadis®.

Les quatre Techniciens d'Etudes Cliniques du COREVIH se sont focalisés sur le travail de création puis d'alimentation de ces bases intermédiaires.

L'un des principaux manques de ce rapport médico-épidémiologiques et de ne pouvoir fournir de données évolutives en fonction des années antérieures, puisque c'est la première année que nous pouvons proposer des données « agrégées » de l'ensemble des sites bretons de prise en charge. Un rapport complémentaire concernant l'évolution des données depuis 2000 pour la file active du CHU de Rennes sera disponible sur le site du COREVIH.

Ce chapitre permet de mieux comprendre la façon dont ont été constituées ces bases, et d'en définir les « limites ».

Recueil des données concernant :

→ L'ensemble de la population VIH en Bretagne en 2010, y compris les patients décédés durant l'année.

Pour les sites de **Brest** (Service de Dermatologie, maladies infectieuses et hôpital d'instruction des armées), **Lorient**, **Morlaix**, **Saint Briec**, **Saint Malo** et **Vannes** :

- 1) Création d'une base de données Excel servant d'interface au transfert vers eNadis en collaboration avec le concepteur du logiciel.
- 2) Mise en place de cette base dans les centres
- 3) Recueil des données prédéfinies avec les logiciels déjà existants, les dossiers papiers, l'aide des secrétaires, infirmières et des médecins.
- 4) Extraction de ces données pour le rapport d'activité

Difficultés rencontrées :

Ancienneté de certaines sérologies ou PCR

HCV (guéri ou non, traité/non traité, en cours de traitement, traitement à venir...)

Brest (service Médecine Interne) :

Base de données déjà existantes et mise à jour par le médecin en charge du service.

Extraction des données demandées dans le rapport d'activité 2010.

Quimper : Extraction faite à partir de la base "Suivih" déjà existante

Rennes : Extraction à partir du DMI2, uniquement jusqu'au 15/10/2010.

Entre le 15 octobre et le 31 décembre 2010, les données des nouveaux patients dépistés et des nouveaux patients suivis à Rennes ont été recensées à partir des dossiers sources et d'une base Excel créée à partir des fiches récapitulatives de consultation.

Les statistiques faites à partir du DMI2 ont été établies sur la file active du 1er janvier au 15 Octobre 2010.

→ Les principales activités hospitalières

Rennes/ Vannes : Requêtes faites par le DIM et à l'aide des tableaux récapitulatifs des secrétaires

Autres sites : Requêtes faites par les DIM des différents sites à partir du codage CIM10

→ AES

Brest, Lorient, Quimper, Saint Briec, Saint Malo et Vannes : Mise en place d'une base de données Excel d'où une extraction a été effectuée.

Brest, Quimper, Morlaix : Contact avec la Médecine du travail afin d'obtenir les chiffres des AES professionnels au niveau de chaque établissement

Rennes : Données récupérées à l'aide du rapport sur les AES fait par le médecin référent du service.

→ Activité d'éducation thérapeutique

Brest, Lorient, Quimper, Vannes : Mise en place d'une base Excel, actualisée par les TECs et les infirmières du service d'où les données ont été extraites pour le rapport d'activité.

Rennes : Extraction à partir d'un logiciel déjà existant

Difficultés rencontrées :

Certains sites ne font pas d'ETP (Brest / service de dermatologie, Morlaix, Saint Briec et Saint Malo), dans d'autres les séances ont lieu mais ne sont pas comptabilisées, ou le recueil de l'information est erroné dans les bases existantes.

→ Les activités de l'assistante sociale, la diététicienne et la psychologue

Prise de contact avec les différents acteurs de chaque centre

Quimper : Données récupérées auprès de l'AS et de la psychologue, ainsi que par l'intermédiaire de l'infirmier pour la partie diététique.

Vannes : Diététicienne : mise en place d'une base de données

Assistante sociale : Adaptation de la base déjà existante

Rennes : Récupération des données auprès de l'assistant social, la psychologue et la diététicienne

Difficultés rencontrées :

Absence de psychologue, d'assistante sociale ou de diététicienne dans le service.

Données non communiquées par le psychologue du fait de leur confidentialité.

Un grand nombre de données ne sont pas informatisées.

→ Le secteur pédiatrique

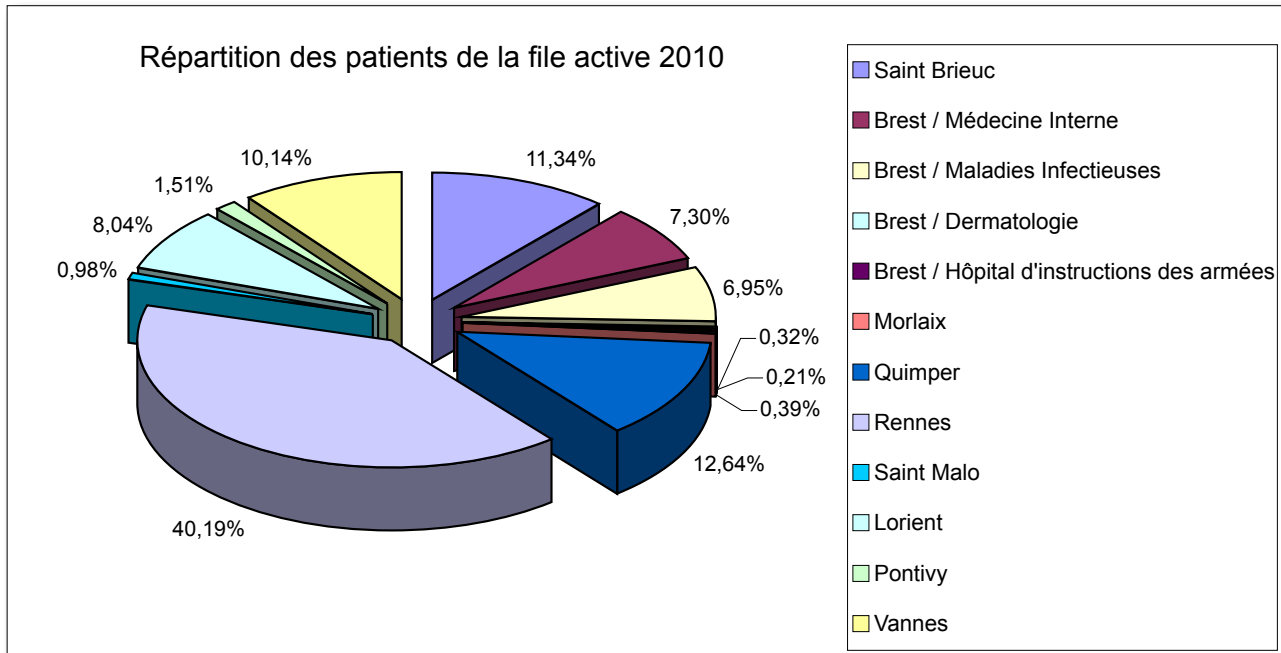
Rennes : Extraction des données à partir du DMI2. Le recensement des nouveaux-nés et des enfants suivis en 2010 a été effectué à partir des fiches fournies par les pédiatres de l'hôpital sud.

Autres sites : Recueil des données fait auprès des pédiatres des différents centres.

G-ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH

G.1 La file active du COREVIH en 2010

Avec 2860 patients ayant eu au moins un recours dans les centres participant au recueil de données, on peut considérer que la file active du COREVIH-Bretagne a été quantitativement stable en 2010 par rapport à l'année précédente, même si la méthodologie de recueil n'est pas parfaitement identique. Nous devrions disposer de données plus fiables à partir de

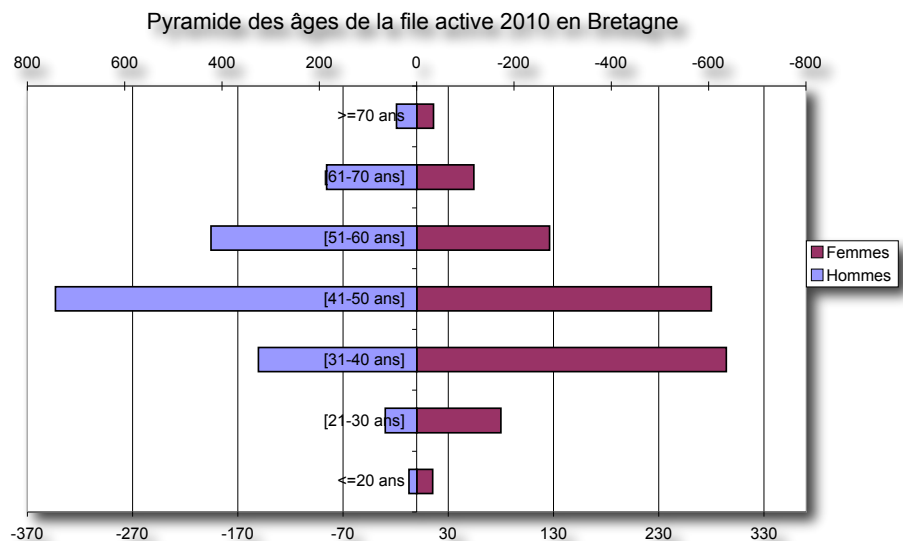


2011. Au sein de cette file active, les items recueillis et collectables sont différents d'un site à l'autre : nous avons rapporté chaque analyse au nombre de patients pour lesquels les items étaient renseignés et extractibles dans les différentes bases. Un peu moins de la moitié de la file active est suivie dans le service de maladies infectieuses du CHU de Rennes ; les services de médecine interne du CH de Vannes, le réseau Ville-Hôpital de Quimper et le service de maladies infectieuses du CHU de Brest suivent chacun un peu plus de 10% de la file active. Quelques services ayant débuté la prise en charge du VIH récemment (St Malo, Morlaix) ont des files actives beaucoup plus réduites.

G.2 Caractéristiques de la file active bretonne

Sex-ratio, age

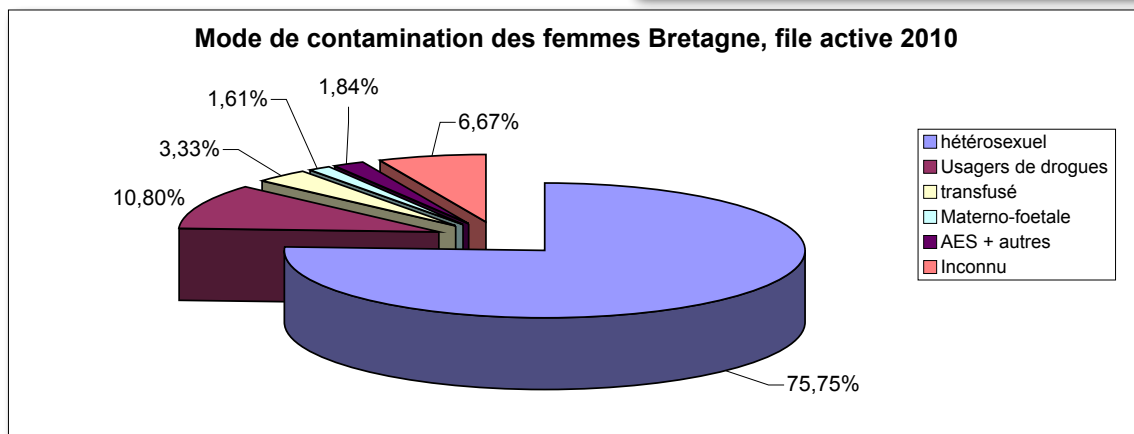
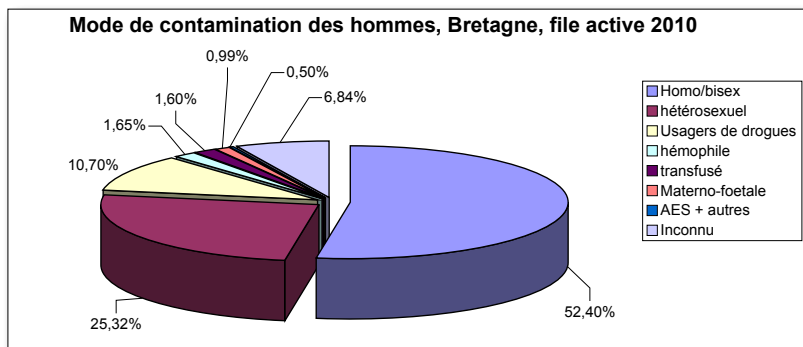
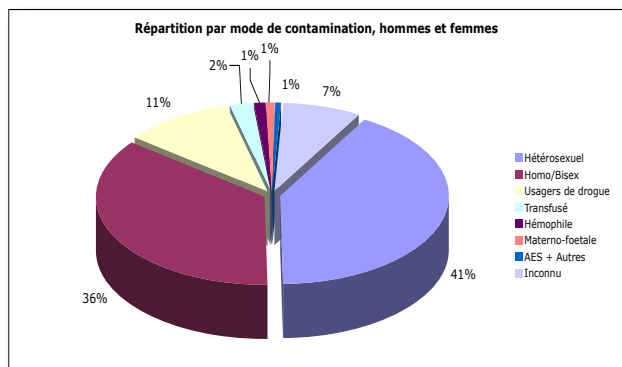
Le sexe ratio est de 0,48, soit **environ 2/3 d'hommes pour un tiers de femmes**. Cette donnée a tendance à évoluer dans le temps, la proportion du nombre de femmes tendant à augmenter très lentement depuis plusieurs années : on peut rapprocher cette donnée du fait qu'en 2010, les proportions homme-femme concernant les découvertes de séropositivité sont les mêmes : 2/3-1/3... Nous sommes encore loin de la parité. L'âge médian varie de 40 à 49 ans en fonction des sites, montrant bien le vieillissement progressif de la population prise en charge. Près de 850 des patients suivis en Bretagne (soit 32% de la file



active) à plus de 50 ans. Les hommes sont globalement un peu plus âgés que les femmes.

Modes de contamination

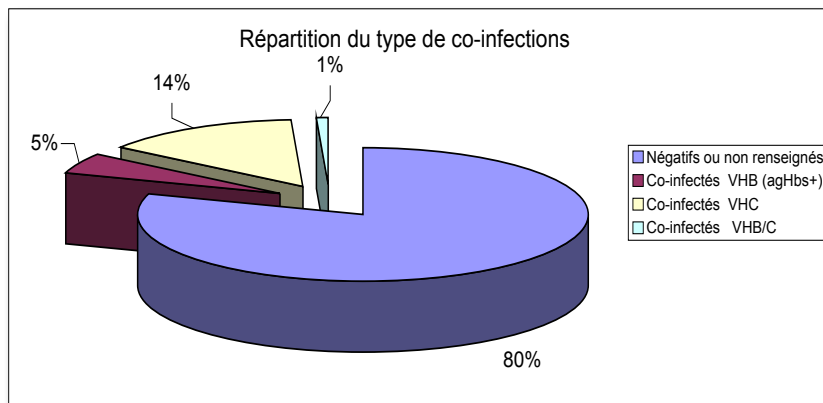
Les modes de contaminations de la file active de Bretagne montre une grande proportion d'hommes contaminés suite à des relations avec d'autres hommes. Lorsque l'on analyse de manière concomitante les modes de contamination des hommes et de femmes, la contamination hétérosexuelle est discrètement majoritaire (42%) sur l'ensemble de la file active. Mais si l'on considère les modes de contamination des hommes uniquement, **la contamination homo/bisexuelle est majoritaire**, et la contamination hétérosexuelle ne concerne qu'un quart des hommes actuellement suivis.



Co-infections par les virus des hépatites

L'item co-infection n'étant pas systématiquement renseigné (400 patients « non-renseignés »), nous avons pris le parti contestable de calculer la prévalence en considérant que les « non-renseignés » étaient négatifs. En 2011, nous disposerons de l'intégralité des données et pourront calculer une vraie prévalence.

La prévalence des co-infections en 2010 est assez faible par rapport aux chiffres nationaux et à ceux qui étaient antérieurement connus pour la région. **Un peu plus de 5%** (7% si l'on ne tient compte que des renseignés) **de la file active est co-infectée par le VHB (AgHBs+)**, et **14% co-infectés par le VHC** (21% si l'on ne tient compte que des « renseignés »), dont 22 patients porteurs de la triple infection. Il ne nous est pas possible, avec les données actuelles, de

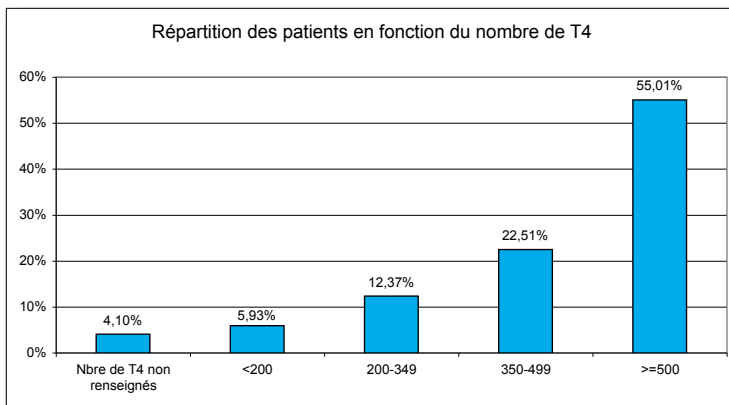


préciser le statut exact des patients infectés par le VHC, car certains centres recueillent l'item VHC comme étant une sérologie positive, d'autres une PCR positive, certains patients sont guéris suite au traitement spécifique de l'hépatite etc...

Nous serons particulièrement attentif en 2011 à obtenir des données précises, quitte à « retourner à la source » du dossier pour l'ensemble des patients pour lesquels une co-infection a été mentionnée dans l'histoire.

Charges virales et CD4

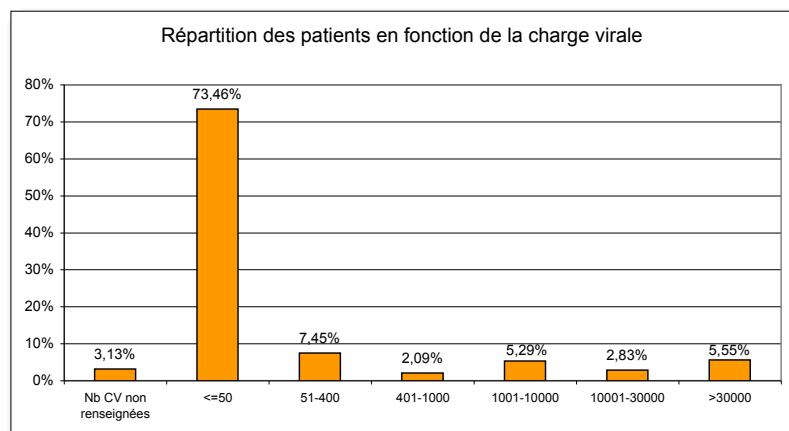
Près de 80% des patients suivis ont actuellement plus de 350 CD4/mm³, qui est le niveau habituel où l'on considère que l'on est à l'abri des infections opportunistes. Néanmoins, les données de la littérature indiquent que seuls les patients ayant plus de 500 CD4 de façon prolongée et une charge virale indétectable sous traitement sont susceptibles de rejoindre les taux de mortalité de la population générale. **Seuls 55% des patients de la file active ont des CD4 > 500/mm³**.



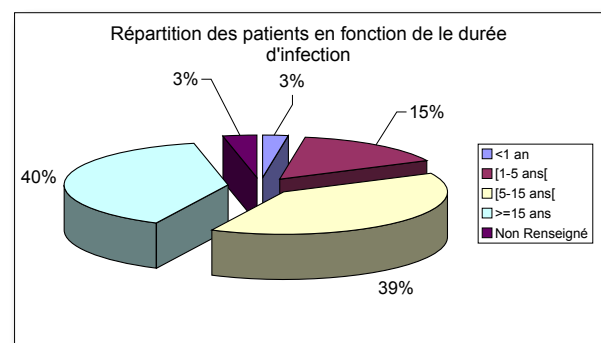
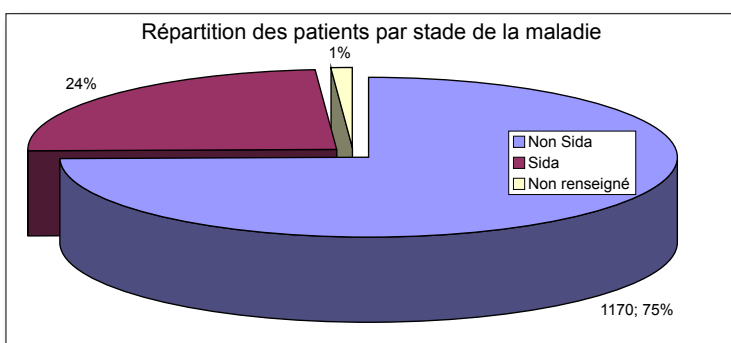
Les données de charge virale montrent que seulement **73% des patients suivis en Bretagne ont une charge virale indétectable** (patients traités ou non-traités, critères « dernière charge virale réalisée en 2010 indétectable »). Ces chiffres sont très variables d'un centre à l'autre : si l'on écarte les structures de soins prenant en charge moins de 30 patients (ou la puissance statistique est trop faible), **la proportion de charges virales indétectables varie de 56% à 79% de la file active en fonction de la structure**. Cela nécessitera une analyse plus fine des données,

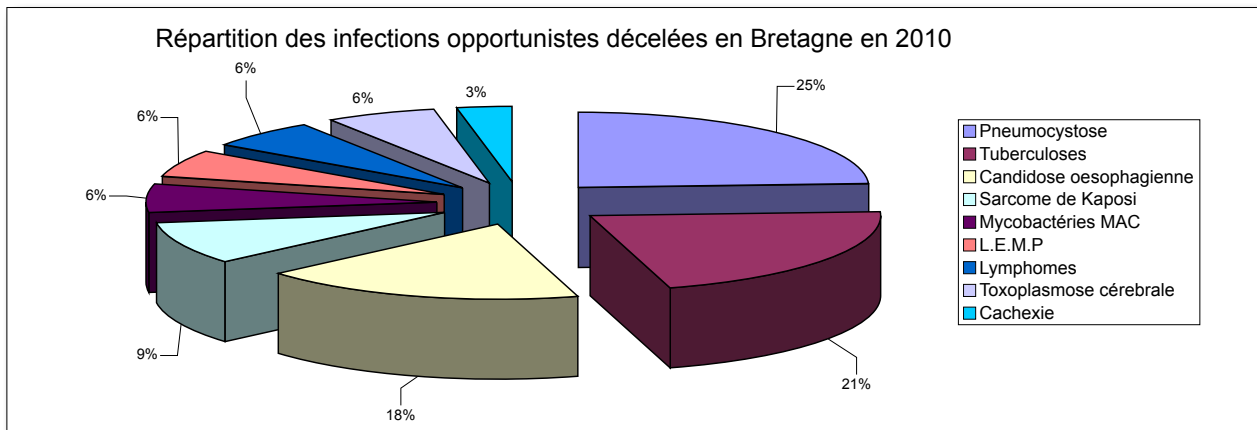
afin d'essayer de comprendre les raisons de ces différences, la proportion de patient ayant une charge virale indétectable faisant partie des indicateurs qualités retenus par les experts. Cette analyse prenant en compte les patients traités et les patients non-traités, elle peut être notamment influencée par la proportion de patients récemment dépistés (et non encore traités).

Près d'un quart de la file active a atteint à un moment ou à un autre le stade SIDA, ce qui illustre deux paramètres très différents : un caractère plutôt négatif, qui est le fait d'un dépistage encore très tardif pour certain patient (voir l'analyse des découvertes de séropositivité) d'une part ; et d'autre part un caractère plutôt positif, qui est notre capacité à restaurer l'immunité de patients arrivés au stade sida. Théoriquement, l'évolution de la file active, avec son vieillissement progressif, devrait nous amener à voir diminuer la proportion de sida au fil des années.

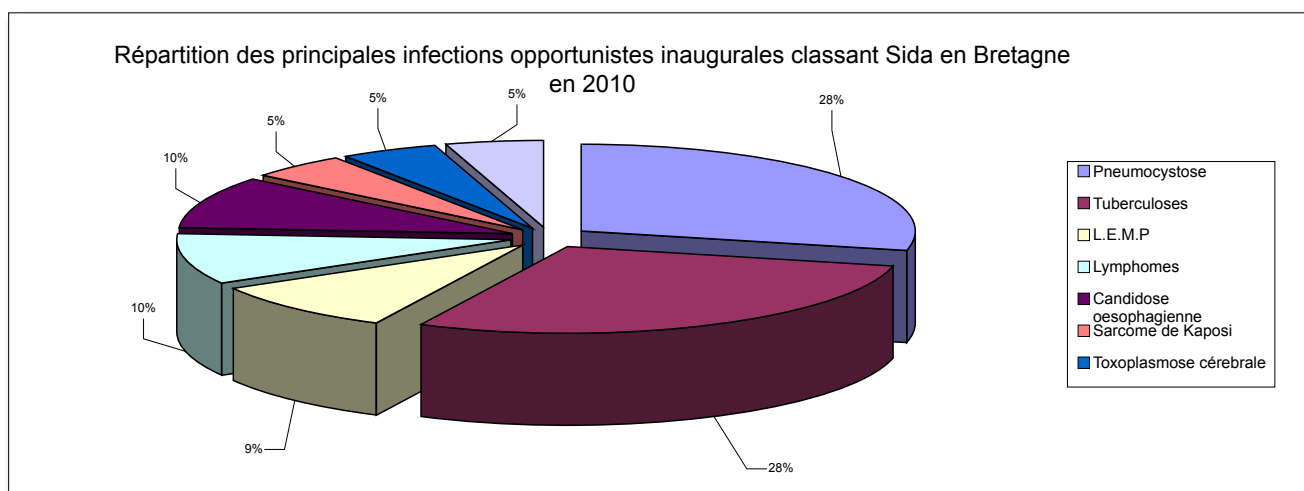


Il est d'ailleurs remarquable qu'une proportion importante de patients (plus de 40%) soit suivie depuis plus de 15 ans.





Les outils dont nous disposons aujourd'hui ne nous permettent pas une analyse fine des comorbidités, les bases de

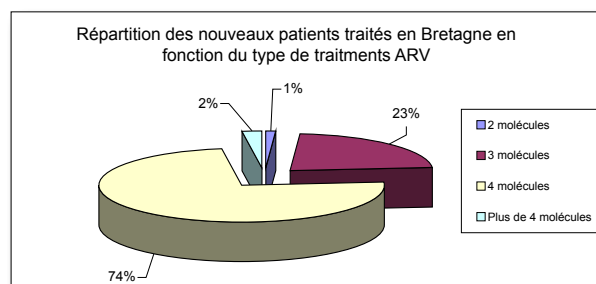
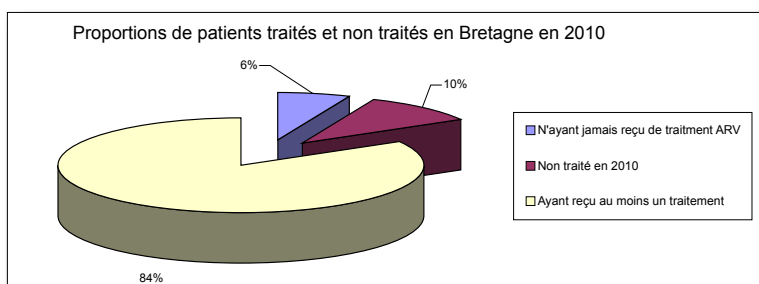


données étant plutôt orientées vers le recueil des événements classant Sida. En 2010, nous avons recensé 33 événements classant Sida pour l'ensemble de la file active. **Pneumocystose et tuberculoses restent les événements majoritaires**, surtout si l'on considère les événements opportunistes « inauguraux » du Sida.

Les traitements antirétroviraux

En 2010, seulement 6% de la file active n'avait jamais reçu de traitement antirétroviral, et 84% des patients était sous traitement. Un peu plus de 10% a déjà reçu un traitement, mais n'en reçoit plus au cours de l'année (suspension transitoire, arrêts après traitement en cours de grossesse, arrêt après traitement d'une primo-infection etc ...).

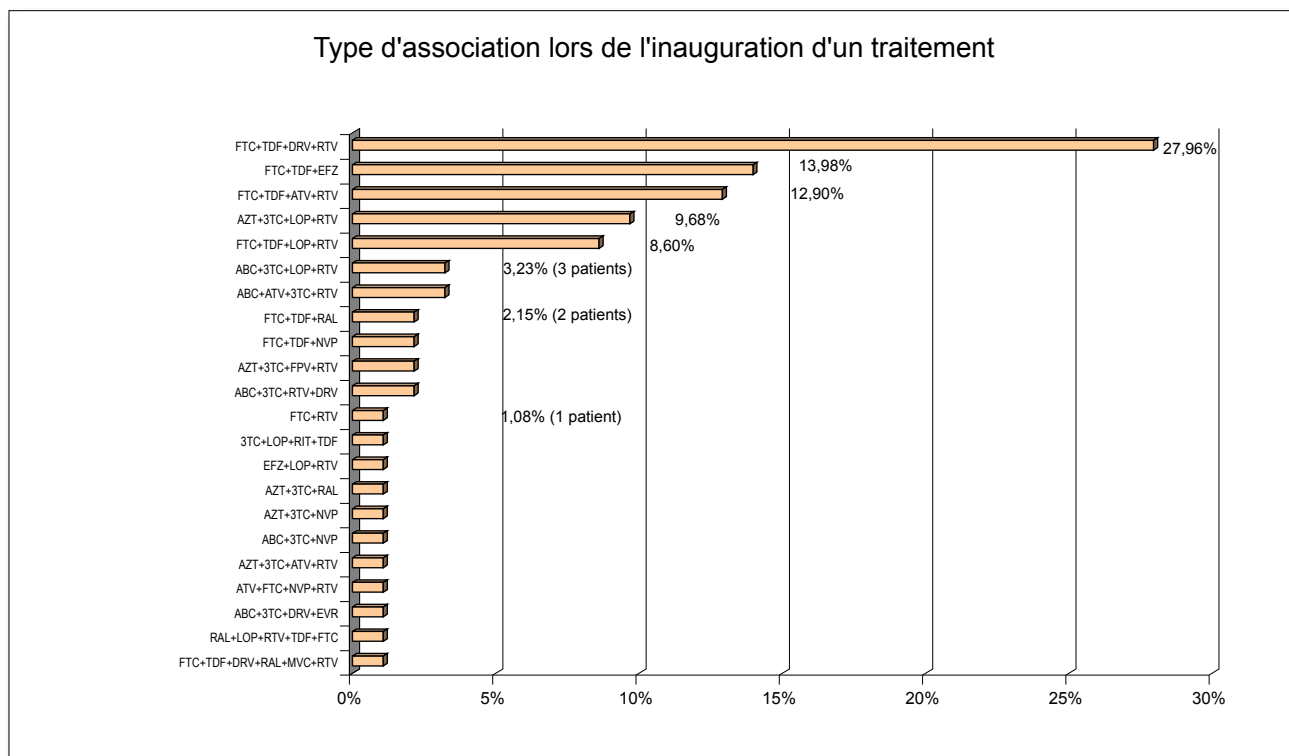
Le mode de recueil n'a pas permis cette année de distinguer les personnes bénéficiant de vrais quadrithérapies, des patients recevant une trithérapie renforcée par de faibles doses de ritonavir. **Afin d'avoir une idée plus précise de ce**



que sont les habitudes de prescription en Bretagne, nous avons concentré notre analyse sur les 93 patients ayant bénéficié pour la première fois d'un traitement en 2010. Il peut

s'agir de personnes antérieurement suivies et pour lesquelles l'indication de traitement est apparue en 2010, ou de personnes ayant découvert leur infection en 2010 à un stade où le traitement est déjà indiqué. Ainsi, la majorité des patients nouvellement traités reçoivent 4 molécules différentes, et 23% bénéficient de 3 molécules (qui sont dans ce dernier cas le plus souvent l'association d'un non-analogue nucléosidique à deux analogues nucléosidiques).

Le nombre de combinaisons inaugurales différentes est très élevé, illustrant la variété des choix possibles. Dix sept patients débutent leur traitement avec une association basée sur un non-analogue nucléosidique et deux nucléosidiques/nucléotidiques, plus fréquemment l'efavirenz (13) que la nevirapine (4), ce qui n'est pas surprenant en traitement inaugural, la nevirapine ne pouvant être prescrite dans ce contexte que chez les femmes ayant moins de 250

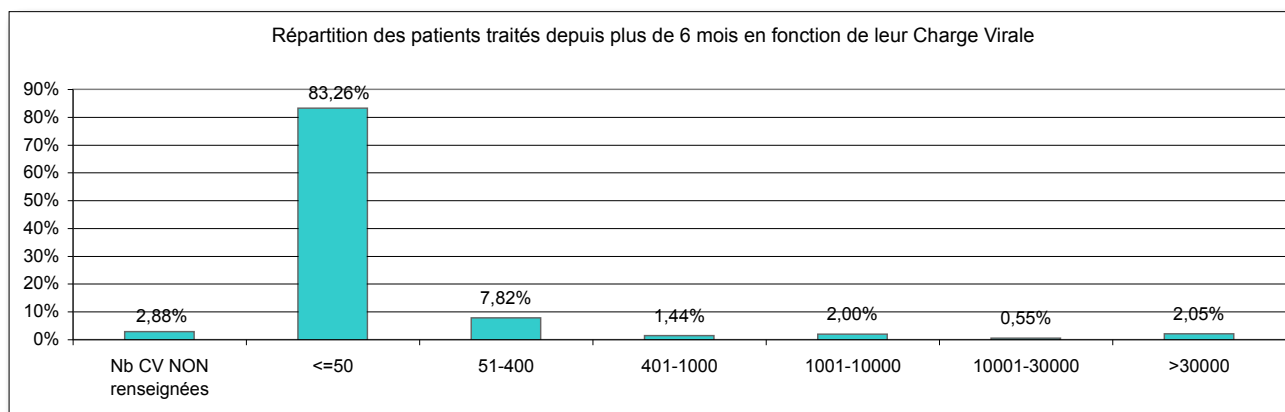


CD4/mm³ ou les hommes ayant moins de 350 CD4/mm³. Soixante-neuf patients débutent leur traitement avec une association basée sur un inhibiteur de protéase et deux analogues nucléosidiques/nucléotidiques, essentiellement darunavir (28), lopinavir (22), atazanavir (16) et fosamprenavir (2).

Un certain nombre de combinaisons « non-conventionnelles » justifieraient d'une évaluation des pratiques professionnelles afin de mieux comprendre et analyser les motivations de ces combinaisons particulières : pentathérapie d'emblée, bithérapies, utilisation en première intention d'un inhibiteur d'intégrase, association d'inhibiteurs de protéase et de non-analogue nucléosidique. L'association AZT/3TC/Lopinavir correspond essentiellement aux initiations de traitement chez les femmes enceintes.

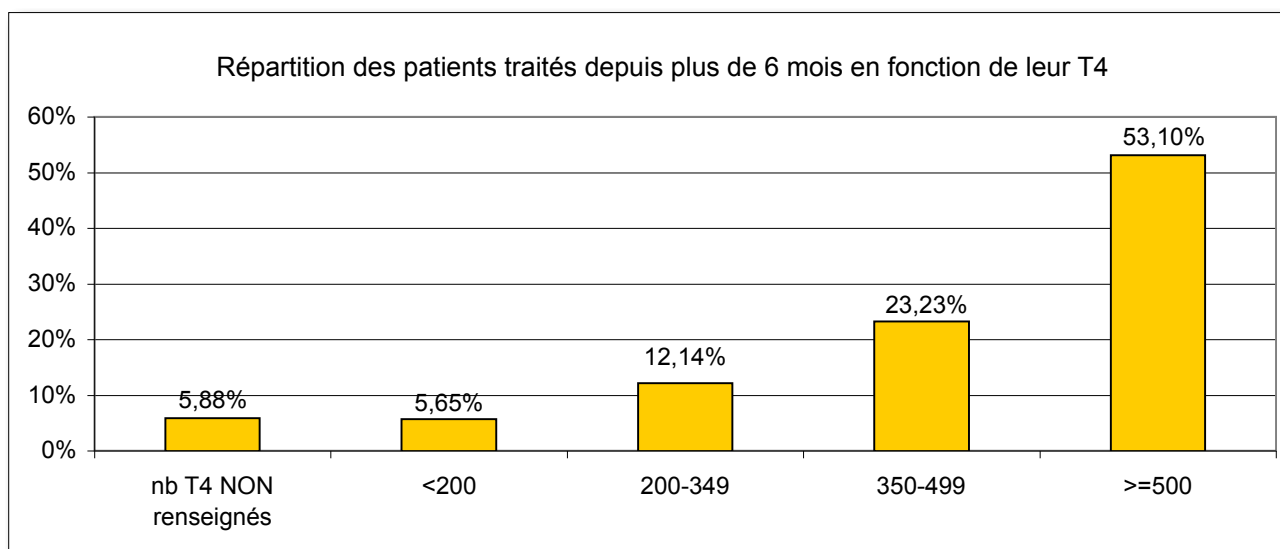
Efficacité des traitements

Nous avons analysé les données des **1804 personnes ayant reçu un traitement de plus de 6 mois**. Les recommandations 2008 fixaient comme objectif d'obtenir une charge virale indétectable 6 mois après l'initiation de la thérapie antirétrovirale, et c'est le critère de temps que nous avons retenu. Néanmoins, des données plus récentes montrent qu'une proportion faible mais non négligeable de charges virales ne devient indétectable qu'entre le 6^{ème} et le



12^{ème} mois. **L'objectif de 80% de charges virales indétectables après au moins six mois de traitement est atteint, et près de 90% des patients traités ont une charge virale < 400 copies/mL.** Il va être important de consacrer nos efforts aux 10% de patients ayant une charge virale >400 copies/mL après au moins six mois de traitement, notamment par un renforcement de la prise en charge sociale et psychologique, ainsi qu'une amélioration de l'accessibilité aux programmes d'éducation thérapeutique.

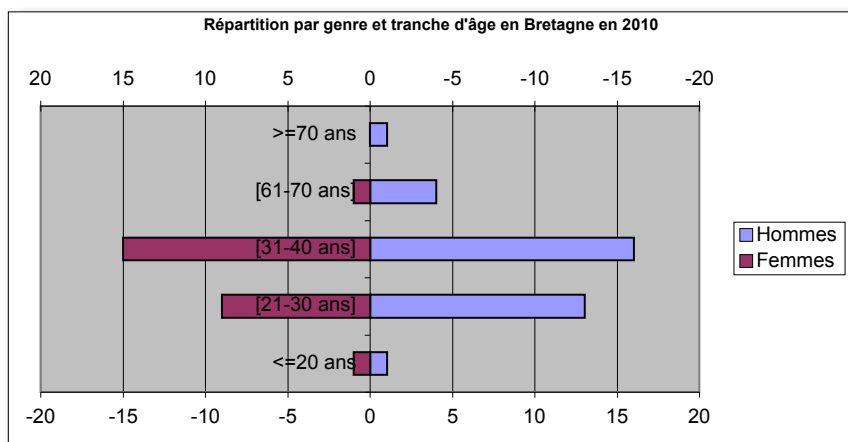
On constate que les CD4 de plus de la moitié des patients sous traitement sont supérieurs à 500/mm³, mais qu'il reste une proportion significative de patients encore immunodéprimés (CD4<350/mm³, près de 18% des patients traités) 6 mois après le début du traitement.



G.3 Nouveaux patients suivis en Bretagne

Département	Ville	File active totale	Hommes*	Femmes*	Total
Côtes d'Armor	St Brieuc	323	15	17	32
	Total Côtes d'Armor	323	15	17	32
Finistère	Brest (Médecine Interne)	208	3	4	7
	Brest (Maladies infectieuses)	198	13	4	17
	Brest (Dermatologie)	6	3	0	3
	Morlaix	11	2	1	3
	Quimper	360	11	13	24
	Total Finistère	783	32	22	54
Ille-et-Vilaine	Rennes	1145	50	24	74
	St Malo	28	4	1	5
	Total Ille-et-Vilaine	1173	54	25	79
Morbihan	Lorient	229	15	4	19
	Vannes	289	15	1	16
	Total Morbihan	518	30	5	35
Total régional		2797	131	69	200

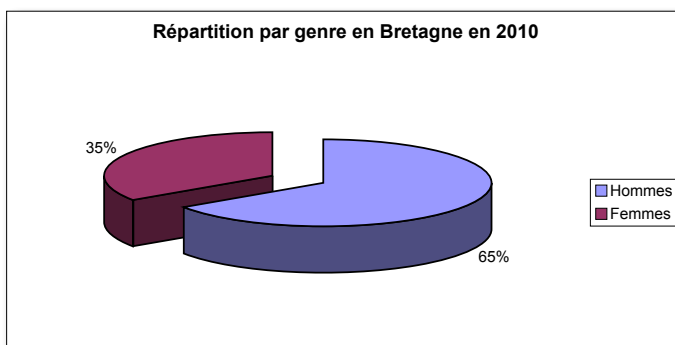
* vu(e)s pour la première fois en 2010 dans l'un des centre participant au recueil de données



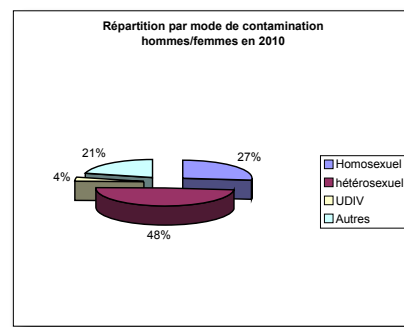
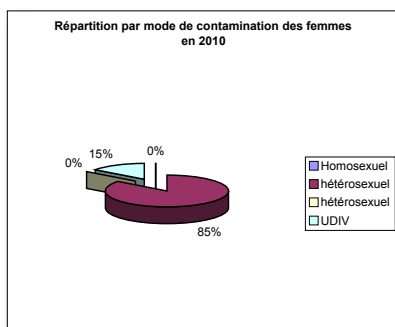
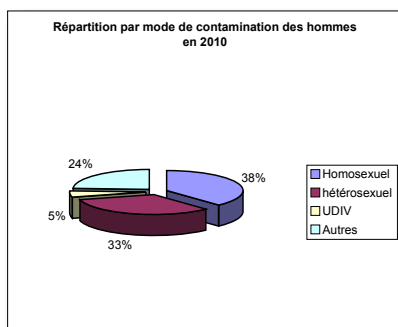
Ils représentent 5 à 10% de la file active selon les sites ; parmi ces 200 personnes, 113 ont découvert leur séropositivité au cours de l'année 2010. Les autres étaient antérieurement suivis en dehors de la Bretagne et ont consulté au moins une fois en 2010 dans l'un des centres participant au recueil d'activité. Les hommes sont un peu plus âgés que les femmes, comme dans la file active globale. **L'âge médian varie de 31 ans à 57 ans en fonction**

du site de prise en charge !

L'analyse des caractéristiques de cette population est particulièrement intéressante, car elle donne une image indirecte de la qualité de notre politique de dépistage (celui-ci a-t-il été réalisé suffisamment précocement ?) et des principaux groupes à risque dans la région, pour lesquels nous pouvons cibler des actions de prévention après analyse des causes de retard de dépistage. Ces découvertes de séropositivité représentent 4% de la file active de la région, la moitié d'entre elles se situant en Ile et Vilaine.



Ce sont très majoritairement des hommes (70%) dont un peu plus d'un tiers, au moins, s'est contaminé via des relations avec d'autres hommes. Le mode de contamination est mal renseigné chez les hommes,

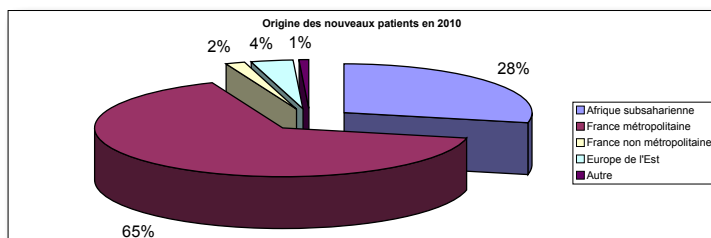


puisqu'un peu plus de 20% sont dans la catégorie « mode de contamination autre, inconnu ou non renseigné », ce qui est beaucoup trop.

Il sera nécessaire que nous renseignions mieux cet indicateur dans les années à venir, car le suivi de l'évolution des modes de contamination est un bon indicateur de notre capacité à améliorer les performances du dépistage. **La**

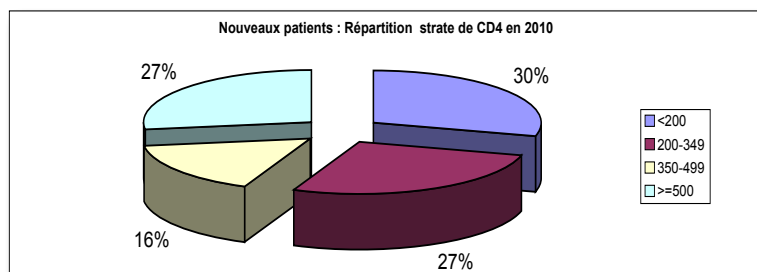
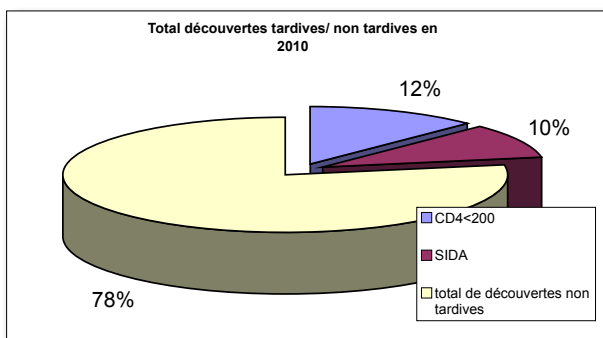
proportion de migrants originaires d'Afrique subsaharienne est également importante, puisqu'elle représente près de 30% des nouvelles découvertes.

Le stade d'évolution de la maladie est également un indicateur important : si l'on prend en compte le nouveau seuil de mise sous traitement des recommandations du

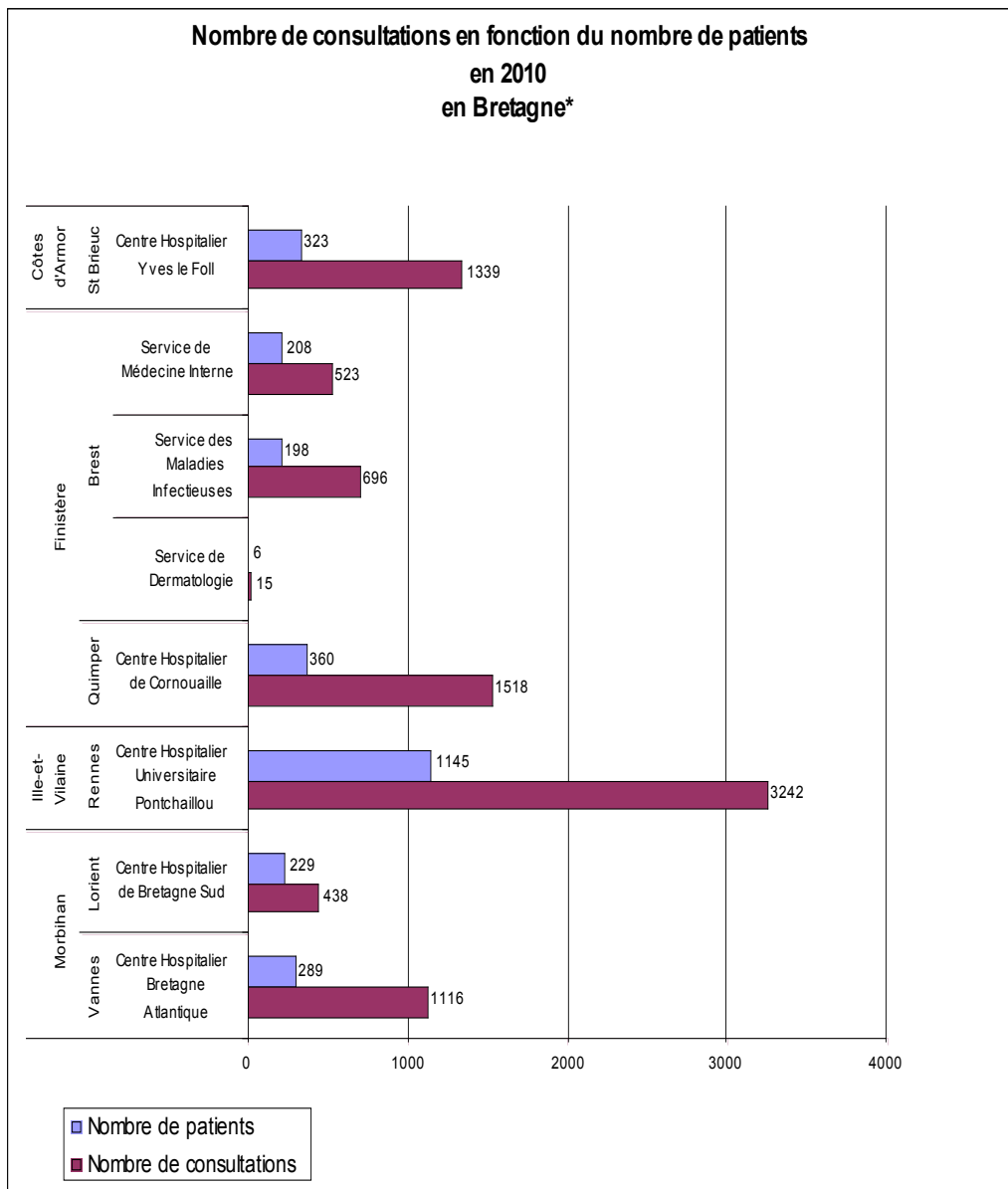


rapport d'expert 2010, la plupart des découvertes se font alors que les patients sont déjà en indication thérapeutique : quarante des 55 patients pour lesquels l'item CD4 a été renseigné ont moins de 500 CD4 : nous avons encore de gros efforts à faire en termes de diagnostic précoce de l'infection...

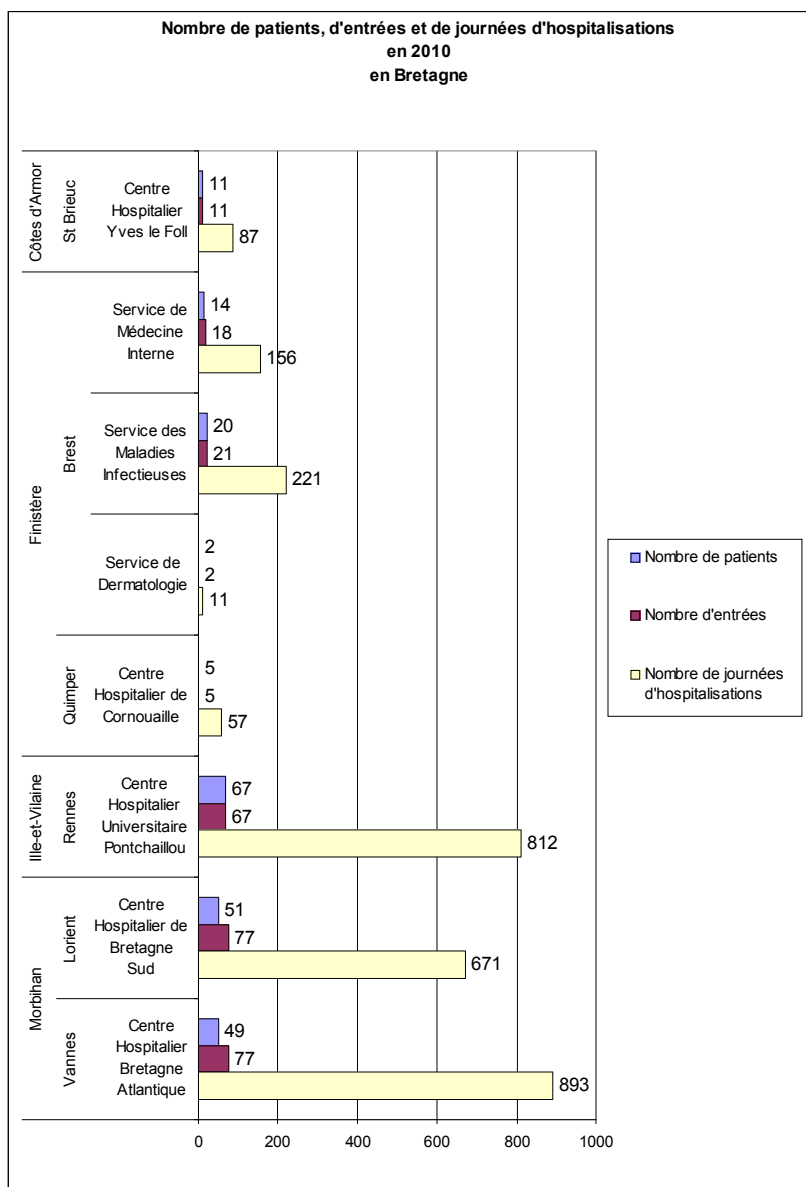
La co-infection avec les virus des hépatites est plus rare aujourd'hui : seulement 2% des nouvelles découvertes d'infection VIH en 2010, avec une part quasi-égale pour l'hépatite C (5 patients) et B (4 patients).



G.4 Données d'activité

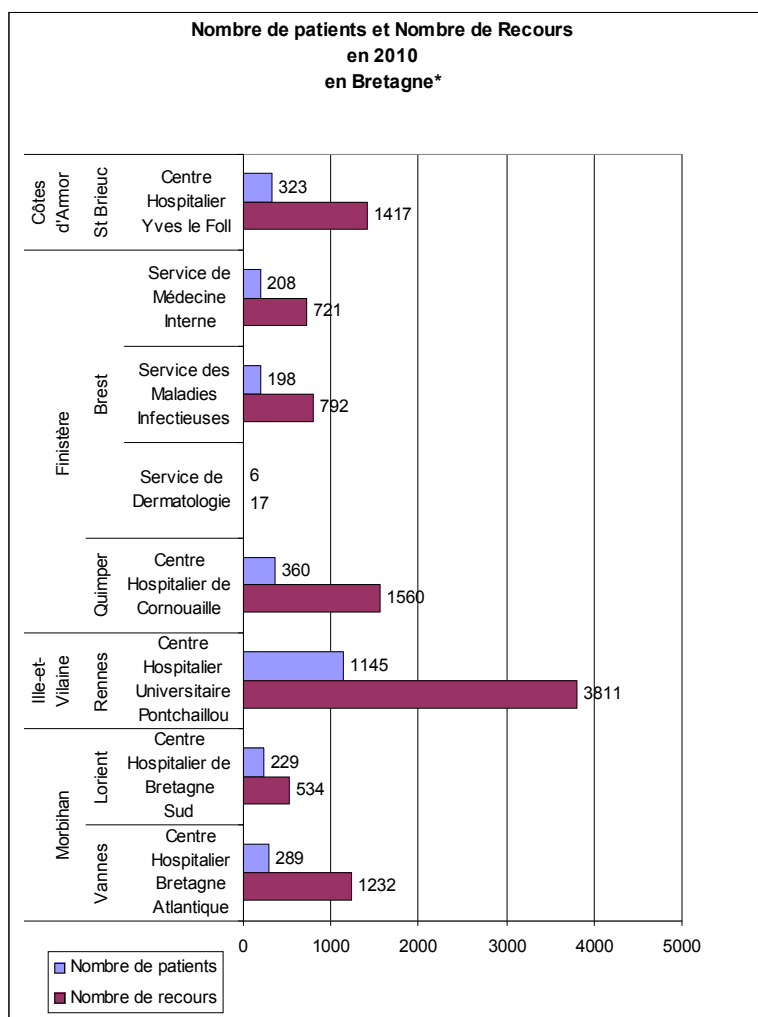


La mise en place progressive des hôpitaux de jour de synthèse annuelle, encadré par la circulaire d'octobre 2007 et le rapport d'expert 2010, ne permet pas encore de juger de l'impact de cette nouvelle organisation sur l'activité d'hospitalisation de jour. Celle-ci a été très fluctuante dans les structures prenant en charge des



patients infectés par le VIH, au gré de l'évolution épidémiologique d'une part mais surtout des méthodologies de cotation et de l'application des textes réglementaires.

On peut néanmoins constater que le nombre moyen de recours est assez variable d'une structure à l'autre, allant de 2,33/patient au CH de Lorient à 4,4/an au CH de St Brieuc.



Il est impossible, avec les données dont nous disposons, d'analyser les causes de ces divergences, qui peuvent être influencées par de très nombreux facteurs : stade évolutif des patients, comorbidité (la mortalité dans la file active de St Brieuc a été particulièrement élevée en 2010), densité de l'environnement hospitalier en médecins généralistes etc...

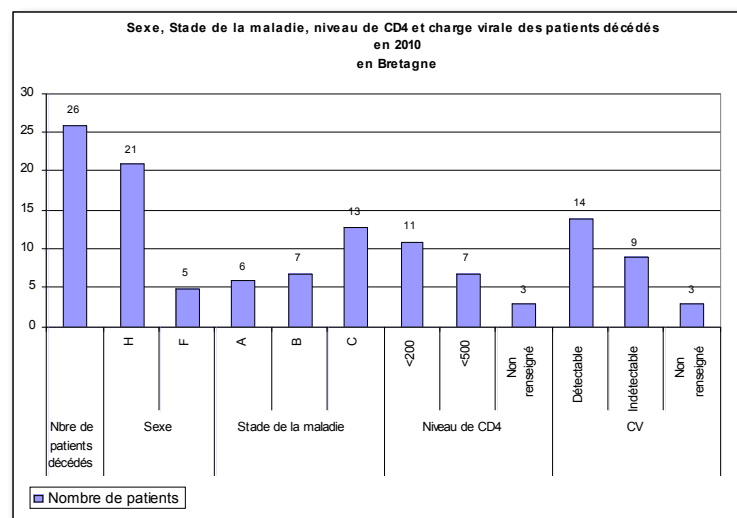
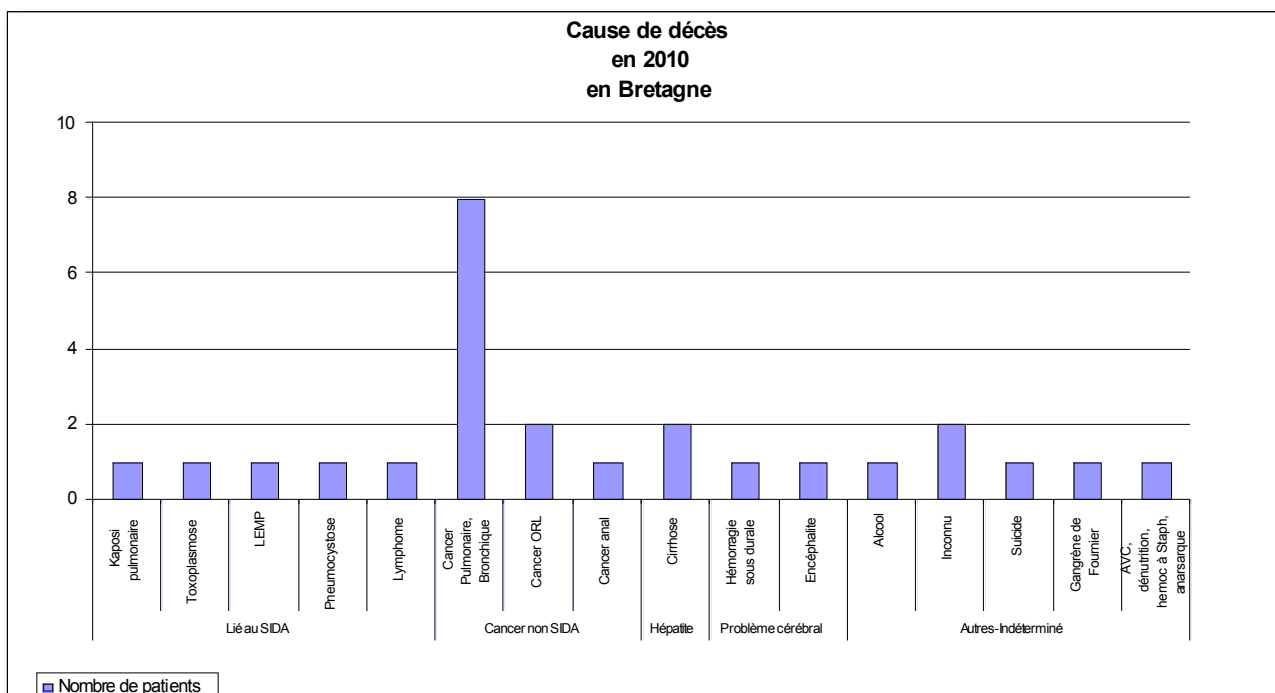
Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nombre de recours par patient
Côtés d'Armor	St Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	4,4
		Service de Médecine Interne	3,5
		Service des Maladies infectieuses	4
		Service de Dermatologie	2,83
		Brest	Hôpital d'Instructions des Armées
Finistère	Morlaix	Centre hospitalier de Morlaix	NON RENSEIGNE
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	4,3
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire	3,3
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	NON RENSEIGNE
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	2,33
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	4,26
Total régional			3,53

* Données non renseignées pour le Centre Hospitalier de MORLAIX (Finistère), le Centre Hospitalier Broussais à St MALO (Ille-et-Vilaine) et l'Hôpital d'Instructions des Armées (Finistère)

Les hospitalisations complètes restent assez rares, les durées moyennes de séjours très variables d'une structure à l'autre, mais le faible nombre de patients hospitalisés ne permet pas de comparaison particulière.

G.5 Données de mortalité

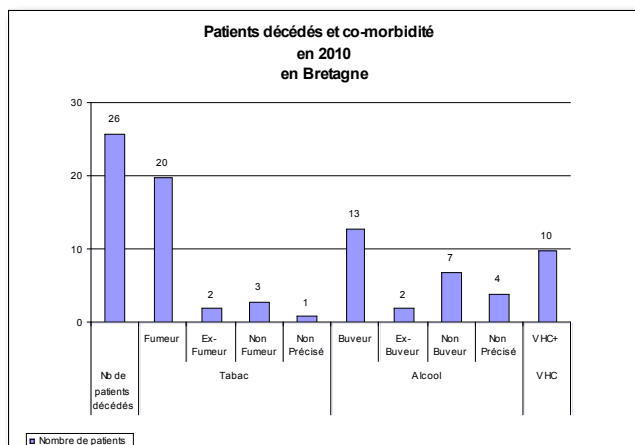
La mortalité globale sur l'ensemble de la file active du COREVIH reste faible (9 %). On note une importante

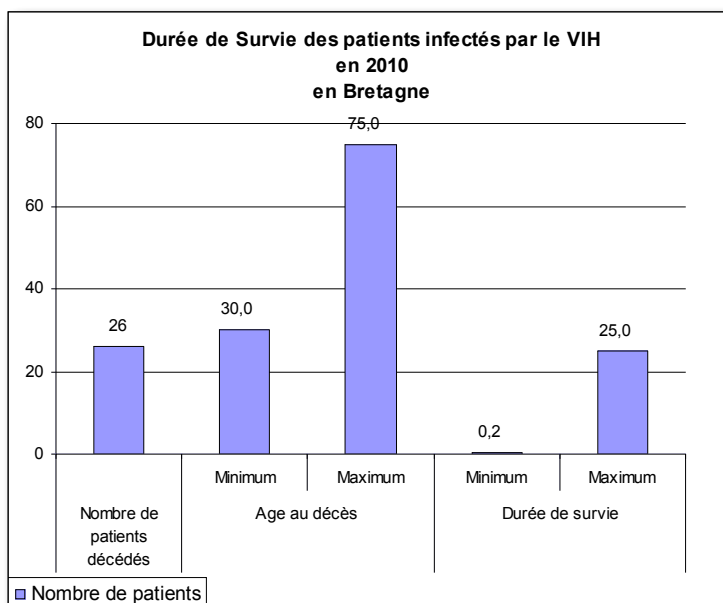


comorbidité liée au tabagisme et à l'alcoolisme, sans que l'on puisse, pour l'instant comparer aux données globales de la file active, ces items n'étant pas bien renseignés (ils ont été spécifiquement recherchés pour les patients décédés). **L'élément le plus marquant est qu'un tiers des décès est directement reliés à un cancer pulmonaire, bronchique ou ORL.** Si le poids des comorbidités est probablement important, on note néanmoins que **la moitié des patients qui décèdent dans l'année n'ont pas une charge virale indétectable.** Cinq décès « seulement » sont liés à des événements sida.

Nous nous sommes également intéressés à la durée de survie des personnes décédées, après

que le diagnostic d'infection par le VIH a été porté. On voit ainsi que les décès peuvent survenir dans les suites immédiates du diagnostic de l'infection par le VIH (moins de deux mois), mais également que certains décès surviennent plus de 25 ans après que le diagnostic de sida ait été porté.

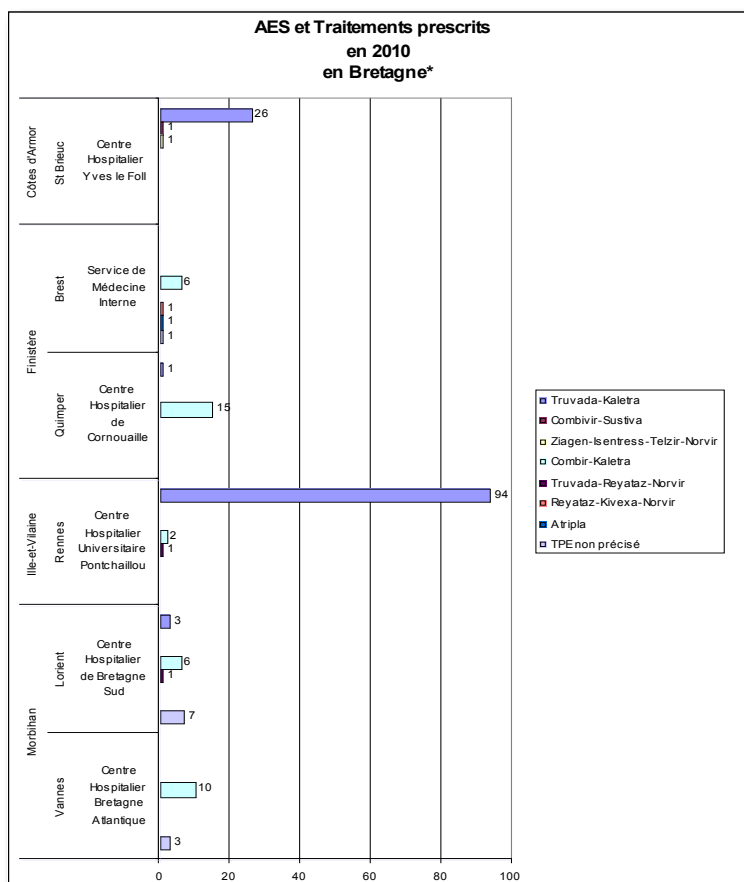




G.6 Accidents d'expositions aux virus (AEV/AES)

Les données dont nous disposons sont extrêmement difficiles à analyser, les définitions utilisées dans les différentes structures de prise en charge sont très variables et n'autorisent ni comparaisons d'un site à l'autre, ni même de compilations de données d'activités. Cela illustre probablement deux phénomènes :

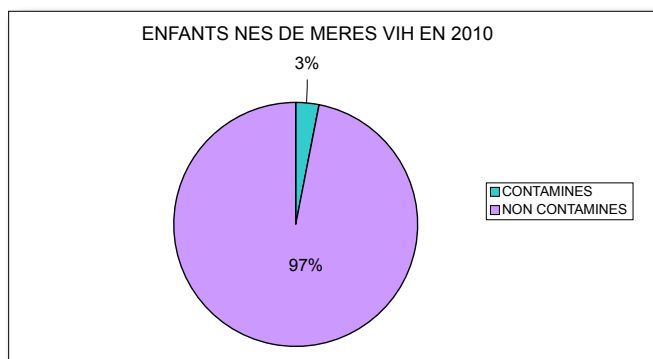
- L'hétérogénéité de la prise en charge, à laquelle la commission AES essaie de s'attaquer depuis bientôt 2 ans, et dont le COREVIH fera tout pour qu'elle soit couronnée de succès.
- L'hétérogénéité du recueil de données, avec la nécessité de disposer d'une méthodologie commune de recueil, voire une base de donnée commune, à partir de 2012.



G.7 Enfants nés de mère séropositive

Trente-deux enfants sont nés de mère séropositive pour le VIH en 2010; un enfant est né infecté, par défaut de dépistage chez la mère pendant toute la grossesse et à l'accouchement. C'est un prélèvement systématique réalisé pour des raisons légales qui a amené à faire le diagnostic. Actuellement, un peu plus de 90 enfants nés de mère séropositive sont en cours de suivi dans l'ensemble des centres participant au recueil.

Vingt-trois enfants infectés par le VIH sont en cours de suivi dans les 4 centres qui ont participé au recueil, et représentent probablement l'ensemble des enfants suivis en Bretagne de manière quasi-exhaustive : 14 enfants au CHU de Rennes, 4 au CHU de Brest et au CH de Quimper, un au CH de St Brieuc. Deux de ces enfants sont au stade SIDA, suite à un diagnostic d'encéphalite à VIH.



G.8 Activité d'aide médicale à la procréation à risque viral

L'activité d'Aide Médicale à la procréation à risque viral a été développée dès 2002 au CHU de Rennes, et elle est accessible aux hommes et aux femmes porteurs du VIH, ainsi que des virus des hépatites B ou C.

Cette activité est difficile à organiser pour plusieurs raisons :

- Le faible nombre de centre d'AMP à risque viral en France oblige les patients à parcourir de très longues distances. Le périmètre de recrutement du CHU de Rennes va de Brest à Paris et de Caen à La Rochelle. Ces distances ne sont pas propices à la multiplication des rendez-vous, habituellement nécessaire à cette activité
- Les personnes concernées sont actives, jeunes, ont des difficultés pour se libérer
- La prise en charge nécessite 5 à 7 intervenants différents en fonction des problématiques : médecin biologiste de la reproduction, gynécologue, infectiologue, psychologue, hépatologue, virologues spécialistes du VIH et virologues spécialistes du VHC/VHB.

La coordination de tous ces intervenants étant particulièrement complexe à l'échelle d'un CHU, **le bureau du COREVIH a pris la décision de transférer l'organisation du circuit des patients et des prises de rendez-vous directement au niveau du secrétariat du COREVIH à compter le l'année 2011.** Par ailleurs, un déplacement des consultations de psychologie et de maladies infectieuses vers le site de biologie/gynécologie a été décidé, permettant aux patients qui le souhaitent (la majorité des couples plébiscite cette solution) de regrouper tous les rendez-vous en un même lieu, le même jour. Un bilan précis de cette nouvelle organisation sera réalisé avec le rapport 2011.

En 2010, les dossiers de 37 couples ont été analysés en réunion multidisciplinaire (bimestrielle). Pour 19 couples, il s'agissait d'une séropositivité VIH pour l'homme, et pour 15 couples, pour la femme ; 3 couples présentés une co-infection des deux partenaires. Trois hommes étaient par ailleurs co-infectés par le VHC. Les techniques et résultats sont détaillés dans le tableau ci-dessous (patients VIH+ uniquement ou VHC/VHB+ uniquement, ou co-infectés).

	Nb total de cycle	Nb de grossesses	%Grossesse/cycle
Insémination intra utérine	74	17	23
Fécondation in vitro	9	4	44.5
Injections intra cytoplasmiques	32	3	9.5
TEC	56	7	12.5

H-CONCLUSION DE L'ANALYSE DES DONNEES

Nos importants efforts pour la mise en place d'une base de donnée régionale, permettant une exploitation simple et rapide des données collectées, n'ont pas encore permis d'aboutir. Une mise en place progressive en 2011 devrait nous permettre une première exploitation en 2012, mais il est peu probable que nous disposions de données homogènes avant 2013.

Il est donc encore nécessaire d'interpréter les données avec prudence, notamment dans les comparaisons entre les différentes structures de prise en charge, les méthodologies de recueil ayant été différentes d'une structure à l'autre malgré les efforts d'homogénéisation des techniciens d'étude clinique.

Des données plus complètes, avec les chiffres de chaque centre de prise en charge, sont disponibles auprès des TECs du COREVIH.

I-RAPPORT MORAL - CONCLUSION

L'année 2010 a été la première année de fonctionnement « à plein régime » du COREVIH Bretagne, avec la mise à sa disposition d'effectifs conséquents : une coordinatrice, quatre Techniciens d'Etudes Cliniques, une secrétaire, tous les six à temps plein ; un ingénieur DIM à temps partiel, et un médecin hospitalier à mi-temps pour l'organisation et le suivi du fonctionnement global. L'ensemble de ce personnel a essayé d'œuvrer aux missions essentielles du COREVIH définies par les textes, dont le but ultime est l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la prévention.

Le COREVIH est néanmoins dans une position délicate du point de vue politique, car il est toujours à la recherche d'une position d'équilibre entre la coordination des activités (sa mission) et la tentation de se substituer en temps qu'effecteur. Ceci est entre-autre lié au fait que la mise en place d'une équipe de 7 équivalents temps plein « nouveaux » autour d'une unique pathologie, dans une période de restriction des moyens tant au niveau des hospitaliers que du monde associatif, est un événement extrêmement rare. On se retrouve donc parfois dans la tentation de « faire à la place de... » au lieu de simplement aider et coordonner la réalisation de l'activité. Le COREVIH sera probablement arrivé à maturité le jour où il aura trouvé l'équilibre nécessaire à la réalisation de ses missions.

L'intense travail produit par les commissions, coordonné par Hadija Chanvril, est tout de même la preuve que ce travail de coordination peut être fait dans de bonnes conditions et permettre d'être le moteur d'actions longtemps envisagées par les acteurs mais non réalisées faute du petit surplus de temps dont le COREVIH permet de disposer. La structure est néanmoins tout à fait consciente, et c'est un élément régulièrement discuté en bureau et en assemblée plénière, d'effort qu'elle demande à tous les acteurs et de l'absence de contrepartie permettant d'indemniser le temps passé à la réalisation des missions coordonnées par le COREVIH. Des solutions innovantes doivent être envisagées pour permettre à tous ceux qui le souhaitent de participer aux activités du COREVIH. Cela ne sera possible uniquement si nous arrivons à bien démontrer la valeur ajoutée que le COREVIH amène, et le modèle est encore un peu jeune pour être réellement évalué de façon objective.

Au cours de cette année, le COREVIH s'est engagé dans plusieurs voies :

- Sous l'impulsion du bureau et de l'assemblée plénière, un plaidoyer politique a été mis en place auprès des sénateurs et députés, dans la mesure où plusieurs textes de lois qui nous semblaient aller dans le sens de la restriction de l'accès aux soins ont été discutés dans les assemblées. C'est un rôle important du COREVIH, encore un peu jeune pour se faire entendre, mais qu'il nous faudra pleinement développer au cours des années à venir. Aidé par les avis du Conseil National du SIDA (CNS), le rapport d'expert 2010 (dit « Rapport Yéni »), le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), les avis des instances nationales des associations de lutte contre le sida relayées par leurs délégations régionales ou locales, le COREVIH se doit d'être l'amplificateur de ces actions.
- Améliorer la prise en charge, en adaptant celle-ci aux préoccupations des patients et des équipes de prise en charge : le modèle d'Hôpital de Jour de Synthèse annuelle que nous avons développé en coopération avec l'Assurance Maladie et le soutien fort de l'Agence Régionale de Santé nous vaut régulièrement des appels des associations nationales, du ministère de la santé, d'autres COREVIH afin de l'étendre à d'autres régions. Même s'il est encore trop tôt pour juger de son efficacité et de sa valeur ajoutée, il montre que des actions individuelles qui n'avaient pu aboutir jusqu'à aujourd'hui peuvent se concrétiser sous l'impulsion du COREVIH. La quantité de travail nécessaire, même si cela n'est pas encore parfaitement perçu, a tout de même été colossale... Dans le même champ de l'amélioration du service rendu aux usagers, le passage de l'organisation de l'Aide Médicale à la Procréation à risque viral directement sous la tutelle du COREVIH a permis une amélioration de l'accueil, de l'organisation et de la cohérence de cette activité, pour lesquels nous avons des retours très positifs des personnes prises en charge. Cette décision a néanmoins été difficile à prendre, cette activité se situant à la frontière entre « coordination » et « action de substitution » de la part du COREVIH.

- Dans le domaine de la prévention, l'objectif du COREVIH, appuyé par les recommandations du plan national 2010-2014 est de rendre l'accès effectif pour tous à une prévention adaptée et individualisée. Le nombre d'acteurs à coordonner, les divergences de point de vue et d'approche (qu'il faut avant tout voir comme une richesse avant de les percevoir comme des obstacles) nécessitent un intense travail de coordination et de diplomatie. Tous les acteurs sont pressés de voir les choses avancer rapidement, notamment avec la mise en place de nouveaux outils comme les Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD). L'intégration de ceux-ci dans nos stratégies de prévention nécessite un travail important de formation, de pédagogie et la coopération de tous les acteurs de la prévention dans ce domaine sera la clé du succès de ces nouvelles stratégies combinées de prévention et de réduction des risques. En œuvrant sur plusieurs fronts (coordination de la formation, coopération avec les associations, les syndicats de médecins généralistes et la Société Française de Lutte contre le SIDA), le COREVIH pourra dans un avenir proche proposer une réelle vision de stratégie régionale s'appuyant sur des acteurs compétents et motivés.
- Le début d'une organisation régionale de la Recherche clinique est un bon signe de la valeur ajoutée du COREVIH. Nous ne l'avons pas annoncé comme une priorité mais les premières expériences collaboratives montrent que nous avançons dans la bonne direction. La recherche est un axe essentiel de la lutte contre le VIH. Notre bonne organisation permettra de démontrer que l'on peut dépasser l'exercice de la recherche cantonnée à quelques services pour se généraliser à l'ensemble des acteurs qui souhaitent participer. Un appui fort du milieu associatif sera essentiel (il n'y a pas de recherche clinique efficace sans patients motivés pour y participer !). La mise en place régionale de la cohorte EPF de suivi des grossesses et des enfants nés de mère séropositives, qui s'est faite après une présentation régionale des résultats par ses responsables nationaux, est un bon exemple de la méthode à employer.
- La coopération avec l'ARS se met en place progressivement et dans de bonnes conditions (cf. supra) : il n'est pas anormal que cela se fasse lentement, COREVIH et ARS étant des structures très jeunes dont les missions sont bien définies mais les modes opératoires encore balbutiants. Il faudra probablement encore une à deux années pour que les relations entre les deux structures soient parfaitement formalisées. La nomination d'un « correspondant COREVIH » à l'ARS, en la personne de Jean Pierre Epailard, qui connaît bien le domaine de la lutte contre le VIH, est un signe fort de la volonté de coopérer de façon effective et efficace. Les attentes de l'ARS vis-à-vis du COREVIH restent néanmoins à préciser.
- Le recueil des données médico-épidémiologiques est l'une des forces de la lutte contre le VIH en France. En effet, cette pathologie est probablement la seule où nous pouvons disposer de données aussi précises sur l'aspect quantitatif mais également qualitatif de la prise en charge, base essentielle de nos actions futures. L'équipe des salariés du COREVIH s'est intensément mobilisée pour aider les acteurs hospitaliers dans la collecte de leurs données. Malgré tout, les données dont nous disposons cette année sont encore sujettes à caution, comme le montre ce rapport. L'année 2011 sera « charnière » pour la mise en place d'une base de données collective. Elle sera le fruit du travail et de la patience de chacun... un travail préparatoire important a été réalisé par Ghislaine Cotten, Jean Charles Duthé, Virginie Mouton-Rioux et Jennifer Rohan, TECs du COREVIH, épaulés à partir du mois de septembre par Jean-Paul Sinteff, ingénieur DIM. Une collaboration importante avec les associations de patients a permis de mettre en place une lettre d'information et un consentement à l'informatisation des données consensuels et réfléchis, unique pour l'ensemble des sites du COREVIH, ce qui est une exception nationale...
- Enfin, le COREVIH ne serait rien sans les rencontres des acteurs qu'il organise régulièrement, que se soient les nombreuses (trop ?) réunions scientifiques, réunions plénières ou réunions de bureau, sous la houlette précieuse de sa secrétaire, Halima Campeaux. Ces rencontres sont essentielles à la « vie » du COREVIH. Les réunions plénières se doivent d'être un espace de débat constructif entre les acteurs ; si elles restent encore un peu trop déclaratives, il faut que nous arrivions à transformer cette espace en véritable lieu de débat où chacun puisse s'exprimer, faire part de ses doutes, des ses envies ou de sa volonté d'action œuvrant dans le sens des missions du COREVIH

En conclusion, il apparaît clair que le COREVIH entre aujourd'hui en phase de vitesse de croisière, mais que le fruit de ses actions de coordination ne peut être encore jugé, le recul n'étant pas encore suffisant. A nous tous de nous employer à montrer que l'exercice expérimental de démocratie sanitaire que sont les COREVIH peut aboutir à une meilleure efficacité de la prise en charge et de la prévention de l'infection par le VIH. La science nous donne les outils de la lutte, à nous de les employer avec cohérence et discernement pour le bien de tous ceux qui sont infectés ou affectés par le VIH.

Cédric Arvieux – Président
Ghislain Le Boëtté – Vice-Président

COREVIH Bretagne

J- ANNEXE 1: SYNTHÈSE FINANCIÈRE

Situation financière COREVIH

Synthèse et corrections apportées suite à la réunion du 3 décembre 2010

Participaient : Mme Lorho, Mme Sal-Simon, Mme Poirel
D. Arvieux, Mme Campeaux, Mme Chanvril

Année 2010 - réalisation

Montant recettes prévisionnelles = 432 556 €.

Notification ARS Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement) = 50 000 €

« Frais de gestion »:

Le montant des frais de gestion de 8% se base sur l'ensemble du budget alloué soit : $432\,556\text{€} \times 8\% = 34\,604\text{€}$.

« NADIS »:

Les éléments de facturation n'ont pas été facturés en 2010.

Les lignes ont donc été laissées en prévision, mais pas en réalisation pour 2010.

De même, la reprise sur provisions pour financer l'achat est reportée puisque la dépense de 33 488 € sera imputée en 2011

"Acquisition diverses »

Cette ligne correspond aux acquisitions diverses".

Actuellement, sont imputées une clé USB 8 Gigas et un câble RCA pour rétroprojecteur.

Cette ligne permettra de détailler les commandes du COREVIH qui n'émargent pas sur de l'investissement et donc sans amortissement.

Ex : broyeur commandé en 2010, qui ne sera reçu probablement qu'en 2011 (H6062505)

« Frais de déplacement, frais de convention, formation personnel et membres du comité »

Cette ligne comprend les dépenses de frais de déplacement pour l'ensemble du personnel et des membres du comité, et les dépenses de formation des seuls membres du comité.

Année 2011 – budget prévisionnel

Montant recettes prévisionnelles : 482 556 €.

Les éléments suivants ont été repris :

- * personnel
- * locaux et charges (eau, chauffage...)
- * véhicule : estimation avec les mêmes éléments qu'en 2010 : à compléter par COREVIH
- * formation PNM (estimation en attente de confirmation de DRH)
- * frais de déplacement + formation bureau COREVIH : reprise des éléments transmis par le Dr Arvieux : 10 000 + 15 000€
- * informatique :
TCO par poste intégrant les acquisitions validées fin 2010

« Frais de gestion » :

Le montant des frais de gestion de 8% se base sur l'ensemble du budget alloué soit : $482\,556 \times 8\% = 38\,604 \text{ €}$

« NADIS » :

La base, la maintenance et l'hébergement sont prévus en dépenses en 2011

La reprise sur provisions (30 000 €) pour financer l'achat est prévue en 2011, et le montant d'achat logiciel a été réajusté pour 2011 : 33 488 € au lieu de 30 000 € prévus

« Amortissements » :

- Amortissement « station visioconférence » (11 144€)

Les modalités et montant des amortissements seront connus en janvier 2011

« GPS »

L'achat des GPS sera suivi pour affecter les dépenses fonction de la commande :

Exploitation = coût d'achat

ou investissement = charge d'amortissement.

« Formations personnel du COREVIH relevant du CHU de Rennes » :

Estimation faite en attente éléments plus précis de la DRH

Les autres lignes restent à compléter par le COREVIH.

Année 2012 et suivantes – perspectives de nouvelles dépenses.

« Amortissements » :

- Amortissements des travaux (62 807,12€)

En raison des délais de réception des factures et de leurs imputations budgétaires avant la clôture (le 17/12/2010), l'imputation du total de la dépense aura certainement lieu sur l'exercice 2011, ce qui conduit à un début d'amortissement en 2012.

La durée d'amortissement sera de 10 ans, soit une dépense prévisionnelle annuelle de 6280,70 €.

« NADIS » :

L'hébergement sera facturé 3 450€ à partir de 2012 et les années suivantes.

K-ANNEXE 2 : PROPOSITIONS DU COREVIH A L'ARS POUR LES HOPITAUX DE JOUR DE SYNTHESE ANNUELLE

Procédure de mise en place du GHS hôpital de jour de/synthèse annuelle pour les patients infectés par le VIH dans le cadre de la circulaire N° DHOS/M2A//DGS/RI2/2007/415 du 19 novembre 2007

Textes de référence :

1. Circulaire « Frontière » N° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006
2. Circulaire « Education thérapeutique » DGS-RI2/DHOS n°E2-238 du 15 juin 2007
3. Circulaire « GHS Hôpital de jour de synthèse annuelle » N° DHOS/M2A//DGS/RI2/2007/415 du 19 novembre 2007
4. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – Rapport du groupe d'expert sous la direction du Pr. Patrick Yéni. Flammarion 2008

Motif de la procédure

Mettre en adéquation les modalités de facturation des GHS « Hôpital de jour/Bilan de synthèse annuelle du VIH » et les pratiques professionnelles de prise en charge du VIH dans les structures hospitalières relevant du COREVIH-Bretagne.

Constats

1. Il y a consensus sur le contenu du bilan de synthèse annuel des personnes traitées par antirétroviraux pour une infection par le VIH, qui doit au minimum comporter :

Pour tous les patients

- i. Un bilan biologique d'efficacité du traitement
- ii. Un bilan biologique de tolérance du traitement
- iii. Un bilan métabolique rendu nécessaire par le caractère pro-inflammatoire de la maladie VIH et par la toxicité des traitements antiviraux
- iv. Un électrocardiogramme
- v. Le bilan des comorbidités, qui passe par des consultations avec des correspondants spécialisés formés aux spécificités de la prise en charge du VIH ; sans que la liste ne soit exhaustive, on peut considérer dans ce cadre les consultations de gynécologie, proctologie, cardiologie, hépatologie, endocrinologie, sexologie, addiction, ophtalmologie.
- vi. Une consultation paramédicale d'éducation thérapeutique.

Pour les patients le nécessitant

- vii. Consultation sociale
- viii. De l'imagerie médicale
- ix. Consultation psychologique
- x. Consultation diététique
- xi. En cas d'échec de traitement, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- xii. Autres consultations et examens complémentaires non listés ci-dessus

2. Pour les patients non traités, le même bilan est nécessaire en dehors des item i, ii et xi.

3. Les contraintes de temps sont les suivantes :

- ✗ Nécessité de compléter certains examens afin de pouvoir faire la synthèse définitive
- ✗ Nécessité d'attente de résultats (par exemple séquençage viral réalisé lors du bilan sanguin dans un 1^{er} temps, analyse du résultat en RCP dans un 2nd temps et synthèse dans un 3^{ème} temps) pour effectuer la synthèse annuelle de la prise en charge
- ✗ Contraintes de temps pesant sur les patients ne leur permettant pas de libérer une journée complète
- ✗ Impossibilité pour les centres organisateurs des bilans de disposer des consultations de tous les spécialistes le même jour, d'autant plus qu'il n'existe en général qu'un seul spécialiste formé à la pathologie VIH dans chaque discipline

Il est donc nécessaire d'envisager que ce bilan annuel de synthèse soit réalisé en plusieurs étapes, dans un délai permettant néanmoins une synthèse proche de la réalisation des examens. Compte tenu des contraintes sus-citées, un délai de deux mois entre la réalisation du premier examen du bilan et de la conclusion de la synthèse est proposé.

Propositions

1. Il est proposé que la réalisation des bilans suive les recommandations du rapport d'expert. Le bilan des comorbidités sera organisé en fonction du guide figurant en annexe.
2. Ce bilan doit être prescrit par un médecin, et la synthèse doit en être faite par un médecin formé à la prise en charge de l'infection par le VIH et pouvant justifier d'une formation continue dans le domaine, notamment par la participation aux RCP organisées par les différents centres de prise en charge participants au COREVIH de Bretagne.
3. A la fin du bilan, le médecin en charge de la rédaction du rapport de synthèse indiquera les examens entrant dans la section A et la section B définis par la circulaire du 19/11/2007. La facturation du GHS se fera une fois la synthèse écrite réalisée et disponible dans le dossier du patient, si trois examens et/ou consultations ont bien été réalisés dans **chacune** des deux sections, tel que défini par la circulaire.
4. Dans ces conditions, chaque patient infecté par le VIH et pris en charge dans un des centres participant à l'activité du COREVIH de Bretagne devrait bénéficier d'un bilan de synthèse annuel donnant lieu à facturation du GHS spécifique.

Dr Cédric Arvieux
Président du COREVIH de Bretagne

Le lundi 2 mars 2009

L-ABBREVIATIONS

MIG : Mission d'Intérêt Générale

ETP : Equivalent Temps Plein

DIM: Département d'Information Médicale

DSIO : Direction du Système d'Information et d'Organisation

ARS: Agence Régionale de Santé

SFLS: Société Française de Lutte contre le Sida

CNS: Conseil National du Sida

AES/AEV: Accident d'Exposition au Sang / Accidents d'Exposition aux Virus

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DM12: Dossier Médical Informatisé, deuxième version, de la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH

CROI : Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau

RDR : Réduction Des Risques

HAS: Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

CDAG: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

HSH : Hommes qui ont des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

SNEG: Syndicat National des Etablissements Gaies

TPE: Traitement Post-Exposition

GERES : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

PCPPS: Pôle de Coordination Pour la Prévention Sida

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

CIDDIST: Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ORSB : Observatoire Régional Santé Bretagne

Retrouvez toutes les informations concernant le COREVIH BRETAGNE :

COREVIH BRETAGNE Favoriser la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Accueil Présentation Actualités Bulletin d'info Réunions Commissions VIH en Bretagne Coopération Internationale Contacts Liens

Le COREVIH Bretagne

Qu'est ce que le COREVIH ?
Créé en 2007, le COREVIH est une instance de santé qui tend à faciliter la prise en charge globale des personnes concernées par l'infection à VIH.
Vous trouverez sur ce site toutes les informations sur le Corevih Bretagne

ACTUALITES
Prochaine réunion : MARDI 27 SEPTEMBRE 2011 - CHU Brest (le Cavale Blanche) à 17H00
Observatoire migrants, enquête Vespa2, ...

INFORMATION
ENQUETE 2011 : Hépatites Info Services
Vous trouverez ci-joint les résultats de l'enquête "Vivre avec une hépatite C, un parcours aux difficultés multiples". Ce rapport vient d'être publié sur les sites SIS et HIS. : télécharger [ici](#)

Rubriques

- Présentation
- Composition
- Commission et groupes de travail
- Réunions du COREVIH
- Réunions scientifiques
- Le VIH en Bretagne
- Coopération internationale
- Boîte à outils de la SPLS
- Les coordonnées du COREVIH

Contact :
COREVIH Bretagne
Bâtiment Le Charlier,
3e étage
CHU Ponichallou
35033 Rennes France
Tel: 02 99 28 98 75
Fax: 02 99 28 98 76
E-mail: corevih.bretagne@chu-rennes.fr

www.corevih-bretagne.fr