

Rapport d'activité 2008

Comité de **CO**ordination **RE**gionale de lutte contre l'Infection par le
Virus de l'Immuno-déficience **H**umaine

SOMMAIRE

I - IDENTIFICATION DU COREVIH	3
I - 1 Région administrative	
I - 2 Territoire de référence du COREVIH	
I - 3 Etablissement siège	
II - MOYENS DU COREVIH	4
II - 1 Ressources humaines participant aux missions du COREVIH	
II - 2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH	
II - 3 Outils développés par le COREVIH	
II - 4 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens	
II - 5 Indicateurs de fonctionnement	
III - ACTIVITE DE L'ANNEE 2008	6
III - 1 Mission de coordination des acteurs	
III - 2 Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques	
III - 3 Analyse des données médico-épidémiologiques	
III - 3 - 1 Analyse globale des données	
IV - PROGRAMME DE L'ANNEE 2009	15
IV - 1 Détermination des objectifs de l'année suivante	
V - DISCUSSION ET CONCLUSION	18

I - IDENTIFICATION DU COREVIH

Vu le Décret n° 2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le Décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'installation du COREVIH Bretagne a eu lieu le 6 novembre 2007. La réunion était présidée par le Docteur Sablonnière, Médecin Inspecteur Régional, représentante du Préfet de Région et le Docteur Olivier Joseph, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne.

[Annexe 1 : liste des membres mise à jour au 27 novembre 2007 et annexe 2 : liste des membres du bureau]

I - 1- Région administrative

	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
<u>Superficie</u> (km ²)	27 208	6 878	6 733	6 823	6 823
<u>Préfecture</u>	Rennes	St Brieuc	Quimper	Rennes	Vannes
<u>Sous</u> <u>préfecture</u>		Dinan, Guingamp et Lannion	Brest, Châteaulin et Morlaix	St Malo et Redon	Lorient et Pontivy
<u>Population</u>	2,9 millions	542 373	852 400	866 848	643 900

I - 2- Territoire de référence du COREVIH



I - 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) : 350005179

II - MOYENS DU COREVIH POUR 2008

II - 1 - Ressources humaines participant aux missions du COREVIH

Secrétaire du COREVIH	Madame Hubert	0,10 %
Technicienne d'étude clinique (TEC)	Madame Delmont	1 ETP
Coordination médicale	Docteur Arvieux	10% ETP Praticien hospitalier

II - 2 - Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH

Année 2008	Moyens
<u>Établissement siège</u> CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou CISIH Service des maladies infectieuses et réanimation médicale Tel : 02 99 28 95 64 Fax : 02 99 28 24 52	Reconduction des moyens de l'ex CISIH. Aucun autre moyen spécifique n'a été mis en œuvre en 2008, notamment pour le travail de coordination.

II - 3 - Outils développés par le COREVIH

Site internet	Non	Prévu en 2010
Création d'une adresse mail fonctionnelle	Non	Effectif en 2009
Correspondant AFSSAPS identifié	OUI	Dr. Elisabeth Polard Pharmacovigilance
Fichier d'adresses des correspondants	62 membres du COREVIH + Partenaires institutionnels (DRASS, ARH, SFLS, groupe de pilotage des COREVIH,...) + partenaires (intervenants réunions scientifiques, industrie pharmaceutique partenaires d'actions de formation...)	De nombreux envois : - Convocation plénière - Compte-rendu de plénière - Convocation bureau - Compte-rendu bureau Documents utiles (rapport Yéni, informations divers)
Bulletin d'information/ lettre de liaison	Non	

Fichier d'adresses de correspondants : différentes listes de diffusion ont été créées (membres titulaires, membres suppléants, tutelles, invités permanents, autres personnes). De principe, il a été convenu que tous recevraient de manière électronique l'ensemble des informations diffusées, soit au titre de personnes

directement intéressées, soit à titre informatif. Par ailleurs, l'ensemble des 62 membres nommés du COREVIH a été destinataire du listing complet des membres avec coordonnées, téléphone et adresse électronique.

II - 4 - Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens.

En 2008, aucune convention n'a été signée. De nombreux échanges (courriers, rencontres) entre l'ARH, la direction hospitalière du CHU et la présidence du COREVIH pour l'affectation des fonds dédiés au COREVIH Bretagne ont permis une 1^{ère} convention en 2009.

II - 5 - 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		4	6/ séance	O	O	O
Séances plénières		1	23 / séance	O	O	O
Groupes de travail	Thèmes : réunions scientifiques					
	-Aspects cliniques et lecture critique d'articles (janvier, réunion conjointe avec le COREVIH de Basse-Normandie)	1	42/séance	O	O	O
	-Compte rendu de la 15 ^{ème} conférence dur les retrovirus et infections opportunistes (CROI, mars 2008)	1	45/séance	O	O	O
	-Accidents d'exposition au virus (juin)	1	48/séance	O	O	O
	-Avancées thérapeutiques et recherche (27novembre)	1	37/séance	O	O	O
	-Collaboration soignants/associations (18 décembre). Pilote : Dr Cédric Arvieux Coordonnées : CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou – Pavillon Le Chartier 2, rue Henri le Guilloux -35033 Rennes Cedex 09	1	33/séance	O	O	O
	Thème : dépistage Pilote : Dr Marie-Claire Le Martelot Cordonnées : DGISS- Service PMI-Actions de Santé Centre médico-social – 11 quai de Rohan – 56100 Lorient	1	2/ séance	O	O	O
	Thème : AES Pilote : Gautier Pierre et Chanvril Hadija Coordonnées : Association Chrétiens et SIDA - 1 ter rue du Dr Guillard - 29000 Quimper Association AIDES - 12 rue Colbert - 56100 LORIENT	3	2/séance	O	O	O
	Thème : Médecine générale Pilote : Jean-Marc Chapplain Coordonnées : CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou - Pavillon Le Chartier 2, rue Henri le Guilloux - 35033 Rennes Cedex 09	O	O/séance	N	N	N
Staffs thérapeutiques	Staff pluridisciplinaire d'aide au choix des traitements (1 fois par mois)	10	10/ séance	O	N	N
Réunion nationale inter COREVIH	Organisation et mise en place des COREVIH, financement, problèmes rencontrés, EPP, FMC, Boite à outils	1	2	O	N	N

Commentaires :

Au cours de l'année 2008, le bureau s'est réuni à 4 reprises (conférences téléphoniques ou réunions physiques) essentiellement pour discuter de la question du budget et de mise en place de commissions de travail sur des sujets étant apparus comme prioritaires *[annexe 3 : compte-rendu de la plénière]*

Action du COREVIH :

- Réunions scientifiques : 5 réunions ont eu lieu en 2008. Ces rencontres ont réuni 205 personnes. Ces rencontres existaient déjà dans le cadre du CISIH et cette antériorité explique sûrement son bon fonctionnement. Lors de celle du 18 décembre autour de la collaboration soignants/associations, une dizaine de patients y participaient en plus des représentants d'usagers. Pour l'occasion la forme de ces rencontres a été modifiée en ateliers, pour une meilleure participation de tous.
- Groupes de travail : Les thématiques de commissions ont été choisies par le bureau (AES, dépistage, médecine générale), et ont été validées le 27 novembre 2008, par l'assemblée plénière du COREVIH.
 - Commission AES : l'absence de budget a été un frein au démarrage de cette commission (déplacements, budget courrier,)
 - Commission CDAG : un important travail de recensement a déjà effectué auprès de l'ensemble des CDAG / CIDIST de Bretagne
 - Commission médecine générale : elle n'a pas démarré en 2008

Le budget : *[annexe 4 : proposition de budget au 27 novembre 2008]*

A la fin de l'année 2008, le Corevih de Bretagne n'avait toujours pas reçu de notification budgétaire de la part de l'ARH ou du CHU de Rennes, tant pour l'année 2007 que pour l'année 2008. Le problème se situait autour de l'affectation des moyens attribués à la mission d'intérêt général (MIG) « Corevih » qui avait été versée au CHU de Rennes, établissement d'accueil du Corevih de Bretagne . Il a été difficile de faire la part entre les moyens attribués à l'ex CISIH et dont l'essentiel était destiné au soin, et de nouveaux moyens destinés à la coordination. Afin de ne pas mettre l'établissement siège en difficulté, le bureau du COREVIH a pris le parti en 2008 de préparer ses actions avec les moyens existant, tout en préparant le budget 2009 selon les règles du Guide d'Aide à la contractualisation et aux Missions d'Intérêt Général.

Le règlement intérieur : *[annexe 5 : règlement intérieur]*

Il a été voté en plénière le 27 novembre 2008.

III- Activité de l'année

III- 1- Mission de coordination des acteurs

Tableau 6 - actions de coordination mises en place dans le cadre du COREVIH

Domaine de coordination	Nature	Acteurs
Soins	Traitements, suivi des échecs Réunion multidisciplinaire	Médecins hospitaliers suivant les patients

III - 2- Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques

Tableau 7- Amélioration de la qualité et de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques

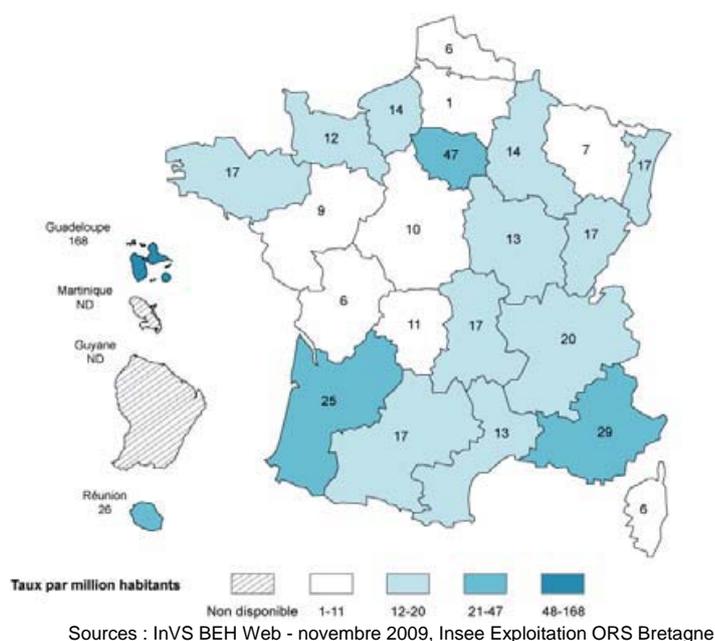
Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Mise en commun des pratiques	Médecins hospitaliers suivant les patients et associations	Rapport d'expert 2008 – Pr P. Yéni	Rencontre autour de la collaboration soignants/ associations en présence de patients	Travail en sous-groupe autour des missions des uns et des autres

III- 3- Analyse des données médico-épidémiologiques

Pour 2008, nous exploitons les données de l'ORSB et de l'INVS, dont le territoire d'observation correspond à l'identique au territoire du COREVIH Bretagne.

Les résultats 2008 montrent que la Bretagne se situe toujours parmi les régions françaises les moins touchées par le VIH. Par contre, s'agissant du nombre de personnes malades du sida, la Bretagne se classe dans la moyenne des 22 régions métropolitaines.

Carte 1 : Taux de cas de SIDA par million d'habitants diagnostiqués en 2008



Cas de Sida par département de domicile et par année de diagnostic – Bretagne

	Année de diagnostic													Total
	<1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008 *	
Département														
22 - Côtes-d'Armor	115	13	8	4	5	8	10	11	4	4	3	4	1	190
29 - Finistère	240	21	7	11	9	6	9	7	2	4	4	7	4	331
35 - Ille-et-Vilaine	242	18	16	19	12	19	18	14	11	7	8	8	4	396
56 - Morbihan	205	11	17	9	12	8	8	3	8	10	5	6	6	308
Total	802	63	48	43	38	41	45	35	25	25	20	25	15	1225

Source InVS Surveillance du SIDA - données au 31/12/2008 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Cas de Sida par mode de contamination et par sexe

	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
Mode de contamination			
1-Homosexuel/Bisexuel	.	490	490
2-Usager de drogues	65	163	228
3-(1 et 2)	.	16	16
4-Hémophile	.	27	27
5-Hétérosexuel	117	164	281
6-Transfusé en France	18	25	43
7-Mère/Enfant	5	7	12
9-Autre/Inconnu	21	107	128
Total	226	999	1225

Cas de Sida adultes en fonction de la connaissance de la séropositivité avant l'entrée dans le Sida - Bretagne

	Année de diagnostic												Total
	1994-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Connaissance séropositivité avant sida													
Oui	270	30	21	22	23	23	13	16	13	11	14	3	459
Non	96	18	21	16	18	22	22	9	12	9	11	12	266
Inconnu	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
Total	367	48	43	38	41	45	35	25	25	20	25	15	727

Cas de sida par classe d'âge et par sexe

	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
Classe d'âge			
0 A 9	6	7	13
10 A 19	2	6	8
20 A 29	45	136	181
30 A 39	81	418	499
40 A 49	55	261	316
50 A 59	20	117	137
60 A 69	11	39	50
70 et plus	6	15	21
Total	226	999	1225

Tableau 8- Analyse globale annuelle des données

Nombre d'établissements ayant transmis des données anonymisées à l'établissement de santé siège du COREVIH	A partir du logiciel DMI2	A partir d'une autre source
3	Rennes	Vannes, Quimper

[Annexe 6, 7 et 8 : données médico-épidémiologiques du CHU de Rennes, des centres de Quimper et Vannes].

IV- Programme de travail 2009-2010

Lors de la réunion plénière du 27 novembre 2008, une liste des commissions a été envisagée pour l'année 2009 :

- Dépistage, pilotée par le Docteur M-CI Le Martelot (Lorient), en collaboration avec Mme Derrien (Brest).
- Accidents d'exposition, pilotée par H. Chanvrlil et P. Gautier (Vannes, Quimper).
- Base de donnée (Nadis), pilotée par le Docteur C. Arvieux (Rennes)
- Médecine de ville (généralistes mais aussi spécialistes concernés par le VIH comme les gynécologues ou les proctologues)
- Prise en charge en milieu carcéral
- Prévention
- Événementiel

En 2008, seules les trois premières commissions sont fonctionnelles, un « appel à participation » a été réalisé début 2009, pour l'ensemble des commissions envisagées.

Tableau 9 – Détermination des objectifs 2009

PREVENTION

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
Etat des lieux des actions de préventions réalisées sur la région.	2009- 2010	<ul style="list-style-type: none">• coordinateur Corevih en lien avec les acteurs de terrain• recensement des différents états des lieux réalisés par certains départements	<ul style="list-style-type: none">• valorisation des actions menées• mise en évidence des territoires « défavorisés »• mutualisation des projets/des moyens
Favoriser l'accès à la prévention auprès des publics n'ayant peu ou pas accès à l'information : personnes maîtrisant peu ou pas le français, en rupture sociale... (personnes à la rue, gens du voyage, migrants, personnes souffrant de handicap mental...)	2009-2010	<ul style="list-style-type: none">• coordinateur Corevih en lien avec les acteurs de terrain• création/recensement et diffusion d'outils adaptés• mise en place de formation	<ul style="list-style-type: none">• amélioration de l'accès au message de prévention des publics ciblés• mutualisation/partage des outils et savoir-faire• harmonisation des messages de prévention

AES

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
État des lieux de la procédure AES en Bretagne	2009 - 2010	Enquête par le biais de questionnaires, de testing et accompagnement d'une structure dans la mise en place ou la réforme de sa procédure AES (circulaire du 13/03/2008).	Meilleure connaissance des procédures AES en Bretagne
Création d'outils d'amélioration des procédures (formations, ...)	Fin 2ème semestre 2010	<ul style="list-style-type: none">- coordinateur- commissions- échanges avec commission AES des autres Corevih- évaluation de ces outils dans l'établissement « Test »	Amélioration de la prise en charge en Bretagne

DEPISTAGE

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
Etat des lieux	2009 -1 ^{er} semestre 2010 : structures spécifiques (CDAG, CIDDIST) 2 ^{ème} semestre 2010 : autres structures ex : centre de planification	Personnel : Coordinateur Corevih Par le biais de rencontre entre les différentes structures Mise en place d'un listing informatique	Connaissance des ressources actuelles sur les 4 départements
Recueil épidémiologique commun des CDAG - CIDDIST	Saisie informatisée opérationnelle fin 2010	Mise en place d'un logiciel commun avec fiche épidémiologique commune Service informatique, peut-être soutien et aide du département de santé publique Prévoir budget	Mieux connaître la population ayant recours au dépistage.
Elargir la proposition de dépistage	Dépistage par le biais d'actions extérieures «hors murs» mis en place dès 2 nd semestre 2009	Achat d'un camion Utilisation des tests-rapides Partenariat avec les différentes structures.	Toucher le maximum de personnes.
Améliorer l'accueil par les structures spécifiques	Augmentation des personnes informées et dépistées (particulièrement les populations les plus exposées) Proposer des traitements post-exposition au public dans les CDAG dès 2009	Par le biais de : - formation du personnel - diffusion auprès du public de l'existence des structures (plaquettes....) - soutenir la notion d'élargissement des horaires d'ouvertures - promouvoir dans tous les CDAG l'intérêt et la mise en place de traitement post-exposition	Satisfaction des usagers Augmentation de la fréquentation
Formation	Formation initiale et continue du personnel intervenant dans le dépistage dès 2010	Recueil des besoins des personnes intervenant déjà sur le terrain Mise en place de sessions de formations adaptées au besoin (sexologie, counseling, biologique, psychologique, sociologique....) Interventions de spécialistes	Optimiser les pratiques de dépistage

Tableau 10 - Exemple d'indicateurs recueillis auprès des partenaires : activités des CDAG /CIDIST en Bretagne

[Annexe 9 : Tableau des activités des CDAG / CIDDIST avec l'ensemble des items renseignés]

	RENNES	LORIENT	VANNES	PONTIVY	ST-BRIEUC	QUIMPER	SAINT-MALO	LANNION	BREST Médecine I - La Cavale Blanche	BREST Maladies Infectieuses - La Cavale Blanche	BREST Dermato - CHU Morvan
Dépend de											
Implantation											
Total (h)											
RDV											
Anonymat consultation pré-test RDV											
Qui l'assure											
Questionnaire pré-test											
Rempli par											
Consultation post-test RDV											
Qui l'assure											
Personnel											
Examens Proposés											

V – Rapport moral :

La mise en place du COREVIH Bretagne

L'année 2008, première année de fonctionnement du COREVIH de Bretagne créé début novembre 2007, a été une année de « mise en place ». Il était important à la fois de conserver les acquis de coordination de l'ex-CISIH, et de commencer à faire travailler les acteurs de la prise en charge et de la prévention du VIH ensemble dans cette nouvelle entité.

La nomination des membres de l'assemblée plénière a été bien coordonnée entre les différents acteurs, sous la tutelle du Dr. Olivier Joseph (DRASS). L'équilibre à obtenir était particulièrement complexe : **humain**, afin de mettre autour de la table des personnes en capacité de dialoguer pour proposer une meilleure qualité de service à la population ; **géographique**, afin de bénéficier d'une représentation équilibrée, qui respecte les surfaces et les densités de population, mais également la prévalence du VIH et les files actives des unités de soins ; **professionnel**, afin que chaque corps de métier en charge de la lutte contre le VIH puisse être correctement représenté par des professionnels impliqués dans la lutte contre le VIH ; et enfin que les **représentants des usagers** puissent avoir toute leur place et que se mette en place un réel outil de démocratie sanitaire.

Cette étape préalable a pris plusieurs mois au cours de l'année 2007, mais l'assemblée mise en place est très opérationnelle et a su assez rapidement donner de grandes orientations de travail au COREVIH.

L'élection du bureau

Le bureau initial du COREVIH se répartit entre médecins (5), infirmière (1), représentants des usagers (3). La disponibilité variable de ses membres est une difficulté, ce qui a nécessité le développement d'outils spécifiques adaptés à la surface du COREVIH, afin de faciliter les contacts, en l'absence de secrétariat spécifique en 2008 : réunions téléphoniques, visioconférences.

Le budget du COREVIH

Une bonne partie de l'activité 2008 du président et du vice-président du COREVIH a été de s'assurer que la structure disposerait bien à partir de 2009 d'un budget dont le montant s'approche des calculs issus du Guide de méthodologie (annexe 9). Les difficultés financières de l'établissement siège rendait difficile la mise à disposition d'un budget complet tout en préservant les activités cliniques de l'ex-CISIH à l'échelle de la région. Pour mémoire, le budget du CISIH avait été utilisé pour la création d'une multitude de postes et d'investissements techniques dévolus à la lutte contre l'infection par le VIH à l'échelle de la région. Sans secrétariat, sans coordination, la tâche n'a néanmoins pas été facile, et le maintien de la cohésion du COREVIH a nécessité un investissement en temps important de la part de la présidence (l'équivalent d'un mi-temps médical, non compensé en 2008 par la création de poste ou de vacances). Néanmoins, tout au long de l'année 2008, que ce soit coté ARH ou établissement siège, il y a eu compréhension mutuelle, y compris de la part des représentants des usagers, ce qui a permis un dialogue constructif conduisant à des solutions efficaces que l'on espère définitives en 2009.

Les actions prioritaires

Ces difficultés financières ne doivent pas occulter le travail réalisé.

Une des difficultés à lesquelles est confronté le COREVIH, comme toute assemblée de ce type, est d'identifier d'une part les forces de travail existantes et mobilisables en son sein, et d'autre part les besoins de la population. Mettre ces deux éléments en adéquation est d'une difficulté spécifique : on peut avoir des acteurs très actifs au sein de la structure et mobilisés par une thématique donnée, sans pour autant que cela ne corresponde à un besoin régional réel, du fait des caractéristiques épidémiologiques du VIH en Bretagne. À l'inverse, des problématiques peuvent avoir été identifiées par les acteurs de terrain ou les usagers, sans que l'on ne trouve facilement les forces nécessaires parmi les membres du COREVIH pour s'atteler à la résolution de ces difficultés. Le rôle du bureau du

COREVIH est justement de mettre ces forces en adéquation, mais la tâche en 2008 a été compliquée par l'absence de secrétariat et de poste de coordination.

Les actions prioritaires ont donc été définies à la fois à partir des volontés présentes au bureau du COREVIH (dépistage) mais également de problématiques identifiées de longue date (prise en charge régionale cohérente et efficace des accidents d'exposition).

La cohésion du COREVIH est également assurée autour de la prise en charge et de la recherche. La présence d'une seule technicienne d'étude clinique pour une file active de 2 500 patients et un territoire de 27 000 km² ne permet bien évidemment aucune velléité de disposer de données exhaustives. Néanmoins, certains centres de prise en charge ont fait d'importants efforts pour disposer de données d'activité. En 2008, le COREVIH a préparé l'arrivée d'un dossier patient commun pour l'ensemble de la Bretagne, qui devrait se concrétiser en 2009-2010.

Enfin, malgré l'étendue du territoire, le COREVIH souhaite que l'ensemble des membres impliqués dans la lutte contre le VIH se rencontrent régulièrement autour de thèmes touchant à l'actualité de la prise en charge, ou autour de problématiques spécifiques faisant débat, d'où l'importance que nous avons attaché à la poursuite des soirées scientifiques du CISIH, dont la fréquentation est plutôt en hausse.

En conclusion, nous pouvons écrire que cette année 2008 a été une année de mise en place du COREVIH où chacun a pu exprimer ses attentes et les modalités de travail qu'il souhaitait voir émerger. L'année 2009 devrait permettre la « naissance opérationnelle » du COREVIH de Bretagne et 2010 le lancement d'une vitesse de croisière... Certains trouveront certainement que c'est un peu long, mais c'est le temps nécessaire à la mise en place de la démocratie sanitaire...et des moyens de la financer.

Dr Cédric Arvieux, président
Ghislain Le Boëtté, vice président

COREVIH de Bretagne

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Membres du Corevih

Annexe 2 : Bureau du Corevih

Annexe 3 : Compte-rendu de la plénière du Corevih du 27 novembre 2008

Annexe 4 : Proposition budgétaire 2008 après assemblée Corevih

Annexe 5 : Règlement intérieur du Corevih Bretagne

Annexe 6 : Activité VIH 2008 Rennes

Annexe 7 : File active suivi VIH CHBA Vannes

Annexe 8 : Activité 2008 Quimper

Annexe 8 bis : Stat VIH Quimper 2008

Annexe 9 : Activités CDAG et CIDDIST en Bretagne

	TITULAIRE S			SUPPLEANTS 1			SUPPLEANTS 2		
	NOM	Prénom	Fonction et organisme	NOM	Prénom	Fonction et organisme	NOM	Prénom	Fonction et Organisme
Collège 1 9 membres	BEUSCART	Claude	PH - CH St Brieuc	BEAUCOURNU	Pascale	Médecin - CH St Brieuc	PAPE	Elisabeth	IDE - CH St Brieuc
	DE SAINT-MARTIN	Luc	PH - CHU Brest	BELLEIN	Véronique	PH - CHU Brest	(à désigner)		
	PERFEZOU	Pascale	PH Pneumologue - CHIC Quimper	BLOUET	André	IDE - CHIC Quimper	(à désigner)		
	NIAULT	Mathilde	Médecin - CHBS - Lorient	MOREAU	Philippe	Médecin CHBS - Lorient	BRUN-FITON	Anne	Médecin - CHBS Lorient
	VEDEILHIE	Claude	PH - CHGR - Rennes	LE HELLO	Roland	Cadre supérieur de santé CHGR	REYNAUD	Marie	Educatrice spécialisée CHGR
	FRITZ	André	Directeur Général - CHU Rennes	CADIOU	Emmanuelle	Directrice adj - CHGR			Directrice adjointe CHU de Rennes
	POINSIGNON	Yves	PH - CHBA - Vannes	POUEDRAS	Pascal	PH Hémato - CHBA Vannes	DOS SANTOS	Anabèle	PH - CHBA - Vannes
	ARVIEUX	Cédric	Praticien hospitalier - CHU Rennes	SOUALA	Faouzi	PH - CHU Rennes	(à désigner)		
	HERAULT	Myriam	Coordinatrice Appt Therap St Brieuc	PEZRON	Aurélie	IDE Appt Th - St Brieuc	RENAUDON CHAUVET	Chantal	Assistante médicale AFTAM Rennes
Collège 2 9 membres	JAOUEN	Sandrine	Psychologue - CHIC - Quimper	VANCOSTENOBLE	Anne	Assistante sociale - CHIC	BRONNEC	Eliane	Assistante sociale - CHBA Vannes
	DORVAL	Iann	PH Biologiste - CHIC - Quimper				(à désigner)		
	DERRIEN	Marie-Christine	IDE - CHU Brest	GUEVEL	Jocelyne	IDE - CHU Brest	GUENEGUES	Marie-Louise	IDE - CHU Brest
	LE TALLEC	Viviane	Cadre de santé - CHBS Lorient	LE PORT	Anne-Laure	IDE - CHBS Lorient	SANCHEZ	Marie-Pierre	Préparateur - CHBS Lorient
	LE MARTELOT	Marie Claire	Médecin CDAG - Conseil Général 56	MANCHEC	Armelle	Médecin Chef du service départemental des actions de santé et de PMI			
	BERNARD	Carole	Assistante sociale - CHU Rennes	MORIN	Françoise	IDE - CHU Rennes	ESNAULT	Catherine	Assistante sociale CHBS - Lorient
	SANTI - PERRIN	Brigitte	CAP RESEAU - Rennes Infirmière	URML		(à désigner)	(à désigner)		
	BESSE	Myriam	animatrice coordinatrice pôle SIDA	COETLEVEN	Aude	Animatrice territoriale de santé Rennes	PAIR	Dominique	IDE - CHBA Vannes
	CHAPPLAIN	Jean Marc	Médecin Réseau Ville Hôpital - Rennes	COSTIOU	Claudine	Réseau Ville Hôpital - Rennes	KERDAL	Soizig	Assistante sociale CHBA - Vannes
Collège 3 6 membres	GAUTIER	Pierre	CHRETIENS ET SIDA - Quimper Retraité	POTIN	Jacky	CHRETIENS ET SIDA Retraité	(à désigner)		
	TRELLU	Michèle	CHRETIENS ET SIDA Retraitée	(à désigner)			(à désigner)		
	LE BOETTE	Ghislain	AIDES 35, Professeur Professeur des Ecoles	MERIAUX	Laurent	AIDES, Délégation 35	(à désigner)		
	LOYER	Emmanuel	Aides 29, volontaire	PRESTEL	Thierry	AIDES Grand Ouest	(à désigner)		
	BROUARD	Anthony	Coordinateur - Brest	(à désigner)			(à désigner)		
	CHANVRIL	Hadjia	Coordinatrice - Vannes	(à désigner)			(à désigner)		
Collège 4 6 membres	GARRE	Michel	PU-PH - CHU Brest	ANSART	Séverine	CHU de Brest	(à désigner)		
	MICHELET	Christian	PU-PH - CHU Rennes	ROUAUD		Cadre supérieure	(à désigner)		
	GUYARD	Fabrice	Délégué régional Sida Info service	MURLIN	Claire	Association Résonance - Caudan	SOULARD	Carine	Animatrice de réseau Sida Info
	TRON	Isabelle	ORS Bretagne	TREHONY	Alain	ORS Bretagne	JARNO	Pascal	Epidémiologiste C-CLIN
	RUFFAULT	Annick	PU PH Biologiste - CHU Rennes	GUISTHAU	Odile	PU PH Biologiste - CHU Rennes	(à désigner)		
	DANIELOU	Hélène	Pole Hépatite C - Rennes	GUYADER	Dominique	Pole Hépatite C Rennes	(à désigner)		

COREVIH (réunion Bureau)

BUREAU - 9 PERSONNES

NOM	Prénom	Fonction	Institution	Adresse postale	Dép.	E-Mail
ARVIEUX	Cédric	PH	Maladies Infectieuses - C.H.U. Pontchaillou REN	2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Ce	35	cedric.arvieux@chu-rennes.fr
BEUSCART	Claude	PH	Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Rue Marcel Proust 22000 SAINT-BRIEUC	22	claud.beuscart@ch-stbrieuc.fr
CHANVRIL	Hadija	Coordinatrice 0676040292	Association AIDES (chanvrilhadija@hotmail.fr)	12 rue Colbert 56100 LORIENT	56	aides.lorient@orange.fr
DANIELOU	Hélène	PH	S.M.F. C.H.U. RENNES - Réseau hépat	2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Ce	35	helene.danielou@chu-rennes.fr
DERRIEN	Marie-Christine	IDE	C.H.U. La Cavale Blanche	Boulevard Tanguy Prigent 29609 BREST Cede	29	marie-christine.derrien@chu-brest.fr
GAUTIER	Pierre		Chrétiens et S.I.D.A.	1 ter rue du Docteur Guillard 29000 QUIMF	29	gautierpr@yahoo.fr
LE BOËTTE	Ghislain	Professeur des Ecoles	Association A.I.D.E.S.	1 rue Anatole France 35000 RENNES	35	ghis.aides@gmail.com
LE MARTELOT	Marie-Claire	Médecin CDAG - Conseil Général	C.D.A.G. 56/02 97 84 42 41 ou 0670179079	11 quai De Rohan 56100 LORIENT	56	marie-claire.lemartelot@cg56.fr
POINSIGNON	Yves	PH	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique - Médecin	20 bd Général Maurice Guillaudot 56000 V	56	yves.poinsignon@ch-bretagne-atlantique.fr

Préalable

En l'absence de secrétariat effectif du COREVIH, le compte rendu de cette première réunion est synthétique. Il a été rédigé par C. Arvieux et corrigé par les membres du bureau présents à la réunion.

Ordre du jour :

- Bilans des activités 2008 (C. Arvieux)
- Proposition de budget pour 2008 et 2009 (C. Arvieux)
- Profil de poste de coordonnateur du COREVIH
- Création des commissions de travail (H. Chanvril)
- Présentation de la méthodologie de travail de la commission AES (P. Gautier)
- Modalités de rédaction du rapport d'activité 2008
- Validation du règlement intérieur
- Locaux du COREVIH

Bilan des activités

On rappelle brièvement le rôle du COREVIH : instance consultative dont les missions sont (rapport d'expert 2008) :

favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médicosociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé ;

participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;

procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH (cohorte DMI2).

Au cours de l'année 2008, le bureau s'est réuni à 4 reprises (conférences téléphoniques ou réunions physiques) essentiellement pour discuter de la question du budget et de mise en place de commissions de travail sur des sujets étant apparus comme prioritaires.

Présentation du budget

Au jour de la réunion, le COREVIH de Bretagne n'a toujours pas de budget officiel, ni pour l'année 2007, ni pour l'année 2008. Le problème se situe autour de l'affectation des moyens attribués à la mission d'intérêt général (MIG) « COREVIH » qui est versée au CHU de Rennes, établissement d'accueil du COREVIH de Bretagne (nomination nationale). En effet, l'ARH considère que des moyens sont affectés à cette MIG, alors que le CHU recevait déjà ces moyens au titre du soin avant la création des COREVIH. Il a donc été demandé au CHU de Rennes de faire un effort important pour « extraire » de son budget les moyens destinés au fonctionnement du COREVIH. Il a fallu un an pour

arriver à la proposition d'un budget de 319 490 €, dont une partie est un transfert à partir de l'ex budget CISIH (poste de TEC, 30% de secrétariat médical) et une partie la « création de moyens ».

Suite à la présentation de ce budget à l'assemblée, et près un long débat où il ressort notamment l'importance stratégique du recueil épidémiologique, il ressort que :

- ✘ La présence de seulement deux postes de TEC ne permettra pas de couvrir le recueil épidémiologique sur l'ensemble de la Bretagne ni d'alimenter les bases de données, et le nombre de six TEC issue du calcul sur la base du guide de l'aide à la contractualisation paraissait le minimum indispensable (L. de Saint Martin), et qu'il est nécessaire d'envisager deux postes de TEC supplémentaires afin que chaque département dispose d'au moins un TEC (C. Beuscart). En l'absence de ces moyens, la troisième mission du COREVIH « procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH (cohorte DMI2) » ne pourra être accomplie.
- ✘ Malgré tout, le passage d'un budget coordination de l'Ex CISIH de 50 000 € à un budget de 320 000 € devrait permettre de pouvoir commencer à travailler correctement et représente un effort budgétaire important dans le contexte actuel (Y. Poinsignon)
- ✘ Le budget proposé est adopté par 15 voix pour, 4 abstentions et 3 contre, sous réserve qu'il soit assorti d'une demande supplémentaire de financement de deux postes de TEC.
- ✘ D'importantes questions sur l'équité géographique ressortent du débat (Y. Poinsignon, C. Beuscart, L. de Saint Martin, T. Prestel) avec la crainte d'une centralisation et une non redistribution des crédits détenus par l'établissement siège.
- ✘ Il paraît important de bien définir la tâche des TEC du COREVIH de Bretagne, tant pour redéfinir le rôle du poste de TEC actuellement au CHU de Rennes (dont le seul rôle est d'alimenter la base nationale du DMI-2) que du poste qui va être recruté en supplément dans un 1^{er} temps (C. Michelet)
- ✘ Une question est posée (T. Prestel) sur le caractère très hospitalier de la construction du budget (postes exprimés en équivalents de temps de secrétariat médical, de praticien hospitalier, d'adjoint des cadres) : il n'a malheureusement pas été possible au niveau national de trouver d'autre solution que de verser le budget des COREVIH à l'établissement siège. Le CHU exprime donc son budget en fonction de ce qu'il connaît, ce qui ne veut pas dire nécessairement que les expressions budgétaires des postes correspondent à des fonctions spécifiques. Cela laisse néanmoins augurer de complications possibles en terme de gestion : en effet, le budget du COREVIH va être « saucissonné » entre les différentes directions du CHU et il va être difficile pour le COREVIH d'avoir un suivi précis de son budget. Une vigilance importante sera nécessaire à ce niveau (C. Arvieux).

Commissions de travail (H. Chanvril)

Suite aux discussions de la réunion de création du COREVIH en novembre 2007 puis aux réunions de bureau e 2008, plusieurs pistes de travail importantes sont apparues. Ces propositions émanent essentiellement du bureau, et il est important que par la suite elles soient complétées par d'autres membres du COREVIH.

Liste des commissions envisagées :

- ✘ Dépistage, pilotée par le Dr Le Martelot (Lorient), en collaboration avec Mme Derrien (Brest). Une description des premiers travaux engagés est effectuée par le Dr Le Martelot). L. Meriaux se porte candidat pour participer à cette commission.
- ✘ Accidents d'exposition, pilotée par H. Chanvril et P. Gautier (Vannes, Quimper). Le calendrier de travail envisagé est présenté par Pierre Gautier. M. Nialut s'est portée candidate pour participer à cette commission.
- ✘ Base de donnée (Nadis) pour l'instant pilotée par C. Arvieux (Rennes)
- ✘ Médecine de ville (généralistes, mais aussi spécialistes concernés par le VIH comme les gynécologues ou les proctologues)
- ✘ Prise en charge en milieu carcéral
- ✘ Prévention
- ✘ Événementiel (par exemple autour de la journée du 1^{er} décembre)

Pour l'instant, seules les trois premières commissions sont fonctionnelles, un « appel à participation » va être réalisé pour l'ensemble des commissions envisagées.

Règlement intérieur

Le règlement intérieur qui a été proposé est assez souple, l'assemblée étant partie du principe que se mettre trop de contraintes n'était pas nécessairement un avantage. Néanmoins, afin de garantir un minimum de démocratie, nous envisageons deux modifications par rapport au modèle proposé :

- ✘ Que les membres du bureau du COREVIH démissionnaires soient remplacés à l'issue d'un vote de l'assemblée plénière (pas de remplacement automatique par le suppléant, contrairement à ce qui est proposé pour l'ensemble des membres du COREVIH).
- ✘ Que la liste des membres du COREVIH soit « dépoussiérée » tous les 2 ans, en proposant une nouvelle liste de membres suppléants notamment en fonction des changements de fonction, d'affectation ou de lieu d'exercice

- ✘ Que l'assemblée plénière du COREVIH ne puisse avoir lieu et procéder au vote que si un quorum de 10 membres présent est atteint. En l'absence de ce quorum, une nouvelle assemblée est convoquée (sans quorum cette fois-ci).

Organisation générale

Il est proposé de fixer d'emblée les dates de réunion pour 2009, en prévoyant une première réunion assez rapidement (janvier ou février), une seconde avant les vacances d'été et une troisième à l'automne 2009. La durée de la réunion ce jour paraissant trop courte, des réunions d'une journée complète vont être envisagées une fois que les travaux des commissions auront débutés.

NATURE DEPENSES	ETP	MONTANT	Remarques
Secrétariat médical	1	44 400 €	
PH	0,5	60 000 €	
TEC	2	100 000 €	
IDE	0,3	14 040 €	
Adjoint des cadres	0,6	28 080 €	
Total charges directes		246 520 €	
Charges	20%	49 304 €	Frais de fonctionnement (matériel, déplacements etc...)
Frais de gestion	8%	23 666 €	Au titre de « d'hébergement » du COREVIH
Budget total		319 490	

Tableau 1 : Proposition de budget par le CHU de Rennes

NATURE DEPENSES		MONTANT	
Secrétariat	1	44 400	
Temps médical consacré au COREVIH par le CHU de Rennes	0,5	60 000	
TEC	4	200 000	+ 2 TEC
Adjoint des cadres	1	46 800	Budget IDE + Adjoint des cadres regroupés = complément de 10% pour un temps plein
Total 1 Charges en personnel		351 200	
Charges indirectes	20%	70 240	
Frais de gestion	8%	28 096	
Budget total		449 436 €	Delta = + 3 110€ pour le poste de coordination et + 100 000 pour les deux postes de TEC supplémentaires

Tableau 2 : Proposition de budget par l'assemblée plénière du COREVIH

BUDGET DU COREVIH 2008 et 2009

Suite à l'assemblée plénière du COREVIH du 26 novembre 2008, et en appliquant les règles de calcul du guide des missions d'intérêt général et de la contractualisation, voici les propositions de budget du COREVIH pour l'année 2009.

Rappel sur la « réalité » et ce que l'on peut considérer comme acquis:

ETAT ACTUEL de ce qui fait fonctionner le COREVIH

- Un poste de TEC à temps plein
- Quelques heures de secrétariat (10 %)
- ½ journée de PH par semaine (10%)
- Pas de budget de fonctionnement

Valorisation : TEC 50 000 € / Secrétariat 0,10x 31 250 €/ PH
0,10x104 230 €

Ce que devrait être le budget selon les règles établies dans le guide d'aide à la contractualisation de juin 2008, sur la base d'une file active de 2250 patients suivis et d'un territoire de 30 000 km².

Budget de base 10 00 km², file active de 750 patients:

- 0.30 ETP PH : 31 270€
- 1 ETP secrétariat : 31 250€
- 2 postes de TEC : 100 000€
- 1 ETP coordination (eq adjoint des cadres) : 41 520€
- 30% de budget de fonctionnement : 61 212
- **Total : 265 252€**

Ajustement sur la file active

- 3 ETP TEC : 150 000€

Ajustement sur le territoire

- 30 000 km² : 103 200€

Le budget en personnel est donc de 350 040€, auquel on rajoute 30% de frais de fonctionnement (106 512€) et 103 200 au titre du territoire, **soit un budget annuel de 559 752,00 €**

Proposition de base minimale pour 2009

- 1 ETP de secrétariat (30 450 €)
- 4 ETP de TEC (200 000€)
- 1 ETP data manager base de données (50 000)
- 50% de PH pour la coordination médicale
- 1 ETP chargé de mission (équivalent adjoint des cadres)
- Budget de fonctionnement par action.

Ligne budgétaire	%/n	Valorisation	Coût
Charges de groupe 1			
ETP secrétariat	1	31 250	31 250
ETP TEC	4	50 000	200 000
ETP Data manager	1	50 000	50 000
PH	0.5	104 230	52 115
Chargé de mission	1	41 520	41 520
Total personnel			374 885
Budget de fonctionnement			
Mission AES	1	5 000	5 000
Mission CDAG	1	5 000	5 000
Mission médecine générale	1	5 000	10 000
Organisation des réunions scientifiques	7	2 000	14 000
Réunions bureau	3	700	2 100
Réunion plénières	3	3 000	9 000
Total personnel			45 100
TOTAL pour 2009			419 985€
Investissement à prendre sur le budget 2008			
Photocopieuse/fax/abonnement portable	1	6 000	6 000
Imprimante	1	1 000	1 000
Ordinateur portable	1	2 500	2 500
Vidéoprojecteur	1	1 100	1 100
Bureaux/matériel informatique	4	1 500	6 000
TOTAL			16 000€

Il est rappelé dans le guide de la MIG :

« Il est enfin souligné que les postes d'agents financés sur la base de cette modélisation doivent concourir à ce que les comités puissent remplir les missions qui leur sont dévolues dans le cadre du décret et de la circulaire. Il s'agit en particulier de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels, participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de celle-ci, à l'harmonisation des pratiques et augmenter l'exhaustivité du recueil des données médico-épidémiologiques.

Pour mémoire, il est rappelé que le COREVIH a été mis en place en novembre 2007, que le CHU de Rennes a bénéficié d'un budget au titre de la MIG COREVIH pour 2007 et 2008 supérieur au montant calculés ici.

30 000€ doivent être provisionné sur les crédits 2008 pour la mise en place de la base de données « Nadis ».

Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) de Bretagne

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Vu le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine ; la circulaire n° DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine ; les arrêtés préfectoraux du 29 octobre 2007 fixant respectivement le nombre des sièges et la composition du COREVIH de Bretagne ;

Article 1 – Missions

Le COREVIH a pour missions de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

Pour réaliser ces missions, le COREVIH-BRETAGNE s'appuiera sur :

- Les recommandations sur la prise en charge élaborées dans le rapport d'experts régulièrement actualisé. Le COREVIH-BRETAGNE participera à la diffusion et à l'appropriation par les acteurs de ces recommandations ;
- Les travaux produits par les différentes agences nationales ou régionales : l'Agence Nationale de Recherches sur le sida (ANRS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (INVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), la Haute autorité de santé (HAS), ORS de Bretagne etc...
- Les données épidémiologiques et les différentes études concernant le territoire de référence du COREVIH-BRETAGNE. A cette fin, le COREVIH-BRETAGNE doit se doter d'une base de données commune à l'ensemble des services participants à l'activité du COREVIH en Bretagne.

Le COREVIH est une instance consultative.

Le siège du COREVIH de Bretagne est fixé au CHU de Rennes, Site de Pontchaillou, av. Henri Le Guilloux 35 033 Rennes cedex 9.

Article 2 – Composition

La composition du COREVIH fait l'objet d'un premier arrêté qui fixe le nombre de sièges par collège et d'un deuxième arrêté de nomination des membres titulaires et suppléants. Ces 2 arrêtés sont pris par le préfet de la région d'implantation du COREVIH.

Le mandat des membres du COREVIH est de 4 ans renouvelable.

Tout membre élu qui cesse ses fonctions en cours de mandat est remplacé pour la durée du mandat restant à accomplir par son suppléant, sous réserve de l'accord de celui-ci.

Tous les 2 ans, le bureau établit la liste membres titulaires et suppléants n'exerçant plus leur mandat et les différents collèges constituant proposent des modifications en fonction des départs ou démission des membres, sur la base d'une concertation avec les acteurs de la lutte contre le sida qu'ils représentent.

Article 3 – Bureau du COREVIH

3.1 – Constitution du bureau

Le bureau du COREVIH est constitué de 9 membres au maximum dont un président et un vice président.

Le bureau doit obligatoirement intégrer au moins une personne de chacune des trois catégories d'acteurs suivantes : représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, représentants des usagers et du système de santé et intégrer à la fois des membres des secteurs hospitalier et extra hospitalier

Le bureau est élu par les membres du COREVIH lors de la première réunion et est renouvelé tous les 4 ans.

Remplacement d'un membre du bureau : tout membre qui cesse ses fonctions en cours de mandat est remplacé pour la durée du mandat restant à accomplir par un membre du COREVIH-BRETAGNE après un nouveau vote.

3.2 – Rôle du bureau

Le bureau est chargé d'élaborer et de proposer aux membres du COREVIH le programme et le rapport annuel d'activité, et de proposer les modalités de collaboration entre les différents membres.

L'élaboration du programme de travail doit tenir compte des priorités définies au niveau régional mais également de celles envisagées au plan national.

3.3 – Modalités de fonctionnement du bureau

Le bureau se réunit selon la périodicité utile à l'avancement des travaux menés par le COREVIH dont l'élaboration du programme annuel de travail et du rapport d'activité. Les réunions peuvent se tenir par conférence téléphonique ou visioconférence de façon à faciliter la participation de l'ensemble des membres.

La convocation aux réunions du bureau est adressée par le secrétariat du COREVIH aux membres du bureau.

Les documents nécessaires aux réunions sont adressés avec la convocation par voie électronique.

Les propositions et décisions du bureau sont adoptées à la majorité des membres présents. En cas d'égalité des votes, le président a voix prépondérante.

Le bureau se réunit au moins 6 fois dans l'année (dont trois préparations des séances plénières),

Le projet de compte-rendu synthétique des réunions de bureau est adressé à chaque membre du bureau par le secrétariat du COREVIH par voie électronique, pour relecture et correction, avec un délai de réponse au moins égal à une semaine. L'absence de réponse dans le délai indiqué vaut accord. Une fois validé, le

compte rendu de la réunion de bureau est diffusé à l'ensemble des membres titulaires et suppléants du COREVIH.

Le bureau rend compte de son activité à l'assemblée plénière du COREVIH, par écrit ou oralement en séance plénière.

Le COREVIH produit un rapport d'activité annuel selon les modalités prévues dans la circulaire DHOS/DGS du 27 août 2007¹.

3.4 – Présidence – vice présidence

Le président et le vice-président sont élus parmi les membres du COREVIH. lors de la première réunion du COREVIH. L'élection du président et du vice-président se fait à bulletin secret. Le vice-président assiste le président.

Le bureau détermine l'ordre du jour des réunions de la formation plénière.

Le président anime les réunions du comité. Il assure la bonne tenue des débats et veille à ce que chaque membre puisse s'exprimer et à ce que le temps de parole soit équitablement réparti. Il est notamment chargé de veiller à l'application du présent règlement. Il peut être assisté dans ces fonctions par un ou plusieurs membres du bureau.

En cas d'empêchement temporaire constaté par le bureau, le vice-président supplée le président. Il dispose dans ce cas des prérogatives du président. En cas d'empêchement temporaire du président et du vice-président, le bureau peut désigner l'un de ces membres pour assurer ces missions.

Les membres du bureau rendent comptes de leurs activités en lien avec le COREVIH-BRETAGNE lors des réunions de bureau.

Article 4 – Fonctionnement

4.1 – Secrétariat du comité

Le secrétariat du comité est assuré par un temps de secrétariat, bénéficiant d'un personnel dédié.

4.2 – Fréquence des réunions plénières

Les réunions ont lieu au minimum 3 fois par an dont une fois en présence des DDASS, DRASS et ARH.

Un quorum de 10 membres présents (titulaires ou suppléant en l'absence du titulaire) est nécessaire à la tenue d'une assemblée plénière. En l'absence de ce quorum, une nouvelle réunion plénière est convoquée dans un délai de deux mois, par le président du COREVIH, et pourra délibérer sans quorum.

4.3 – Convocation et ordre du jour des séances plénières du COREVIH

La proposition d'ordre du jour doit être envoyée au plus tard un mois avant la date de plénière. Les propositions de modification de chaque membre doivent parvenir au président dans les 15 jours qui suivent la réception de proposition d'ordre du jour. Le président adressera aux membres titulaires du COREVIH-BRETAGNE l'ordre du jour définitif, au plus tard une semaine avant la plénière, ainsi qu'aux membres

¹ CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/2007/328 du 27 août 2007 relative au rapport d'activité type des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

suppléants à titre d'information. Les documents nécessaires à la tenue de la réunion sont adressés aux membres titulaires et suppléants du COREVIH-Bretagne, par voie électronique.

4.4 – Absence, représentation et suppléance aux réunions plénières

Les membres titulaires absents sont remplacés par leurs suppléants dans l'ordre de leur nomination. Il revient au membre titulaire d'avertir son premier suppléant de son absence. Il revient à ce dernier, d'avertir de son absence le deuxième suppléant. Il n'est pas prévu de procuration.

En principe, un membre suppléant ne participe à une réunion du comité qu'en l'absence du titulaire. Toutefois, avec l'accord ou à la demande du bureau du COREVIH, un membre suppléant peut être invité à participer à la réunion en qualité d'expert en présence du membre titulaire sans pouvoir prendre part aux votes le cas échéant. En fonction des dossiers à traiter, le bureau a la possibilité d'inviter toute personne qualifiée ou expert.

Une liste des participants est établie pour chaque réunion.

4.5 – Modalités d'adoption des avis

Les programmes, rapports, avis, propositions et décisions sont adoptés à la majorité des membres présents à main levée, sauf demande expresse d'un des représentants, auquel cas un vote à bulletin secret sera organisé. En cas d'égalité des votes, le président a voix prépondérante.

Une liste de votants est établie avant le vote. Seuls votent les membres titulaires, le 1^{er} suppléant en l'absence de son titulaire, le 2^{ème} suppléant en l'absence du titulaire et du 1^{er} suppléant.

4.6 – Compte-rendu de réunion plénière

- Rédaction

Un compte-rendu synthétique est rédigé à l'issue de chaque séance par le secrétariat du COREVIH.

- Approbation

Le compte-rendu de séance est diffusé aux membres du bureau qui disposent d'un délai au moins égal à une semaine pour y apporter leurs corrections. L'absence de réponse dans le délai indiqué vaut accord. Le compte-rendu est ensuite diffusé à l'ensemble des membres titulaires et suppléants du COREVIH. Il fait l'objet d'une approbation en début de séance suivante, ou par écrit en cas de nécessité.

- Diffusion

La version finale du compte-rendu des réunions est adressée à chaque membre titulaire ou suppléant par le secrétariat du COREVIH, par voie électronique. Il peut être diffusé plus largement à des correspondants privilégiés ne faisant pas partie du COREVIH-Bretagne, dont la liste est établie par le bureau.

Article 5 – Déontologie

Les membres du COREVIH-Bretagne sont invités à la discrétion lorsque des situations pouvant mettre en cause des personnes ou des structures sont évoquées en réunion.

Article 6 – Commissions thématiques de travail

Le bureau ou la réunion plénière du COREVIH peuvent déterminer les thèmes, la composition et les responsables des commissions thématiques de travail nécessaires à la réalisation de ses missions. Ces commissions de travail se réunissent sur convocation de leur responsable, soit directement, soit par

l'intermédiaire du secrétariat du COREVIH-Bretagne. Chaque commission peut s'adjoindre en qualité d'experts des membres extérieurs au COREVIH.

Le responsable détermine l'ordre du jour des séances après concertation des membres de la commission. Les comptes-rendus des commissions sont rédigés par un membre de celle-ci désignée et sont validés par les personnes présentes en réunion avant d'être diffusés. Les projets de rapport ou avis de ces commissions thématiques de travail sont présentés au bureau qui rédige et propose une résolution au COREVIH-Bretagne lors d'une plénière.

Article 7 – Dispositions particulières : FRAIS DE DÉPLACEMENT

Les remboursements des frais de déplacement des membres du COREVIH, engagés dans le cadre de l'exécution de leur mandat, sont pris en charge sur le budget affecté au COREVIH-Bretagne financé sur la mission d'intérêt général, L'Association pour la Formation et la Recherche en Réanimation et Infectiologie (AFRRI) est mandatée par le COREVIH pour le règlement des frais de déplacement des membres du COREVIH-Bretagne non membres du personnel du CHU de Rennes. A cette fin, une convention est signée entre le CHU de Rennes, siège d'implantation du COREVIH et l'AFRRI.

Article 8 – Financement et budget du COREVIH-Bretagne

8-1 Financement public : MIG

Les COREVIH sont financés par une MIG (Mission d'Intérêt général). Le mode de calcul des enveloppes financières des 28 COREVIH figure dans le guide méthodologique de la DHOS d'aide à la contractualisation des MIGAC. La modélisation prévoit pour chaque COREVIH un modèle de base qui permet de disposer d'un coût minimum devant être couvert par la dotation MIGAC. Ce modèle de base est pondéré en fonction de la superficie du territoire couvert par chaque COREVIH et de l'importance des files actives suivies par chaque COREVIH. Le COREVIH-Bretagne discute et vote annuellement un budget prévisionnel et un budget réalisé sur proposition du Bureau du COREVIH.

8-2 Autres source de financements : don et legs

Le COREVIH-Bretagne est un organisme consultatif qui ne dispose pas de la personnalité morale et ne peut donc pas recevoir directement de dons ou legs. Dons ou legs peuvent être versés à l'établissement de rattachement du COREVIH afin qu'ils soient utilisés pour financer des projets de ce comité. Ces financements additionnels devront :

- faire l'objet d'une convention entre le financeur privé et l'établissement siège du COREVIH-Bretagne, établissant clairement l'usage des fonds ;
- être approuvé par le bureau du COREVIH-Bretagne ;
- les membres du comité devront en être informés.

Un donateur privé ne peut interférer sur le programme d'action du COREVIH-Bretagne ou le programme des journées scientifiques.

Article 9 – Modifications du règlement intérieur

Les modifications du règlement intérieur peuvent être proposées par le bureau ou par au moins 3 membres titulaires. Ces modifications sont soumises au vote du COREVIH-Bretagne et ne sont adoptées que si elles obtiennent une majorité égale ou supérieure aux deux-tiers des votants.

Adopté en assemblée plénière du COREVIH-Bretagne du 20 février 2009

Le Président,
Dr Cédric Arvieux



Bilan d'activité du CHU de Rennes concernant l'infection par le VIH

- Données de file active issue du DMI2
- Recherche clinique et publications
- Bilan annuel de l'activité du CDAG
- Prise en charge des accidents d'exposition aux virus
- Bilan d'activité de la consultation d'éducation thérapeutique
- Bilan d'activité du service social
- Bilan d'activité de la prise en charge psychologique
- Bilan d'activité de « AIDES à domicile ».

A - Exploitation DMI2

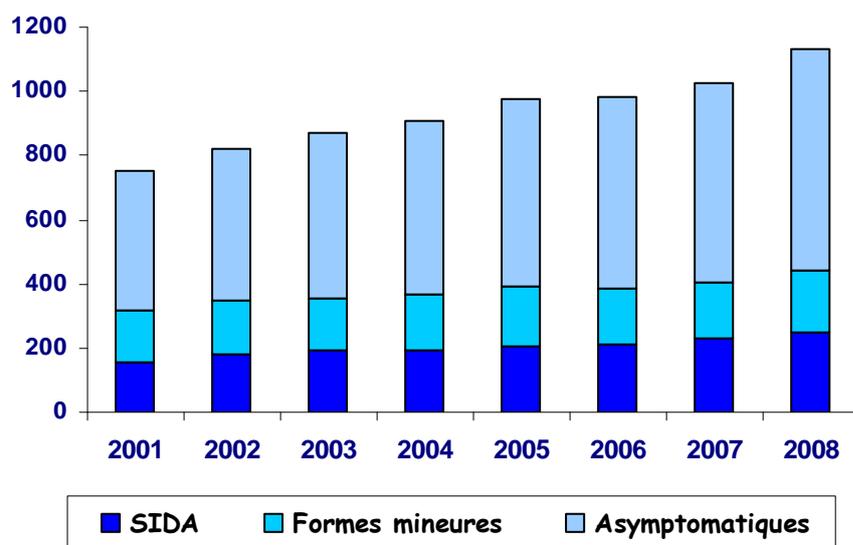
A1. Modalités de prise en charge



A.1.1. File active annuelle du CISIH de RENNES*

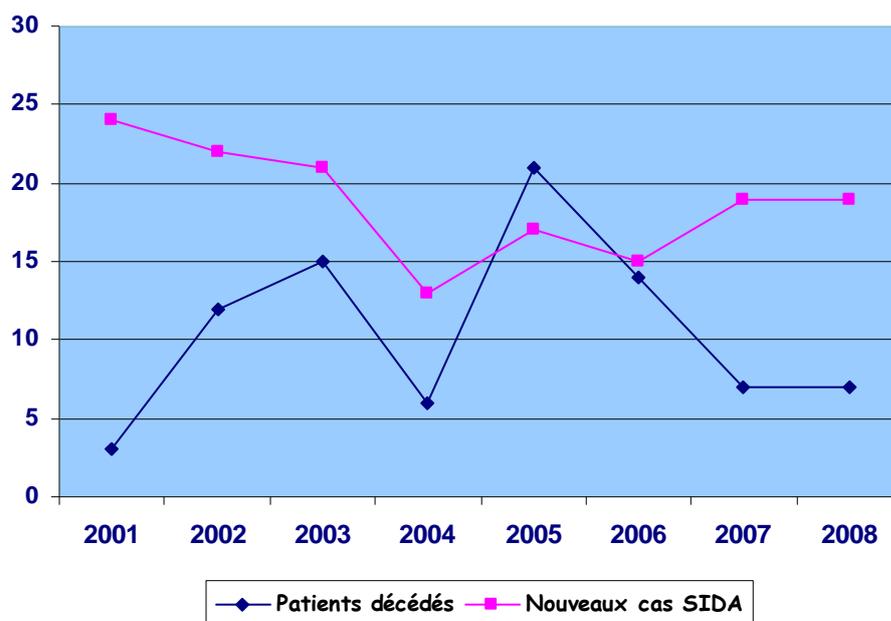
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de patients	755	821	870	907	976	983	1 023	1 132
SIDA	157	180	190	192	208	212	227	249
Formes mineures	160	166	163	172	182	171	176	190
Asymptomatiques	438	475	517	543	586	600	620	693

FILE ACTIVE CISIH DE RENNES



A.1.2. Mouvement des malades de la file active annuelle du CISIH de RENNES

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Patients décédés	3	12	15	6	21	14	7	7
dont au stade SIDA	1	9	10	3	10	9	4	4
Nouveaux cas SIDA	24	22	21	13	17	15	19	19
Patients vus pour la 1ère fois	99	85	65	82	113	87	117	138
1ère sérologie + au cours de la période	49	49	38	35	52	39	43	60
SIDA	9	8	7	2	6	5	4	9
Formes mineures	1	1	3	2	0	1	2	4
Asymptomatiques	39	40	28	31	46	33	37	46



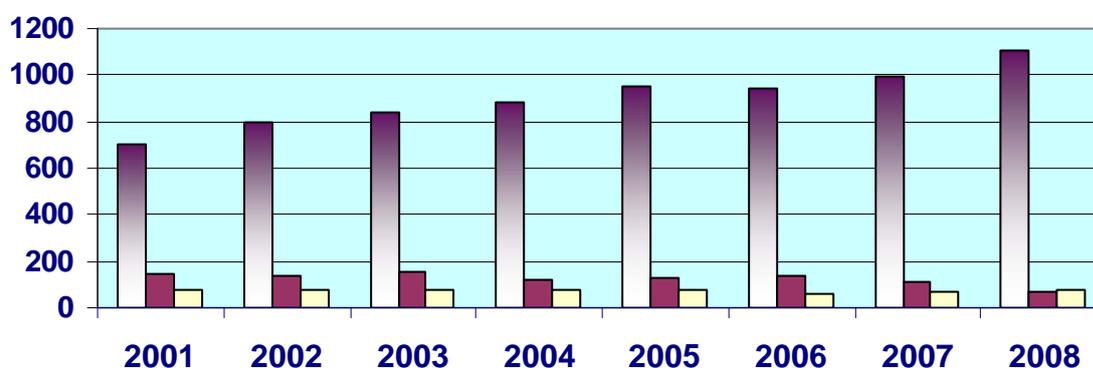
A.1.3. Activité de soins

A.1.3.1. Par patient*

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Patients suivis en consultation*	706	795	837	885	949	947	993	1 104	(+11,2%)
Maladies Infectieuses	666	753	792	842	902	896	939	1 048	
Pédiatrie	40	42	45	43	47	51	57**	56	
Patients suivis en Hôp.de jour* (Maladies Infectieuses)	142	135	151	118	126	137	115	67	(-41,7%)
Patients hospitalisés*	76	73	74	76	74	60	65	81	(+24,6%)
Maladies Infectieuses	68	69	71	68	63	54	55	68	
Réanimation médicale	5	13	9	7	16	9	13	12	
Autres services	15	11	14	13	13	9	18	23	

*Un même patient a pu bénéficier de plusieurs modes de prise en charge

**La prise en charge de 3 patients suivis en pédiatrie a été relayée par le service des maladies infectieuses au cours de l'année 2007



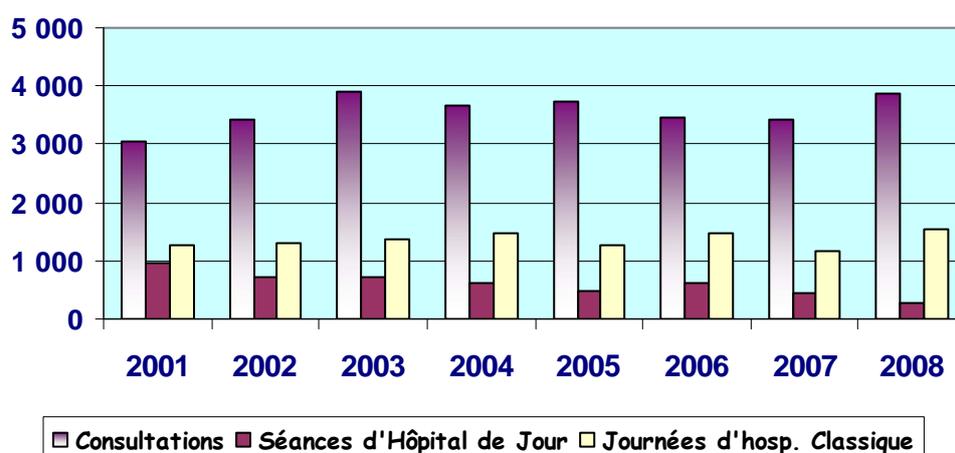
■ Patients suivis en consultation*

■ Patients suivis en Hôp.de jour*

■ Patients hospitalisés*

A.1.3.2. Par recours

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Consultations (nombre)	3 049	3 435	3 903	3 669	3 750	3 446	3 438	3 889	(+13,1%)
Maladies Infectieuses	2 956	3 332	3 786	3 552	3 624	3 321	3 320	3 765	
Pédiatrie	93	103	117	117	126	125	118	124	
Séances d'Hôpital de Jour (nombre) (Maladies Infectieuses)	942	709	709	617	465	610	445	269	(-39,5%)
Journées d'hosp. Classique (nombre d'entrées)	1 263	1 304	1 367	1 486	1 262	1 463	1 178	1 549	(+31,5%)
Maladies Infectieuses (nombre d'entrées)	1 092	1 135	1 224	1 200	1 032	1 143	918	1 096	
Réanimation Médicale (nombre d'entrées)	84	75	55	170	104	55	51	187	
Autres services (nombre d'entrées)	87	94	88	116	126	265	209	266	
	22	17	17	18	15	16	27	38	



A2. Malades



A.2.1. Epidémiologie générale

1 132 malades ont été vus au moins une fois au cours de l'année 2008 (quel que soit le mode de recours) dont 138 pour la première fois. La séropositivité a été découverte pour la première fois chez 59 d'entre eux.

Ces chiffres étaient respectivement de 1 023 malades et 117 nouveaux patients pour 2007.

Les répartitions suivantes sont établies d'après les dernières données renseignées en 2008 pour les patients suivis depuis plus de six mois :

Stade de la maladie		Nombre de CD4/mm ³		Charge virale copies/ml	
SIDA	23,4%	<50	0,4%	<200	81,5%
Formes mineures	18,4%	50 - 200	3,3%	200 - 4 000	9,2%
		200 - 350	14,8%	4 000 - 10 000	2,9%
		350 - 500	25%	10 000 - 50 000	3,5%
Asymptomatiques	58,2%	>500	56,5%	50 000 - 100 000	1,3%
				>100 000	1,6%
		Moyenne = 578/mm ³ Ecart-type = 273		Moyenne 4 617 Ecart-type = 25 055	
NB : 0,3% des patients ont des CD4<200mm³ et une charge virale>10 000 copies, définition utilisée par l'INSERM pour les patients en échec immunovirologique de traitement					

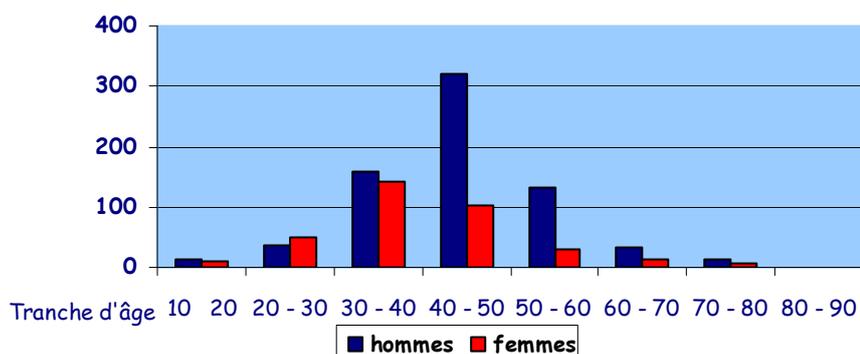
A.2.1.1. Répartition par âge et par sexe

Age moyen = 42 ans

◆ 740 hommes (âge moyen = 44 ans)

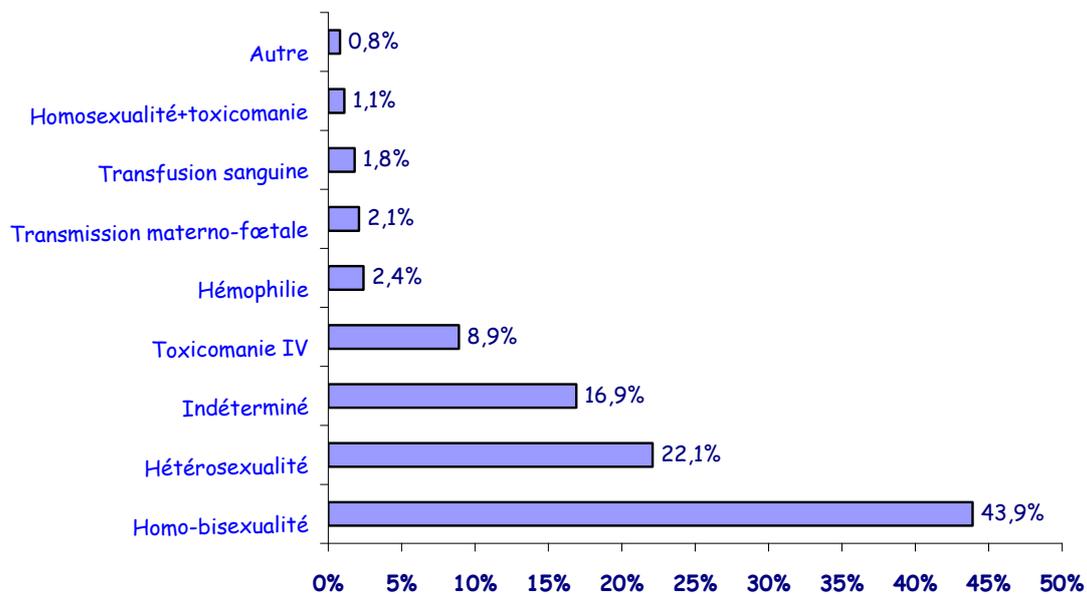
◆ 392 femmes (âge moyen = 38 ans)

Sex-ratio = 1,89

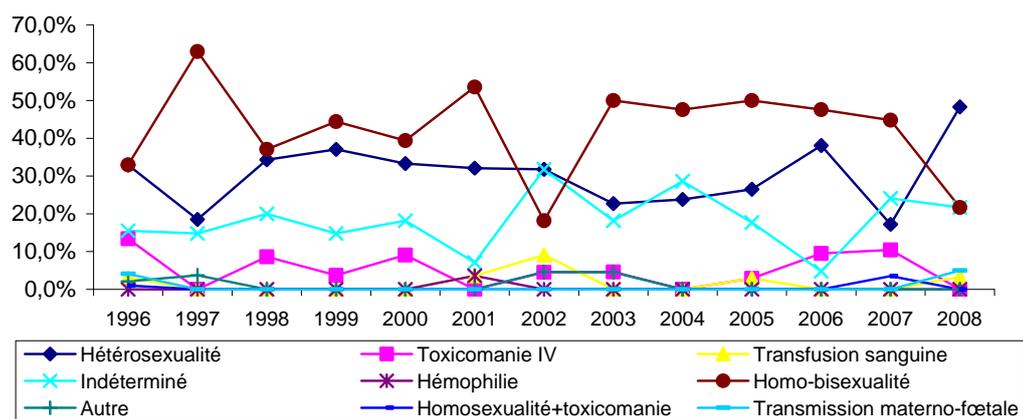


A.2.1.2. Facteurs de risque

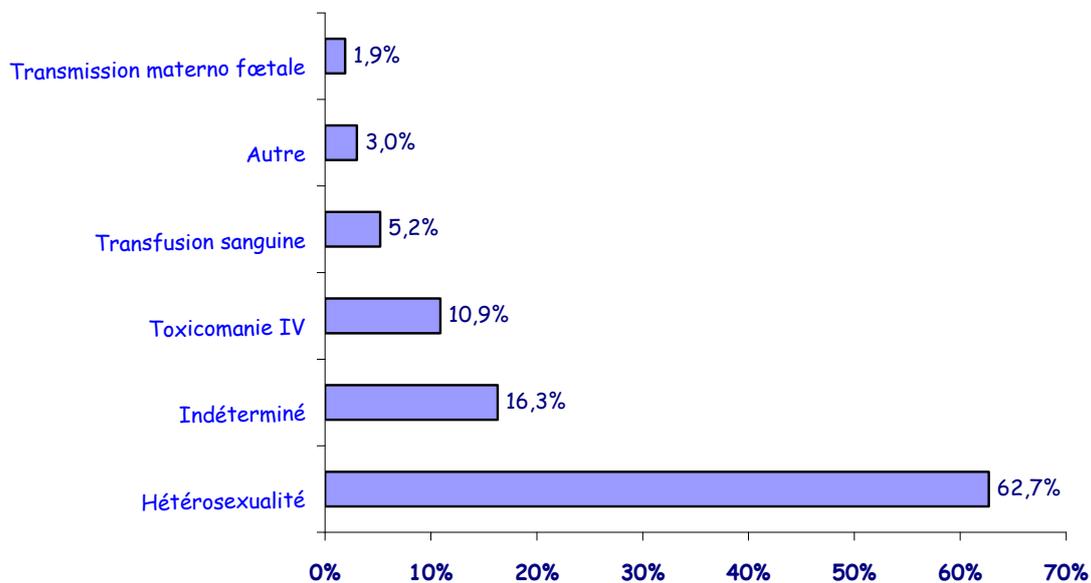
Hommes



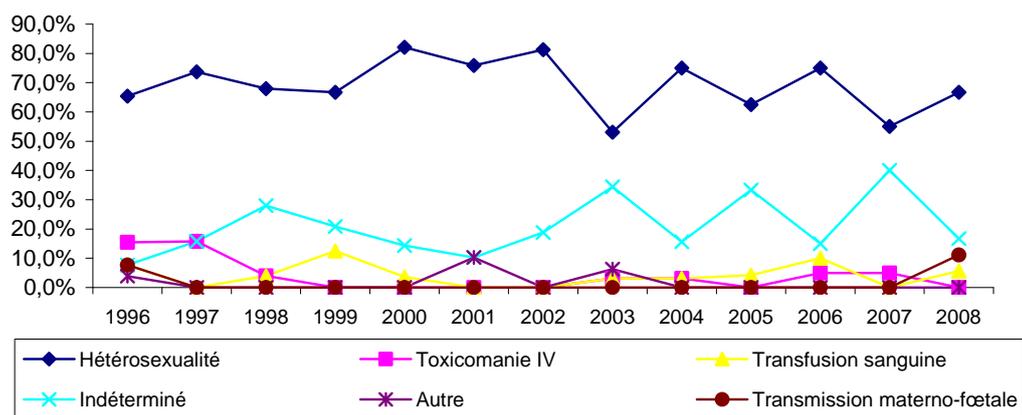
Répartition par groupe de transmission selon l'année du diagnostic



Femmes

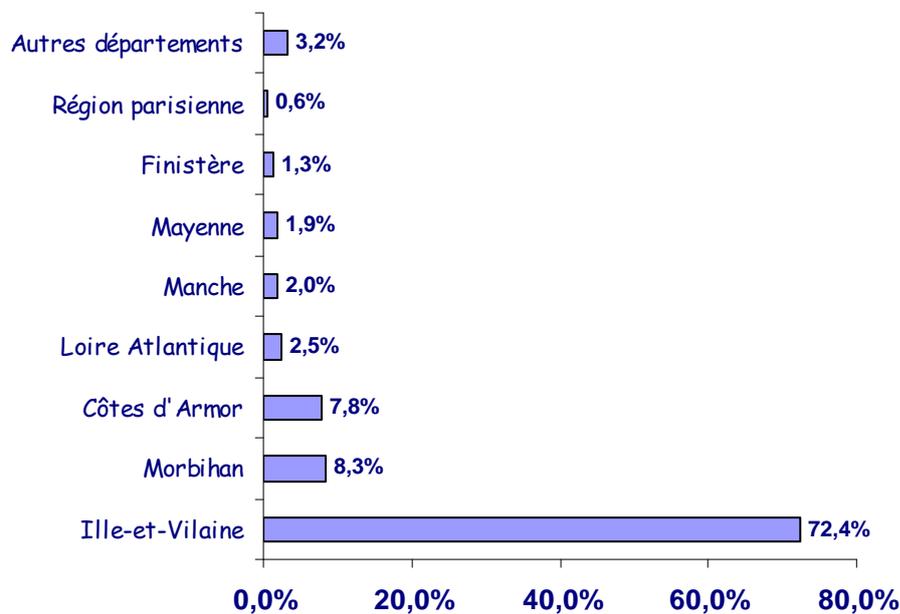


Répartition par groupe de transmission selon l'année du diagnostic



A.2.1.3. Répartition géographique

Départements de domicile des 1 132 patients suivis au cours de l'année 2008 :

**A.2.2. Evénements déterminant la déclaration chez les 19 nouveaux cas de sida**

Événement	Nombre de patients	Sérologie connue				Sérologie inconnue	
		auparavant		auparavant		France	Etranger
		Suivis	Traités	France	Etranger		
oui	non	oui	non				
Pneumocystose	3	0	2	0	2	0	1
Tuberculose pulmonaire	3	1	0	0	1	0	2
Cryptococcose extra-pulmonaire	2	0	0	0	0	0	2
Infection à CMV	2	1	1	1	1	0	0
Leucoencéphalite multifocale progressive	2	0	1	0	1	0	1
Mycobactériose disséminée ou extra-pulmonaire	2	2	0	2	0	0	0
Toxoplasmose cérébrale	2	1	0	0	1	0	1
Tuberculose extra-pulmonaire	2	0	0	0	0	0	2
Candidose esophagienne	1	1	0	0	1	0	0
	19	6	4	3	7	0	9

A.2.3. Causes des 7 décès enregistrés en 2008

	SIDA	NON SIDA
Cachexie majeure	1	
Cancer du pancréas	1	
Cancer du sinus piriforme		1
Hépatite chronique C		1
Insuffisance respiratoire	1	
Méningite		1
SIDA avec tumeurs multiples	1	
	4	3

A.2.4. Fréquence des pathologies liées au VIH les plus fréquemment rencontrées chez l'ensemble des patients suivis (tous recours confondus)

	Nombre de patients	% de patients
Candidose oropharyngée	30	2,7
Pneumopathie	16	1,4
Herpès	12	1,1
Zona	9	0,8
Infection à CMV	7	0,6
Pneumocystose	4	0,4
Toxoplasmose cérébrale	4	0,4

A.2.5. Infarctus du myocarde

Trois cas d'infarctus du myocarde ont été recensés au cours de l'année 2008

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Age	45 ans	44 ans	52 ans
Sexe	M	M	M
Tabac	oui	oui	non
Cholestérol total (mmol/l)	4,94	inconnu	5,08
HDL cholestérol (mmol/l)	0,93	inconnu	4,1
LDL cholestérol (mmol/l)	2,15	inconnu	3,29
CD4	450	714	314
Charge virale	<40	41	<40
Traitement antirétroviral	kivexa-ritonavir	lopinavir-kivexa ritonavir	abacavir-ténofovir atazanavir

A.2.6. Principaux motifs d'hospitalisation (tous services confondus)

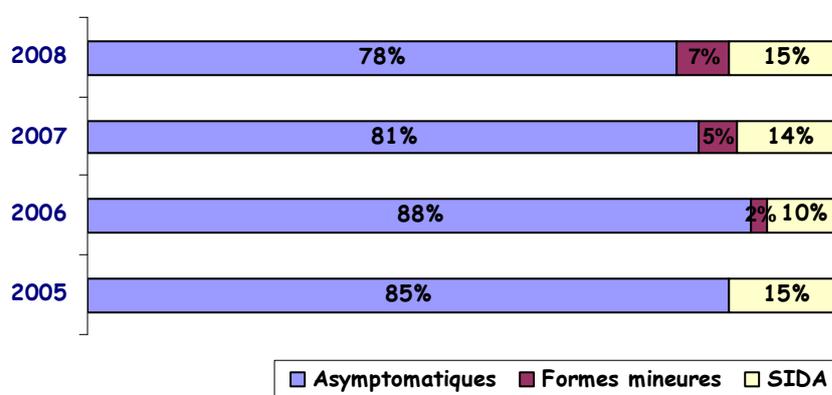
	Nombre d'hospitalisations	Nombre de patients concernés
Pneumopathie	6	6
Pneumocystose	3	3
Toxoplasmose cérébrale	3	3
Infarctus du myocarde	3	3

A.2.7. Nouveaux séropositifs

Parmi les 138 nouveaux patients pris en charge, 59 ont été dépistés au cours de l'année 2008 avec les répartitions suivantes :

- ◆ 17 avaient une sérologie négative antérieure
- ◆ 3 patients ont une date de contagé présumée
- ◆ 4 ont présenté des manifestations de primo-infection à VIH

A.2.7.1. Stade de la maladie lors du dépistage de la contamination par le VIH



Pour 9 patients une infection opportuniste a été l'occasion de la découverte de la séropositivité :

Cryptococcose extra-pulmonaire	2
Tuberculose extra-pulmonaire	2
Tuberculose pulmonaire	2
Leucoencéphalite multifocale progressive	1
Pneumocystose	1
Toxoplasmose cérébrale	1

A.2.7.2. Répartition par âge et par sexe

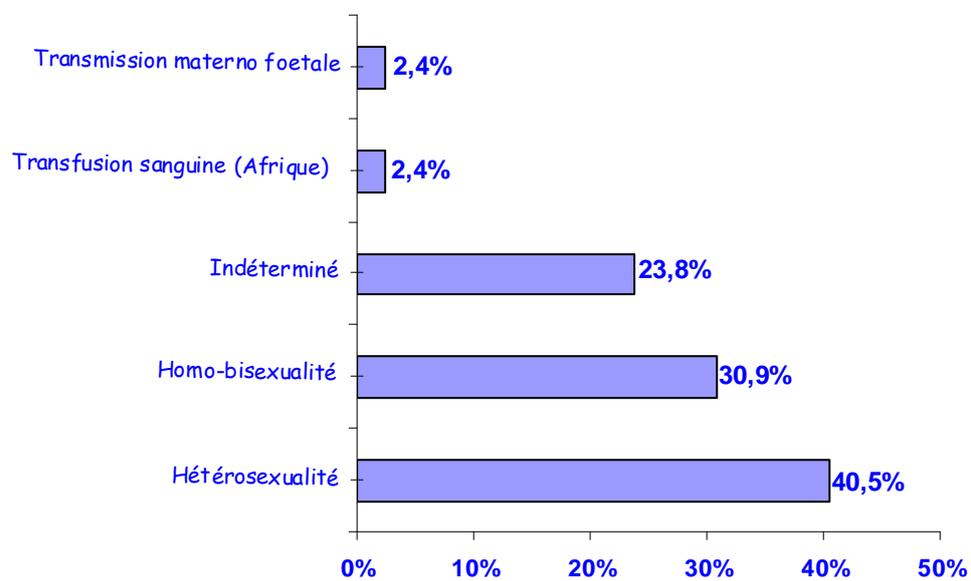
Age moyen = 38 ans

- ◆ 42 hommes (âge moyen = 38 ans)
- ◆ 18 femmes (âge moyen = 39 ans)

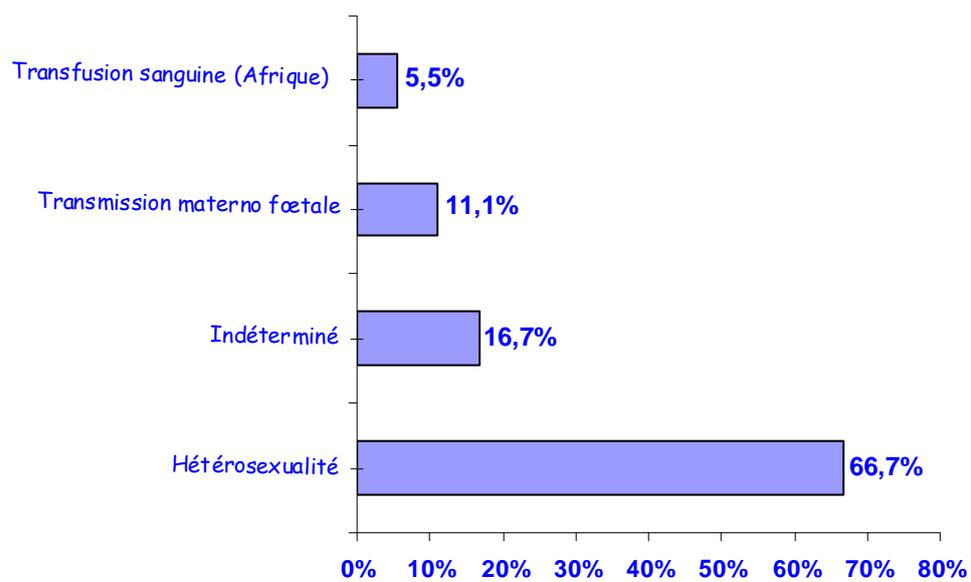
Sex-ratio = 2.33

A.2.7.3. Facteurs de risque

Hommes



Femmes



A.2.7.4. Traitements débutés en première intention

Anti-rétroviraux	Nombre de patients (%)
Lopinavir + Truvada*	10 (27%)
Efavirenz + Truvada	9 (25%)
Kivexa + Lopinavir	5 (14%)
Efavirenz + Kivexa**	3 (8%)
Atazanavir + Truvada + Ritonavir (booster)	2 (5%)
Lopinavir + Truvada + T20	2 (5%)
Kivexa + Lopinavir + T20	1 (3%)
Atripla***	1 (3%)
Combivir**** + Lopinavir	1 (3%)
Abacavir + AZT + Lopinavir	1 (5%)
Abacavir + Lopinavir	1 (5%)

*Truvada = Ténofovir+Emtricitabine

**Kivexa=Abacavir+3TC

***Atripla=Ténofovir+Emtricitabine+Efavirenz

****Combivir=AZT+3TC

La médiane des CD4 à l'introduction du traitement est de 247

A.2.8. Grossesse et VIH

Nombre de grossesses en 2008 : 19 dont 18 menées à terme

A.2.8.1. Stade des patientes concernées

	Nombre de patientes	%
SIDA	1	5
Formes mineures	1	5
Asymptomatiques	17	90

A.2.8.2. Facteurs de risque

Mode de transmission	Nombre de patientes
Hétérosexualité	14
Transfusion sanguine	1
Transmission materno-fœtale	1
Indéterminé	3

A.2.8.3. Traitements

Les 18 patientes ont été traitées durant leur grossesse.

Anti-rétroviraux	Nombre de patientes
Névirapine + Truvada	4
Combivir + Lopinavir	4
3TC + Atazanavir + DDI + Ritonavir (booster)	2
Combivir + Névirapine	2
Fosamprénavir + Truvada + Ritonavir (booster)	1
Lopinavir + Truvada	1
Kivexa + Lopinavir	1
Trizivir	1
Atazanavir + Truvada + Ritonavir (booster)	1
Combivir	1

A.2.9. Cas pédiatriques



56 enfants ont été suivis par le service de Pédiatrie de l'Hôpital Sud - Clinique Médicale Infantile au cours de l'année 2008.

A.2.9.1. Facteurs de risque

Facteur de risque	Nombre de patients
Enfant né de mère séropositive	54
Autre	2

A.2.9.2. Statut sérologique

Statut sérologique	Nombre de patients
Séropositivité (infection confirmée)	17
Nouveaux-nés de mères séropositives et finalement négatifs	37
Encore indéterminé	2

A.2.9.3. Enfants infectés par le VIH

❖ Age

Age moyen : 13 ans

Parmi les 17 enfants dont l'infection est confirmée, la transmission fœtale est le facteur de risque pour 15 d'entre eux. Les enfants sont nés entre 1989 et 2008 ; les 3 enfants nés après 1996 sont originaires d'Afrique (Gabon).

❖ Répartition géographique

Département	Nombre de patients
Morbihan	8
Ille-et-Vilaine	5
Côtes d'Armor	2
Finistère	1
Maine-et-Loire	1

❖ Stade

	Nombre de patients	%
SIDA	2	12
Formes mineures	3	18
Asymptomatiques	12	70

❖ Traitements

Les 17 enfants séropositifs sont sous traitement anti-rétroviral.

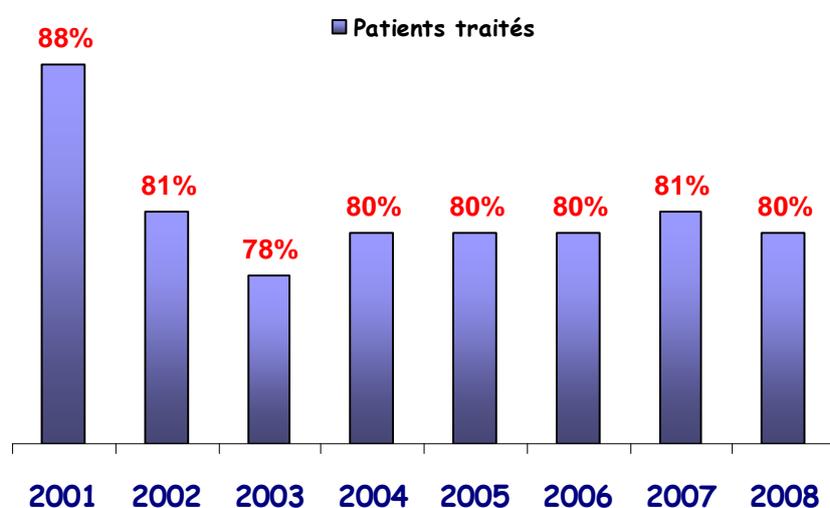
Anti-rétroviraux	Nombre de patients
Efavirenz + Truvada	3
AZT + DDI + Efavirenz	2
3TC + AZT + Lopinavir	2
TMC114 + 3TC + Abacavir + Ritonavir (booster)	1
Abacavir + Lopinavir + Ténofovir	1
Lopinavir + Truvada	1
Fosamprénavir + Truvada + Ritonavir (booster)	1
Kivexa + Lopinavir	1
AZT + DDI + Lopinavir	1
Combivir + Lopinavir	1
Combivir + Efavirenz	1
AZT + Abacavir + Lopinavir	1
3TC + Abacavir + Lopinavir	1

Au total : Parmi les 56 enfants suivis par le service de Pédiatrie du C.H.R. de Rennes, 17 sont infectés par le VIH et 39 enfants sont suivis en post-partum, nés de mère séropositive (37 ne sont pas contaminés par le VIH ; pour 2 enfants le statut sérologique est encore en attente fin 2008).

A3. Traitements



A.3.1. Evolution des traitement



Les 19 premiers traitements anti-rétroviraux prescrits représentent 72% du total des prescriptions :

Traitements	n	%
Atazanavir + Truvada + Ritonavir (booster)	133	14,6
Efavirenz + Truvada	93	10,2
Lopinavir + Truvada	83	9,1
Névirapine + Truvada	50	5,5
Combivir + Lopinavir	45	4,9
Combivir + Névirapine	37	4,1
Kivexa + Lopinavir	34	3,7
Atazanavir + Kivexa + Ritonavir (booster)	31	3,4
Trizivir	21	2,3
Efavirenz + Kivexa	20	2,2
Combivir + Efavirenz	18	2
Kivexa + Névirapine	17	1,9
Fosamprénavir + Truvada + Ritonavir (booster)	16	1,8
Fosamprénavir + Kivexa + Ritonavir (booster)	11	1,2
Abacavir + Atazanavir + Ténofovir + Ritonavir (booster)	11	1,2
3TC + Atazanavir + DDI + Ritonavir (booster)	10	1,1
TMC114 + Truvada + Ritonavir (booster)	9	1
3TC + Névirapine + Ténofovir	8	0,9
Efavirenz + Lopinavir	8	0,9

Le traitement anti-rétroviral a été arrêté pour 16 patients (1,8% des patients traités)

On note également :

- **52 patients sous darunavir**
- **41 patients sous raltegravir**
- **23 patients sous etravirine**
- **21 patients sous T20**

A.3.2. Echec thérapeutique

L'échec thérapeutique est ici défini par un nombre de lymphocytes CD4 <200 et une charge virale >30 000 copies.

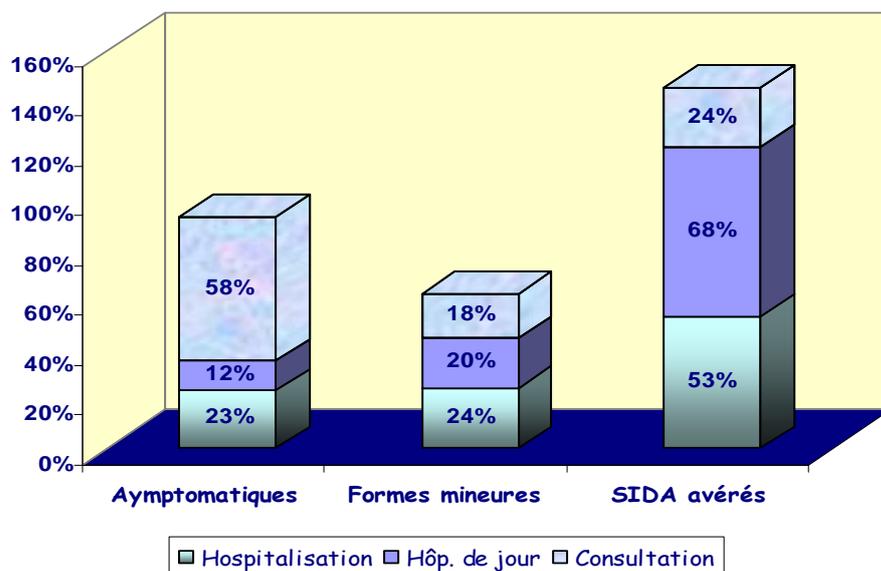
	Stade A	Stade B	Stade C	Pop. Totale
File active 2008	693	190	249	1 132
Nbre de patients en échec thérapeutique	6	5	6	17
Part des patients en échec par rapport à la file active	0,9%	2,6%	2,4%	1,5%
<u>Traitement anti-rétroviral actuel (dernier passage 2008)</u>				
Non traités	3 (50%)	0	2 (33%)	5 (29%)
Traités	3 (50%)	5 (100%)	4 (67%)	12 (71%)
Monothérapie	0	0	0	0
Bithérapie	0	0	0	0
Trithérapie	0	0	3	3
Quadrithérapie	3	4	1	8
>4 molécules	0	1	0	1

A4. Activité comparée (tous services confondus)

A.4.1. Selon les modes de suivi

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution 2007 - 2008
Hospitalisation classique									
. Nombre de patients	76	73	74	76	74	60	65	81	+25%
. Nombre d'entrées	126	125	143	117	120	106	115	141	+23%
. Nombre de journées	1 263	1 304	1 367	1 486	1 262	1 463	1 178	1 549	+31%
. Durée moyenne de séjour	10 (1-82)	11 (1-93)	10 (1-67)	14 (1-275)	11 (1-54)	14 (1-96)	10 (1-52)	12 (1-98)	
Hospitalisation de Jour									
. Nombre de patients	142	135	151	118	126	137	115	67	-42%
. Nombre de séances	942	709	709	617	465	610	445	269	-40%
. Nombre de consultations	3 049	3 435	3 903	3 669	3 750	3 446	3 438	3 889	+13%
. Nombre de patients	706	795	837	885	949	947	993	1 104	+11%
CDAG									
. Nombre de consultations	3 583	3 688	3 963	3 769	4 026	4 098	3 746	3 865	+3%
. Nombre de tests sérologiques VIH	3 272	3 350	3 507	3 130	3 939	3 920	3 609	3 715	+3%
. Nombre de tests sérologiques hépatites	164	625	1 179	667	829	846	1 062	1 226	+15%

A.4.2. Selon le stade de la maladie



A5. Co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite C

A.5.1. Exploitation DMI2

- ◆ Nombre de patients suivis : 1 132
- ◆ Nombre de patients dont la sérologie hépatite C est connue : 963
- ◆ Nombre de patients dont la sérologie VHC est positive : 177 (18%)

Répartition par mode de contamination

Mode de transmission	Nombre de patients (%)
Toxicomanie IV	88 (50%)
Hétérosexualité	35 (20%)
Hémophilie	17 (9%)
Transfusion sanguine	14 (8%)
Transmission materno-foetale	3 (2%)
Homosexualité	3 (2%)
Indéterminé	17 (9%)

A6. Co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite B

A.6.1. Exploitation DMI2

- ◆ Nombre de patients dont la sérologie hépatite B est connue : 878
- ◆ Nombre de patients dont la sérologie VHB est positive : 71 (8%)

Répartition par mode de contamination

Mode de transmission	Nombre de patients (%)
Hétérosexualité	21 (30%)
Homosexualité	21 (30%)
Toxicomanie IV	11 (15%)
Transfusion sanguine	3 (4%)
Autre	2 (3%)
Hémophilie	1 (1%)
Transmission materno foetale	1 (1%)
Indéterminé	11 (15%)

B - Autres activités

B1. RECHERCHE CLINIQUE



B.1.1. ACTEURS.

- Pr C. MICHELET, Dr C. ARVIEUX, Dr F. SOUALA, Dr P. TATTEVIN, Dr J-M. CHAPPLAIN, Dr M. REVEST, Dr F. FILY (Service des Maladies Infectieuses)
- Pr E. BELISSANT, Mme V. VISSEICHE (C.I.C.)
- Dr A. RUFFAULT (Virologie) et Dr A. MAILLARD (Moniteur d'Etudes Biologiques ANRS -Virologie)
- Mme M-C. DELMONT-HANRY (TEC), Mme M. RATAJCZAK-ENSELME (Coordinateur d'études cliniques ANRS à mi-temps), Melle A. LESENECHAL (ARC à 20% d'activité)
- Mr P.Y. BERTHIER (pharmacien)
- Mmes V. HUET, E. LABBAY, F. MORIN (infirmières)

B.1.2. ETUDES

Le service a participé en 2008 à 18 études cliniques ou cohortes dans le cadre de la recherche contre Sida, dont 9 études et 3 cohortes ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida).

Deux nouvelles études ANRS étaient ouvertes dans le service en 2008. Il y avait **18** inclusions, **2** pré inclusions et au total **97** patients étaient suivis dans le cadre d'un essai ou d'une cohorte courant l'année 2008.

Récapitulatif des essais cliniques et cohortes du service

Nom de l'essai	promoteur	catégorie	Protocoles ouvertes en 2008	Nombre total des patients		Patients inclus en 2008	Patients suivis au 31/12/2008	Patients suivis courant 2008	Inclusion ouverte au 31/12/2008
				préinclus	inclus				
FIBROSTOP	ANRS	ABC	non	4	4	0	0	2	non
APOLLO	ANRS	A	non	5	5	3	3	5	non
TRIO	ANRS	C	non	1	1	0	1	1	non
EMVIPEG	ANRS	B	oui	1	1	1	0	1	oui
SILCAAT	ANRS	B	non	4	4	0	0	4	non
VIH-VO	ANRS	B	non	11	11	6	1	7	non
MONOI	ANRS	B	non	1	1	0	2	2	non
BKVIR	ANRS	A	non	1	1	1	1	1	non
B-BOOST	ANRS	D	oui	2	0	0	0	0	oui
KALESOLO	IMEA	B	non	1	1	0	0	1	non
ABBOTT M05-730	ABBOTT	B	non	3	3	0	0	3	non
TMC125-C216	TIBOTEC	B	non	10	9	0	0	5	non
TMC125c217	TIBOTEC	C	non	5	5	4	0	5	non
TMC114-C214	TIBOTEC	B	non	4	4	0	3	3	non
A4001050 (Maraviroc)	Pfizer	C	non	3	2	1	2	2	non
Cohorte COPILOTE	ANRS		non			0	27	27	non
Cohorte VIH-2	ANRS	D	non	4	4	0	4	4	oui
Cohorte PRIMO	ANRS	A	non	23	23	2	24	24	oui
TOTAL 18			2 ANRS	83	79	18	68	97	

Catégories

A : patients naïfs du traitement

B : ayant déjà été traité

C : déjà lourdement traité

D : Autres

B.1.3. PUBLICATIONS

Hirt D, Mentré F, Tran A, Rey E, Auleley S, Salmon D, Duval X, Tréluyer JM ; COPHAR2-ANRS Study Group. Effect of CYP2C19 polymorphism on nelfinavir to M8 biotransformation in HIV patients. *Br J Clin Pharmacol* 2008 Apr;65(4):548-57.

Tribut O, Arvieux C. Pharmacologie du darunavir : nouvel inhibiteur de protéase. *La lettre du Pharmacologue* avril-mai-juin 2008;22(Suppl 2):2-3.

Arvieux C. Essais cliniques et place du darunavir en thérapeutique. *La lettre du Pharmacologue* avril-mai-juin 2008;22(Suppl 2):11-6.

Tattevin P, Maillard A, Tribut O, Saïkali E, Arvieux C, Michelet C. Undetectable HIV-1 viral load in the fluid of bullous skin lesion in a patient receiving highly active antiretroviral therapy. *Int J STD AIDS* 2008 May;19(5):357-8.

Masquelier B, Assoumou KL, Descamps D, Bocket L, Cottalorda J, Ruffault A, Marcelin AG, Morand-Joubert L, Tamalet C, Charpentier C, Peytavin G, Antoun Z, Brun-Vézinet F, Costagliola D; ANRS Resistance Study Group. Clinically validated mutation scores for HIV-1 resistance to fosamprenavir/ritonavir. *J Antimicrob Chemother* 2008 Jun;61(6):1362-8.

B.1.4. CONGRES

Cailhol J, Munyana L, Nahimana T, Ntakarutimana H, Musanabana F, Dubreuil M, Diack D, Arvieux C, Bouchaud O, Niyongabo T. HIV-Care integration attempt into a public hospital in Burundi. *Congrès Mondial SIDA, Mexico* 2008.

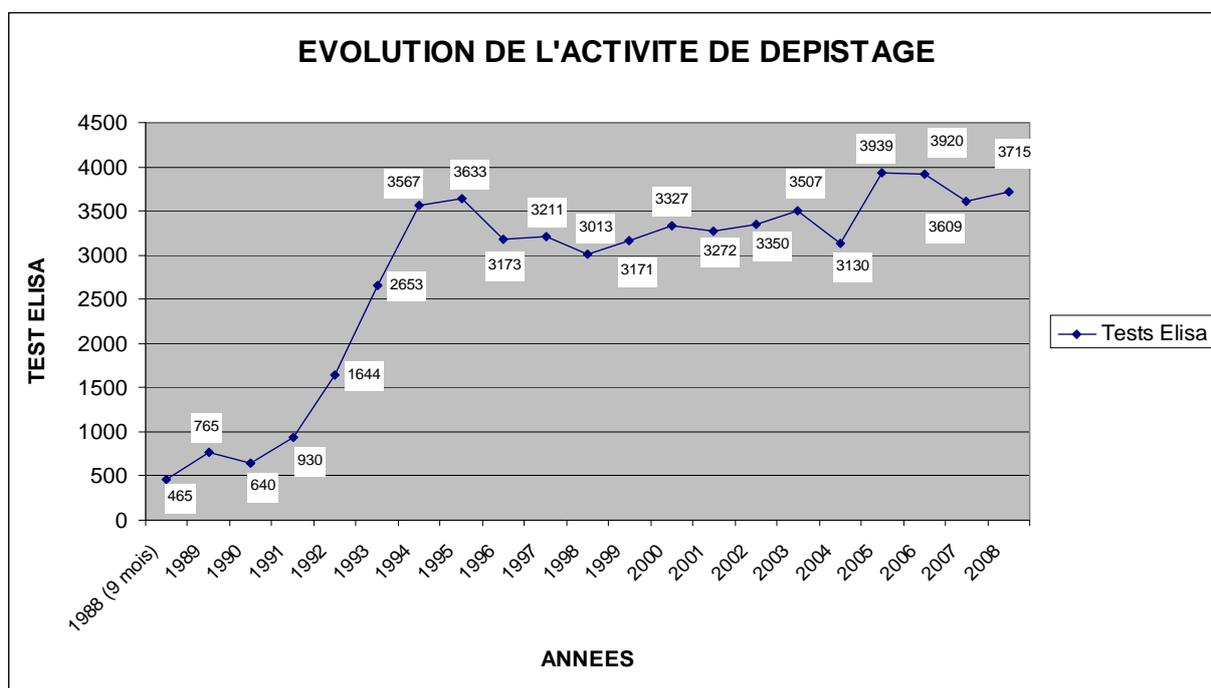
B.1.5. POSTERS

Rabier V, Chapplain JM, Tribut O, Arvieux C, Souala F, Michelet C. Effet du changement de galénique du lopinavir/r sur la tolérance et l'observance [L-07]. *9^{ème} Journées Nationales d'Infectiologie.* Marseille 4/5/6 Juin 2008.

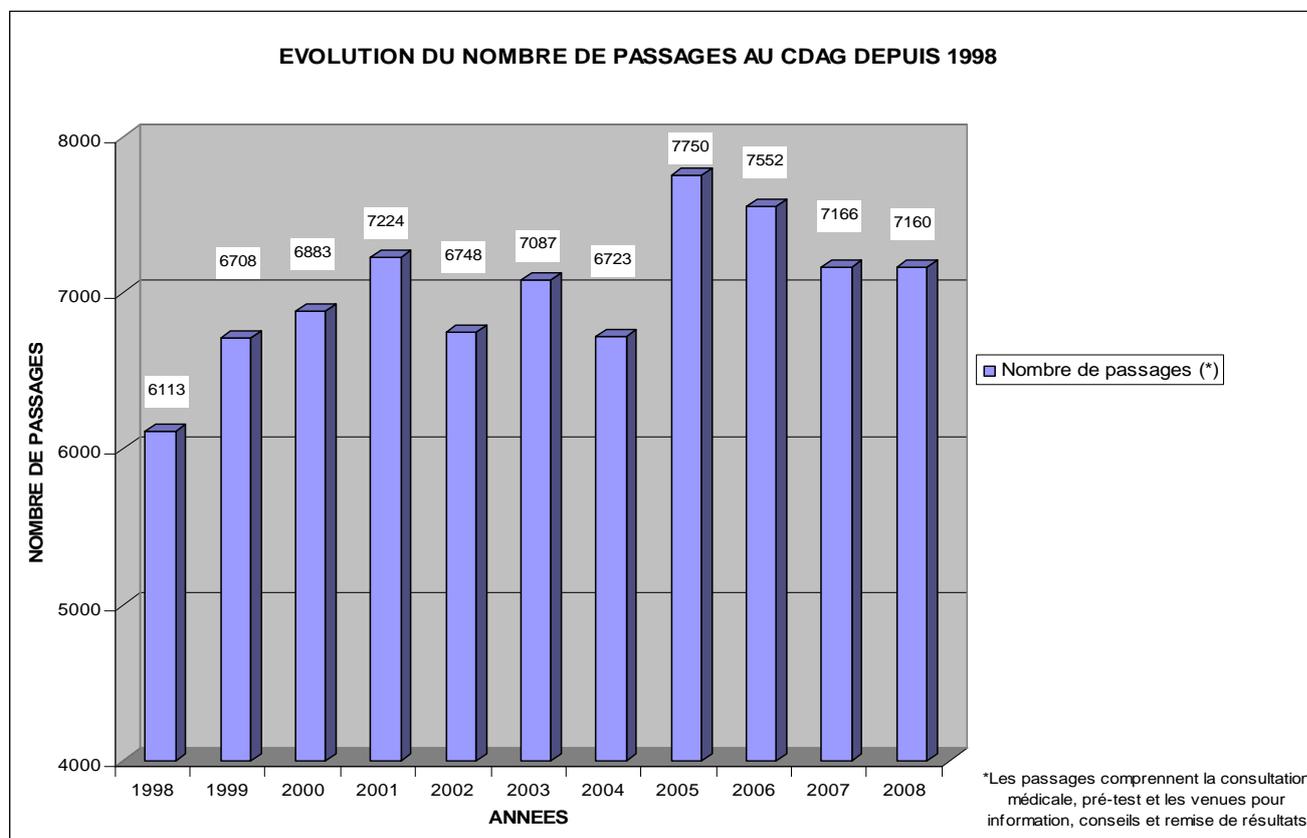
B2. Centre de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.)

Evolution de l'activité depuis l'ouverture de la structure le 5 avril 1988.

Source : déclarations trimestrielles d'activités servant à déterminer le montant du remboursement de la part revenant à l'Etat des dépenses de dépistage anonyme et gratuit.



Cette présentation d'activité doit être complétée par le nombre de passages correspondant aux venues pour consultations médicales de dépistage (pré test) et remise de résultats (information, conseils, post test). Le recueil a débuté en 1998.



L'activité est en progression de + 26,7 %, chiffre atteint en 2005 et qui s'est actuellement stabilisé depuis 2 ans à + 17,12 % par rapport à 1998.

Depuis le début de l'activité du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit en Avril 1988, le médecin coordonnateur du centre a régulièrement transmis au médecin inspecteur de la DDASS d'Ille et Vilaine le bilan trimestriel d'activité annuel conformément à la réglementation en vigueur.

REPRESENTATION DE L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE ET BILAN DE L'ACTIVITE POUR L'ANNEE 2008

BAROMETRE

ANNEE	Nombre de	Tests Elisa	Nombre de	Nbre de tests positifs		
	consultations	VIH	passages	VIH	VHC	VHB
1992	1749	1749	3498	15 (0,86 %)		
1993	2679	2679	5298	4 (0,15 %)		
1994	3566	3566	7132	10 (0,28 %)		
1995	3741	3741	7482	5 (0,14 %)		
1996	3150	3150	6300	4 (0,13 %)		
1997	3211	3211	6422	7 (0,22 %)		
1998	3100	3013	6026	4 (0,13 %)	1 (2,7 %)	0
1999	3518	3171	6342	10 (0,31 %)	14 (23,3 %)	0
2000	3484	3279	6558	3 (0,09 %)	2 (2,4 %)	0
2001	3385	3272	6554	7 (0,21 %)	4 (3,8 %)	3 (5,5 %)
2002	3400	3350	6750	9 (0,27 %)	4 (1,13 %)	1 (0,37 %)
				12 faux positifs		
2003	3659	3507	7087	5 (0,14 %) 5 douteux	10 (1,48 %)	5 (1 %)
2004	3452	3130	6723	8 (0,25 %) 18 douteux	0	0
2005	4026	3939	7750	6 (0,15 %) 11 douteux	8 (1,54 %)	4 (1,25 %)
2006	4098	3920	7752	6 (0,15 %) 5 douteux	6 (1,15 %)	4 (1,43 %)
2007	3746	3609	7166	7 (0,19 %)	5 (0,78 %)	3 (0,72 %)
2008	3865	3715	7160	4 (0,10 %) 9 douteux	2 (0,29 %)	7 (1,25 %)

ACTIVITE DE L'ANNEE 2008 DU CDAG

Consultations d'accueil Année 2008

Nombre de personnes venues en consultation individuelle d'accueil pour information et/ou dépistage

(hors consultations pour tests de confirmation d'un résultat positif et hors consultations pour remise de résultats)	3865
→ dont nombre de personnes dépistées pour au moins un test (VIH, hépatites, IST).....	3715

Nombre de personnes venues en consultation pour remise de résultats, quel que soit le test rendu (VIH, hépatites, IST).....	3295
--	-------------

Activité de dépistage

Si une personne a eu 2 prélèvements, pour un test de confirmation d'un résultat positif, ne compter qu'une personne testée.

Nombre de personnes testées pour le VIH.....	3715
→ dont nombre de personnes confirmées positives pour le VIH (par Blot ou autre technique de confirmation).....	04
→ dont nombre de personnes nouvellement diagnostiquées (à l'interrogatoire, pas de notion d'une sérologie VIH antérieure positive).....	04
→ dont nombre de personnes nouvellement infectées..... (profil de séroconversion sur le Blot, antigénémie p24 positive et ELISA positif ou discordant)	00
Nombre de personnes testées pour le VHC	668
→ dont nombre de personnes confirmées positives pour le VHC (Ac antiVHC +)...	02
Nombre de personnes testées pour le VHB (quels que soient les tests réalisés).....	558
→ dont nombre de personnes confirmées positives pour l'AgHBs.....	07
Nombre de personnes testées pour la syphilis.....	189
→ dont nombre de personnes confirmées positives pour la syphilis.....	00

Nombre de personnes testées pour les autres IST

PRELEVEMENTS LOCAUX		SEROLOGIES	
Chlamydiae	03	Chlamydiae	05
PCR urines Chlamydiae	29 (6 positives)		
HSV1-2	0	Mycoplasmes	00
Mycoplasmes	01		
PCR urines mycoplasmes	03 (2 positives)		
Gonocoques	03		
Candida	02		

ACTIVITES CIDAG 2008

☞ Consultations de prévention : **3865**

☞ Nombre de passages : **7160**

- Consultation pré-test : **3865**
- Consultation post-test : **3295**

☞ Bilans réalisés dans le cadre de la consultation de prévention

ELISA	3715
WESTERN BLOT	14
Ag p24	79
SEROLOGIES VHC	668
SEROLOGIES VHB	558
- Ag HBs	487
- Ac anti-HBs	301
- Ac anti-HBc	38
SEROLOGIES SYPHILIS	189
SEROLOGIES CHLAMYDIAE	05
PRELEVEMENTS URETRAUX	
- mycoplasme	01
- chlamydiae	03
- gonocoque	03
- candida	02
- PCR urines Chlamydiae	29
- PCR urines mycoplasme	03
PCR ARN VHC	0
SEROLOGIES CMV, VZV, TOXO	0

BILAN EPIDEMIOLOGIQUE ANNUEL DE L'ACTIVITE DES CDAG - ANNEE 2008

Activité globale 2008

Nombre de personnes venues en consultation individuelle d'accueil pour information et/ou dépistage.....	3865
dont nombre de personnes dépistées pour au moins un test (VIH et/ou hépatites).....	3715
Nombre de personnes venues en consultation pour remise de résultats.....	3295

Répartition des résultats des tests, par sexe et par tranche d'âge :

	Moins de 18 ans		18 ou 19 ans		De 20 à 29 ans		De 30 à 39 ans		De 40 à 49 ans		De 50 à 59 ans		De 60 et plus		TOTAL		TOTAL
	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	
Hommes	83		208		1063		258	1	78		34		22		1746	1	1747
Femmes	152		386		1182	1	157	2	51		16		21		1965	3	1968
TOTAL	235		594		2245	1	415	3	129		50		43		3711	4	3715

Répartition des résultats des tests, par sexe et par tranche d'âge :

	Moins de 18 ans		18 ou 19 ans		De 20 à 29 ans		De 30 à 39 ans		De 40 à 49 ans		De 50 à 59 ans		De 60 et plus		TOTAL		TOTAL
	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	
Hommes	7		28		197		56		5	1	2		10		305	1	306
Femmes	23		66		224	1	24		12		3		9		361	1	362
TOTAL	30		94		421	1	80		17	1	5		19		666	2	668

Répartition des résultats des tests, par sexe et par tranche d'âge :

	Moins de 18 ans		18 ou 19 ans		De 20 à 29 ans		De 30 à 39 ans		De 40 à 49 ans		De 50 à 59 ans		De 60 et plus		TOTAL		TOTAL
	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	Test -	Test +	
Hommes	17		25		154	4	65	2	30		13	1	12		316	7	323
Femmes	18		45		134		17		9		6		6		235		235
TOTAL	5		70		288	4	82	2	39		19	1	18		551	7	558

B3. Prise en charge des expositions accidentelles au sang et aux liquides biologiques

☞ Nombre de consultations initiales : 133

EXPOSITIONS	TRAITE		NON TRAITE	TOTAL
	Pendant 28 jours	Traitement stoppé à 48 H		
SEXUELLE				
Homosexuelle	26		08	34
Hétérosexuelle	46		25	71
PROFESSIONNELLE	07		08	15
AUTRES EXPOSITIONS	02		11	13
TOTAL	81		52	133

☞ Consultations de suivi 181

☞ Total des consultations pour AEV 314

BILANS REALISES DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS « A.E.V. »**Année 2008**

BILAN	TOTAL
NFS	132
Ionogramme sanguin	129
Bilan hépatique	153
Bilan pancréatique	86
CPK	83
Sérologie VIH	262
Sérologie VHC	168
Ag HBs	96
Ac HBs	90
Ac HBc	40
Ag P24	10
Ag HBe	2
Ac HBe	2
Sérologie syphilis	112
Sérologie Chlamydia	0
Prélèvements génitaux	0
βHCG	19
PCR VHC	0
PCR VHB	0
Charge virale	1
NPL	1
BU	1
CRP	1

TRAITEMENTS DES A.E.V.

VIRACEPT - COMBIVIR	00
KALETRA-TRUVADA	78
KALETRA - COMBIVIR	00
AUTRES TRITHERAPIES	03

TRAITEMENT STOPPE A 48 H	06
IMMUNO-VHB	10
VACCINATIONS ANI-VHB	14
PILULE DU LENDEMAIN	01
TRAITEMENT ANTI-CHLAMYDIAE	01
TRAITEMENT SYPHILIS	02
TRAITEMENT GONOCOCCIE (ROCEPHINE)	01

B4. Consultations d'éducation thérapeutique

En 2008, les infirmières de l'hôpital de jour ont fait 74 séances d'éducation thérapeutique concernant 47 personnes.

Nous disposons désormais d'un bureau dédié à cette activité, ce qui nous permet de réaliser nos entretiens en toute quiétude.

La plupart des patients nous ont été adressés par les médecins:

- 27 étaient de nouveaux patients pour lesquels nous avons abordé le mode d'action du virus dans l'organisme et la mise en route du traitement .Lors de ces entretiens nous discutons aussi de la prévention, de la transmission du virus et nous donnons des conseils aux patients pour une bonne hygiène de vie.

- Les 20 autres personnes étaient des patients suivis depuis plus longtemps et qui rencontraient des problèmes avec leur traitement. Le but des séances d'éducation étant de leur expliquer, d' une part les modifications de leur traitement en tenant compte de leur rythme de vie, et d'autre part les problèmes engendrés par des prises irrégulières de traitement anti rétroviral.

Nous préparons toutes les semaines un pilulier pour une personne, et il nous arrive fréquemment de le faire pour des gens qui débutent un traitement, ce qui les met en confiance et évite les erreurs de prise à domicile.

Nous constatons que les patients viennent sans problème aux rendez vous fixés pour les séances d'éducation thérapeutique même si celles -ci sont en dehors de toute consultation médicale.

B5. Activité du Service Social

INTRODUCTION

La prise en charge sociale des patients hospitalisés et suivis par le service des Maladies Infectieuses du CHU de Rennes Pontchaillou, est assurée depuis le 1^{er} août 2008 par Pascal GILLOIS, assistant social, en remplacement de madame Carole BERNARD.

En préambule à l'analyse de l'activité de l'assistant social sur l'exercice 2008, il semble important d'apporter des précisions sur l'organisation du service des maladies infectieuses et sur la façon dont l'assistant social y intervient. Ce service se compose de la façon suivante :

- Hospitalisation complète
- Hôpital de jour, consultations externes et CDAG

Les situations des patients en hospitalisation complète sont présentées lors du staff hebdomadaire du service auquel assiste l'assistant social. Par ailleurs, l'assistant social peut être sollicité par madame BOUGEARD cadre de santé du service ou directement par les patients via l'équipe soignante du service. Le bureau des entrées signale également toutes les situations pour lesquelles apparaît une problématique de protection sociale.

Concernant les situations suivies dans le cadre des consultations externes et de l'hôpital de jour : L'assistant social assure des permanences quotidiennes tous les matins (de 10 h00 à 13h00) à l'hôpital de jour.

L'assistant social est sollicité directement par les patients (prise de rendez auprès du secrétariat du service social ou après du secrétariat médical du service) ou sur orientation des médecins qui suivent les patients.

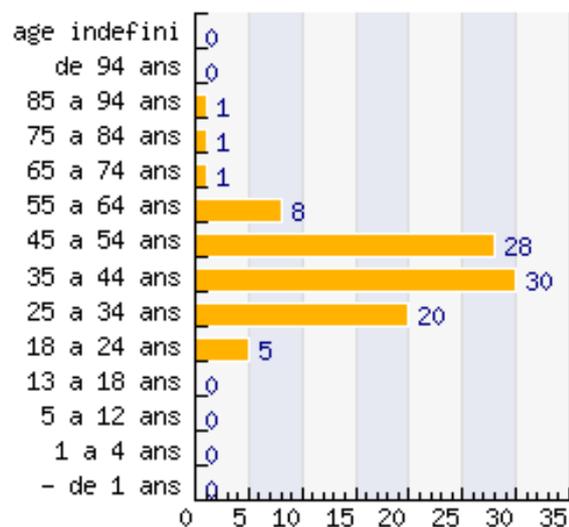
Les situations des patients du service nécessitant une intervention sociale sont également présentées lors d'un staff hebdomadaire auquel participe l'assistant social.

Les interventions sociales et les accompagnements réalisés auprès des patients vus en consultation ou dans le cadre de l'hôpital de jour représentent la plus grande charge de travail de l'activité de l'assistant social sur le service des maladies infectieuses. Ceci s'explique par la chronicité des pathologies suivies (donc un accompagnement social sur le long terme) notamment pour les patients VIH qui représentent environ 85 à 90% des patients vus.

Dans le cadre des diagnostics « découverte récente VIH » un entretien systématique avec l'assistant social est proposé à la personne. Cet entretien permet par un premier contact, d'informer principalement sur l'aspect accès aux soins et aux ouvertures de droits. Cette démarche est issue d'une réflexion engagée entre les divers intervenants du service (médecins, infirmières, psychologue et assistant social) en vue d'une meilleure prise en charge globale des patients.

❖ CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUE

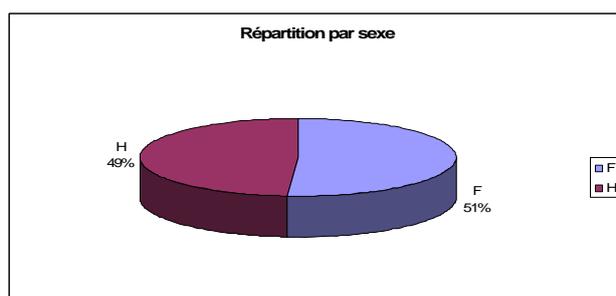
➤ REPARTITION PAR AGE ET SEXE



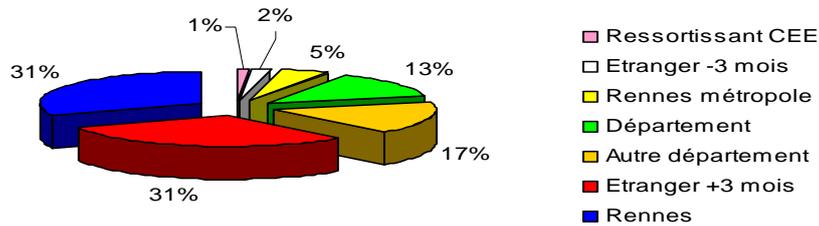
Age	Effectif	%
age indéfini	3	0%
+ de 94 ans	1	0%
85 a 94 ans	5	1%
75 a 84 ans	6	1%
65 a 74 ans	4	1%
55 a 64 ans	28	8%
45 a 54 ans	90	28%
35 a 44 ans	95	30%
25 a 34 ans	64	20%
18 a 24 ans	17	5%
13 a 18 ans	1	0%
5 a 12 ans	0	0%
1 a 4 ans	0	0%
- de 1 ans	2	0%
Total	316	100%

La population rencontrée reste une population jeune et se situe très majoritairement dans une tranche d'âge allant de 25 à 54 ans, avec une représentation de 50% de personnes âgées entre 25 à 44 ans.

La répartition par sexe est sensiblement identique.



➤ ORIGINE GEOGRAPHIQUE

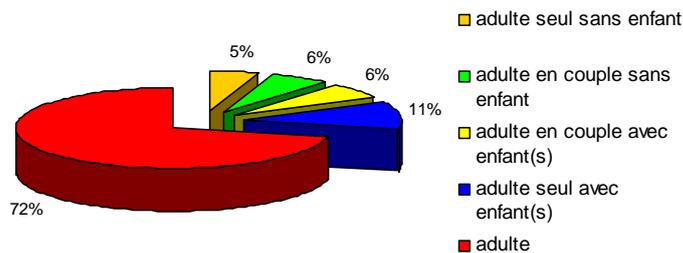


Nous pouvons observer que 49 % des personnes suivies sont originaires du département d'Ille et Vilaine avec une forte représentation urbaine (31% habitent Rennes).

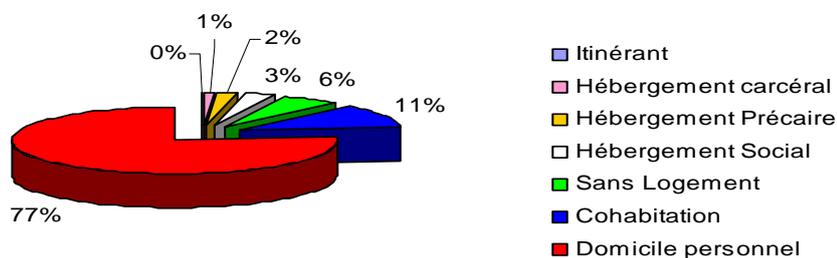
En parallèle il est important de noter que 34% des patients sont des personnes d'origines étrangères (ressortissants de la communauté européenne compris).

Cette spécificité du public requiert pour l'assistant social une connaissance des dispositifs en direction des personnes étrangères (accès aux droits) et d'un travail de réseau et de partenariat avec les intervenants extérieurs (SAO, AFTAM, CDAS, Réseau ville hôpital, UAIR, associations caritatives, préfecture).

➤ SITUATION FAMILIALE

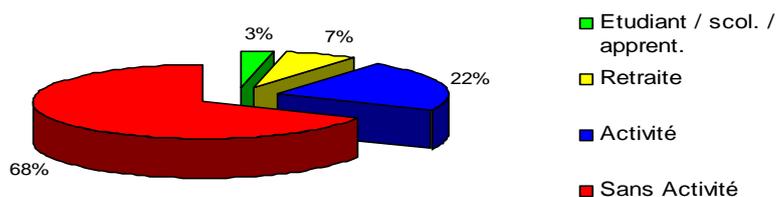


➤ TYPE DE LOGEMENT



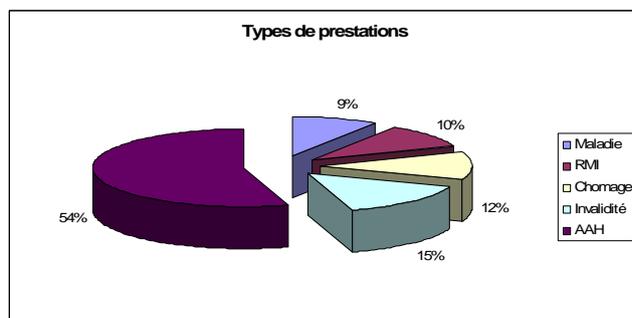
Nous pouvons noter que 22 % des personnes suivies connaissent une situation compliquée par rapport à la question de l'hébergement et du logement. 6% de personnes sans logements. Cela nous renvoi à une notion de précarité non négligeable, qu'il est intéressant d'associer en comparaison avec les deux prochains items.

➤ SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE



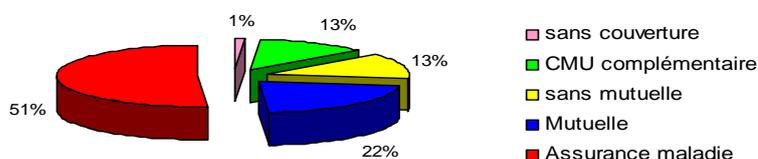
Une large majorité des personnes rencontrées sont sans activité professionnelle. Les pathologies pour lesquelles les patients sont médicalement suivis peuvent avoir des répercussions importantes (fatigabilité, effets secondaires en lien avec des thérapies lourdes...) sur l'accès ou le maintien dans l'emploi.

➤ BENEFICIAIRES DE PRESTATIONS



54% des personnes rencontrées, sans activité professionnelle et bénéficiaires de prestations sociales, perçoivent l'allocation adulte handicapée.

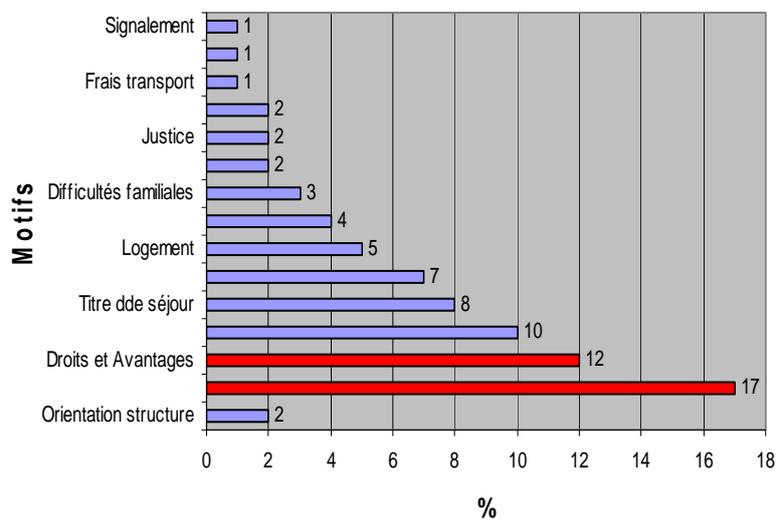
➤ PROTECTION SOCIALE



❖ LES PRINCIPAUX MOTIFS D'INTERVENTION

❶ Principaux motifs d'intervention

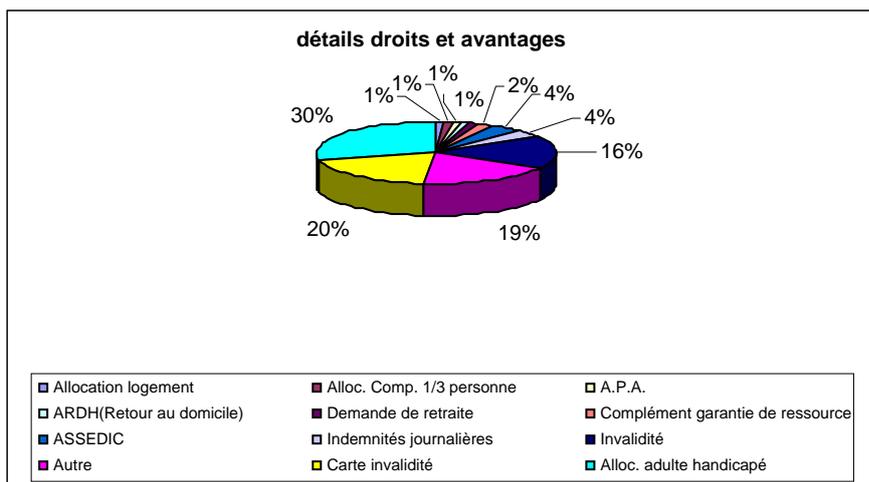
Motif d'intervention	Effectif	% sur patients	% sur motifs
Orientation structure	10	5	2
Accès soins	102	48	17
Droits et Avantages	73	34	12
Aides financières	59	28	10
Titre de séjour	46	22	8
Difficultés financières	42	20	7
Logement	32	15	5
Ret/Maintien Domicile	25	12	4
Difficultés familiales	16	8	3
Travail et Formation	13	6	2
Justice	12	6	2
Interventions extérieures	10	5	2
Frais transport	5	2	1
Recherche établissement	5	2	1
Signalement	3	1	1



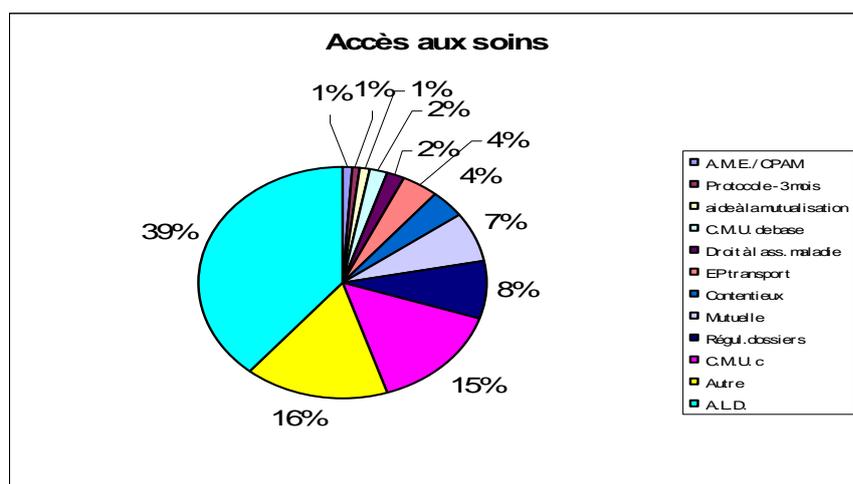
Sur l'activité 2008 nous pouvons dégager 3 grands axes principaux d'interventions :

- l'Accès aux soins avec 17% (recouvrant toutes les demandes de protection sociale AME, CMU, CMU-C, Mutuelle, ALD ...)
- Droits et avantages 12% (dont 53 % en lien avec la MDPH : AAH et carte invalidité voir détail des motifs ci dessous)
- Aides financières 10 %. Nous pouvons ici faire un lien direct avec la notion de précarité d'une partie de la population suivie

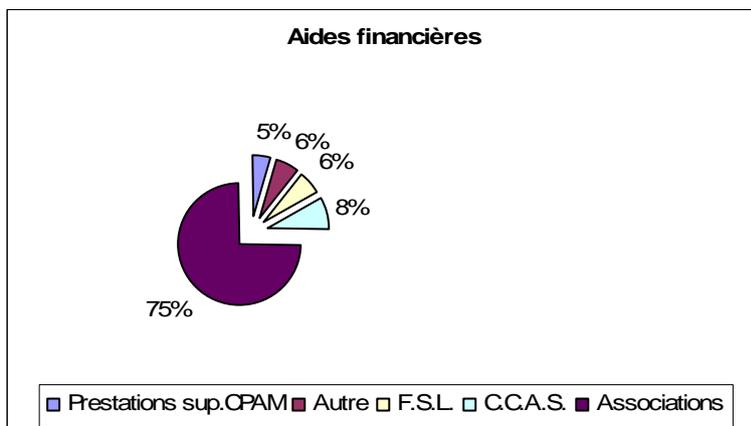
📌 Détails des motifs



Plus de 50% des demandes de droits et avantages se font en direction de la MDPH, qui reste donc un des acteurs privilégiés dans le travail de l'assistant social. Néanmoins nous pouvons noter une difficulté croissante, dans ce travail de partenariat avec la MDPH, due aux délais de traitement des dossiers de plus en plus longs qu'elle propose.



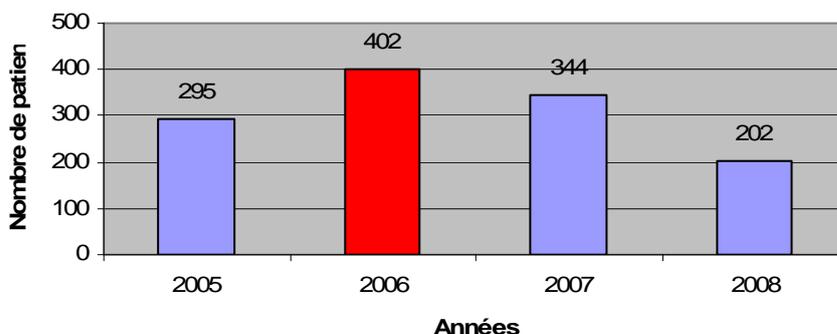
En ce qui concerne l'accès aux soins, les principales interventions gravitent autour des demandes d'exonération ALD, de demandes de CMU-C et d'affiliations à une mutuelle.



75% des demandes d'aides financières passent par le réseau associatif caritatif (secours catholique et secours populaire pour l'essentiel). La majorité des demandes effectuées auprès des associations recouvre des demandes d'aide alimentaire. Le recours aux associations semblant peut être plus souple dans le fonctionnement. Toutefois une réflexion est engagée sur une sollicitation et une orientation plus importante des demandes vers le CCAS lorsqu'il s'agit de demande de secours pour des personnes adultes seules.

➤ **Evolution depuis 2005**

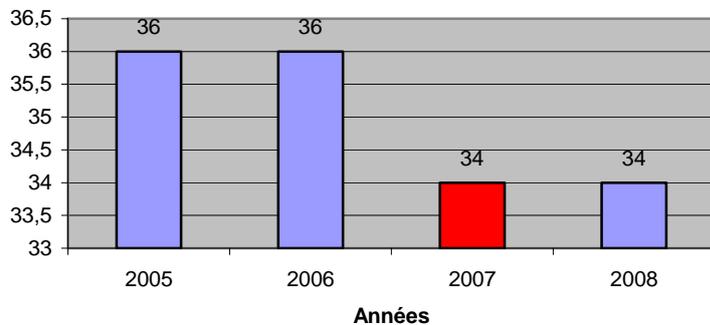
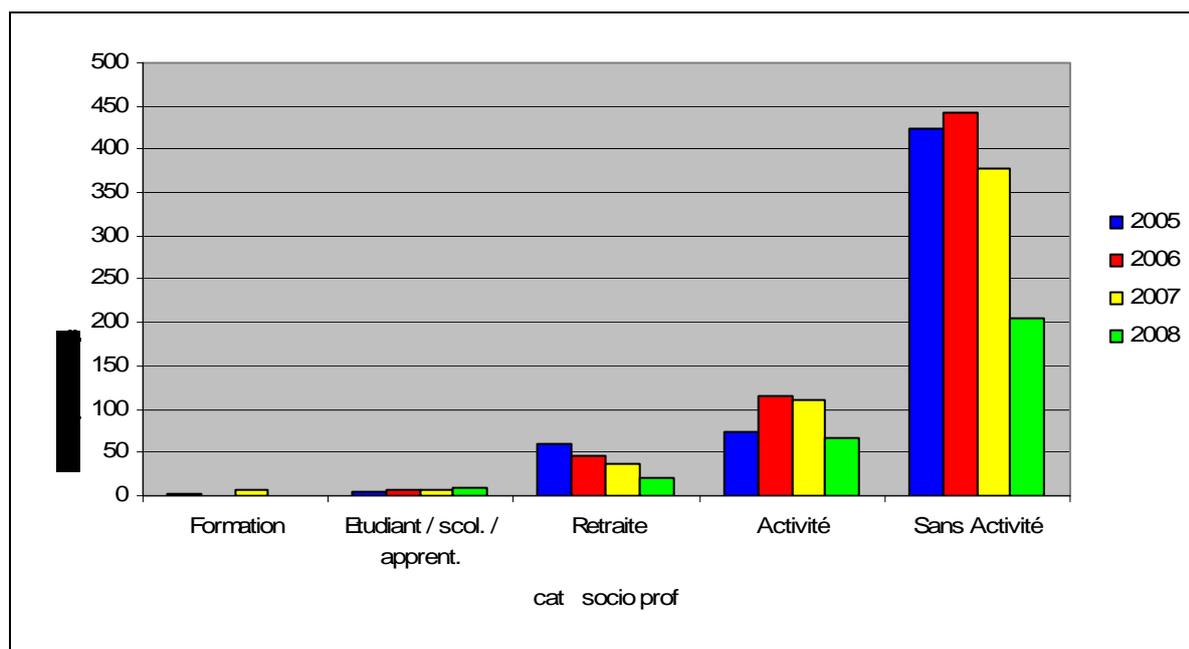
Nombre de patients

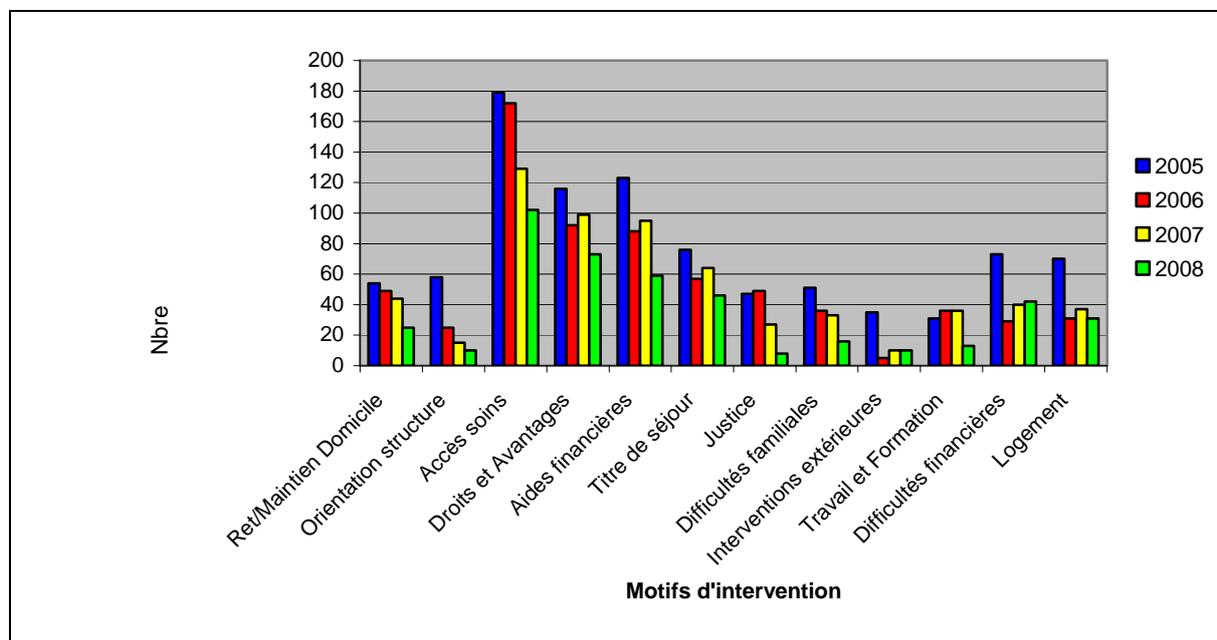


Nous pouvons noter une baisse du nombre de patients rencontrés en 2008. Cela peut en partie s'expliquer par le changement de professionnel qui a eu lieu sur ce poste en 2008. Certaines statistiques n'ayant pas été enregistrées (période transitoire due à la passation de poste).

Patients d'origine étrangères

Nous avons pu voir précédemment (page 4) que la population rencontrée en 2008 était pour 34% composée de patients d'origine étrangère. Si nous opérons un comparatif sur les 4 dernières années écoulées, nous observons qu'il s'agit d'une constante (36% en 2005 et 2006 contre 34% en 2007 et 2008).

Catégories socio professionnelles

Motifs d'intervention

Nous pouvons observer que sur les 4 années étudiées, nous retrouvons une constante sur les principaux motifs d'interventions pour lesquels l'assistant social est sollicité (Accès aux soins, droits et avantages et aides financières).

CONCLUSION

D'un point de vue global, l'activité de l'assistant social recouvre les mêmes domaines d'intervention que les années précédentes. Comme il l'a été mentionné en introduction de ce rapport la plus grande charge de travail provient surtout des accompagnements sociaux réalisés auprès des patients vus dans le cadre de l'hôpital de jour ou des consultations externes.

Le travail effectué autour des demandes des patients recouvre des domaines différents (accès droits, logement, démarches administratives, aides financière ...). Un travail de collaboration et de réseau avec les partenaires extérieurs (CDAS, CRAM, CPAM, Réseau Ville Hôpital, Aides 35 ...) est souvent nécessaire et indispensable dans la prise en charge des patients.

L'activité de l'exercice 2008 est marquée en août 2008 par le changement du professionnel assistant social affecté auprès du service des maladies infectieuses. Il s'agit d'une année de transition. La prise de fonction d'un nouveau professionnel nécessite une prise de repères tant par rapport au fonctionnement du service que dans la manière d'y intervenir. Une analyse plus affinée de l'activité requière peut être un recul plus important dans la fonction. Ceci pourra être vérifié dans le rapport d'activité 2009.

B6. Activité de la consultation de prise en charge psychologique

Temps de travail : 50 %

Jours de présence :

- lundi, mercredi 8h30 - 13h00
 - mardi et jeudi 13h00 - 17h30
 - vendredi 8h30 - 10h30
-
- participation au staff du service d'hospitalisation le jeudi et au staff de l'hôpital de jour le vendredi.
 - participation aux réunions du CECOS - Maladies Infectieuses, Maladies du foie
 - entretiens psychologiques avec des couples séropositifs demandant une PMA
 - entretiens avec les patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses, à l'hôpital de jour, en consultations et dans le cadre du CDAG.

Nombre d'entretiens pendant l'année 2008 : **486**

B7. Aide à domicile

ETAT DES LIEUX DES PRISES EN CHARGE

27 bénéficiaires ont constitué la file active.

On retrouve sensiblement le même nombre de dossiers qu'en 2007 avec autant de nouveaux dossiers traités que d'arrêts de prises en charge.

En moyenne, **22 foyers ont été suivis** par mois.

LES NOUVELLES DEMANDES

Le PAAD a enregistré **8 demandes d'intervention** dont 7 pour des sorties d'hospitalisation.

Elles émanaient du service social des maladies infectieuses (4), du service d'hébergement temporaire de l'AFTAM, du secteur soutien de AIDES, du curateur d'une personne et du Programme Aides à Domicile de Loire Atlantique pour une personne changeant de département (la seule ne sortant pas d'hospitalisation).

3 prises en charge débutées en janvier ont duré un mois, trois mois et l'une se poursuit actuellement car aucune solution de droit commun ne prendrait cette personne en charge en raison de son absence de ressources.

Parmi les **4 dernières** qui datent de septembre et d'octobre, 1 personne est bénéficiaire d'une Prestation Compensatrice du Handicap (PCH), les 3 autres ont été prises en charge par le PAAD en attendant une réponse de l'aide sociale qui s'est concrétisée pour l'une ; pour les 2 autres les interventions se sont arrêtées au bout de 2 et 4 mois.

L'aide au retour à domicile après une hospitalisation (A.R.D.H) a été activée pour une personne en l'absence de prise en charge de sa mutuelle.

LES SORTIES DU DISPOSITIF

7 personnes ont quitté le dispositif en 2008, dont **3** sont des clôtures de dossiers entérinées 3 mois après l'arrêt des interventions : **6** sont dues à une reprise d'autonomie, **1** à une insatisfaction réciproque de la personne aidée et des professionnelles qui se sont succédées à domicile.

La personne bénéficiaire a, depuis, trouvé des solutions qui relèvent davantage de l'entretien du logement uniquement.

LES CARACTERISTIQUES DE LA FILE ACTIVE

Les personnes sont majoritairement séropositives au VIH, **10 sont coinfectées également au VHC, 2 le sont uniquement au VHB, une uniquement au VHC.**

11 personnes souffrent de pathologies associées :

- diabète
- cardiopathies
- dermatoses
- perte totale ou partielle de la vue ou de l'ouïe
- maladie hépatique
- neuropathies
- cancer

1 personne a subi une greffe du foie, **2** personnes ont subi une ablation partielle du foie, **1** personne est lourdement handicapée des suites d'un accident vasculaire cérébral.

1 se trouve en situation d'impasse thérapeutique, **2** personnes sont décédées, l'une en raison d'une récurrence de cancer, l'autre de complications post transplantation hépatique. Les interventions à domicile se poursuivent pour le compagnon et l'enfant d'une des personnes décédées (16 ans) lui-même séropositif.

5 personnes sont sous mesure de protection, **1** personne est suivie de façon hebdomadaire, par un service psychiatrique de secteur.

LES CARACTERISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE

19 personnes sur 27 correspondent à un taux d'incapacité à 80%

1 personne est à 50 %

1 demande est en cours.

Chaque nouveau dossier fait obligatoirement l'objet d'une ordonnance médicale.

La majorité des foyers dispose en moyenne de 2 heures d'intervention hebdomadaire, **6** ont besoin de 4 heures ; en revanche, **1** personne nécessite 2 à 3 heures quotidiennes, excepté le week-end, soit une moyenne de 41 heures mensuelles.

1 personne au titre de la Prestation Compensatrice du Handicap dispose de 32 h 57 mensuelle.

1 personne a bénéficié d'un plan d'aide de 26 heures mensuelles au titre de l'APA ce qui est insuffisant car elle a besoin de 8 heures hebdomadaires réparties sur 4 jours. Le PAAD a complété cette prise en charge à hauteur de 6 heures par mois et 116,82 € durant 6 mois pour couvrir au mieux ses besoins d'aide. Or par décision du comité de pilotage, depuis septembre ce complément s'est interrompu et la conseillère en gérontologie nous interpelle à nouveau pour restaurer ce qui correspond à 34 heures mensuelles pour cette personne et à 6 heures pour le PAAD.

PROFIL SOCIOLOGIQUE

13 hommes et 14 femmes ont été concernés par le PAAD.

REPARTITION DES AGES

Ages	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	+ 70	TOTAL
Hommes		1	6	6			13
Femmes		2	8	1	3		14
TOTAL		3	14	7	3		27

La majorité des personnes se situe dans la tranche des 40/49 ans et la réalité du vieillissement des personnes et de la chronicité de la pathologie se confirme cette année encore.

COMPOSITION DES FOYERS

	Nombre	Pourcentage
Célibataires	20	74 %
familles monoparentales	5	18,50 %
Couples avec enfants	2	7,50 %
TOTAL	27	100 %

Les personnes célibataires restent les plus nombreuses ce qui explique en partie l'isolement dans lequel se trouve la majorité des personnes suivies et pose la question du vieillissement et de la prise en charge possible en institution à plus ou moins long terme.

La moitié des personnes exprime sa situation d'isolement social : veuvage, éloignement familial, habitat en milieu rural et déplacements limités, absence d'activité professionnelle ou sociale, difficultés familiales et c'est là où la présence régulière de l'auxiliaire de vie sociale représente un soutien et prend toute son importance pour le maintien du lien social.

Les foyers suivis regroupent 2 conjoints séronégatifs, 7 enfants mineurs séronégatifs, 2 enfants séropositifs.

L'ORIGINE DES RESSOURCES

	Nombre de Foyers	Pourcentage
A.A.H.	11	40,70%
Pension d'invalidité	6	22,20%
Salaire	4	14,80%
Retraite	3	11,10%
Indemnités journalières	1	3,70%
R.M.I.	1	3,70%
Absence de ressource	1	3,70%
TOTAL	27	100 %

L'Allocation Adulte Handicapé (652,60 € septembre 2008) reste la ressource principale pour 11 personnes, la pension d'invalidité concerne 6 foyers et 4 personnes travaillent dont une à temps partiel.

Sur 27 bénéficiaires du PAAD, 17 perçoivent moins de 800.00 €, 1 personne dépend entièrement de son conjoint et 1 personne est sans ressource.

La participation financière s'échelonne de 0.75 € à 8 € par heure en fonction des revenus :

18 personnes bénéficient du premier tarif, 3 paient 1.50 €, 1 paie 2 €, 1 autre 4 €, les 2 personnes qui participent financièrement à hauteur de 8 € perçoivent plus de 1000.00 €.

3 - L'ACTIVITE de janvier à décembre 2008

	Nombre de dossiers	Nombre d'heures	Nouveaux dossiers	Sorties
Janvier	23	241,00	4	3
Février	23	204,00	0	0
Mars	23	227,00	0	0
Avril	23	198,00	0	1
Mai	22	199,50	0	1
Juin	21	205,00	0	0
Juillet	20	205,50	0	1
août	20	129,00	0	0
septembre	21	227,50	2	0
octobre	22	215,00	1	0
novembre	22	174,00	0	0
décembre	21	185,00	0	1
TOTAL		2410,50	7	7
MOYENNE	22			

On observe peu de variations du nombre d'heures entre 2007 et 2008 (40 heures de plus en 2007) et 2 dossiers de plus en 2008. Le nombre de dossiers ouverts est égal au nombre de sorties du dispositif. En revanche l'activité enregistrerait 435 heures de plus en 2006.

File active suivi VIH CHBA Vannes

Année	Patients suivis	Décédés	Nombre Consultations	Nombre Praticien Hospitalier
1998	250	1	808	1
1999	265	0	904	1
2000	276	2	1051	1
2001	272	7	984	1
2002	277	6	999	1
2003	276	0	1021	1
2004	278	4	897	1
2005	273	7	1017	1
2006	280	3	1001	1 (arrivée 2 ^{ème} 11/2006)
2007	280	2	990	2
2008	283	2	952	2
2009	154	2	180	2
1 ^{er} trimestre				

Secrétariat : Hospitalisations 02 98 52 60 69 ou 02 98 52 60 70 – Consultations EFR 02 98 52 60 96

Hospitalisations classiques : pneumologie I 02 98 52 63 11 – pneumologieII 02 98 52 63 12

Hospitalisations programmées : hôpital de jour 02 98 52 62 16 – hôpital de semaine 02 98 52 63 87

Fax 02 98 52 62 07 – mél sm.pneumo@ch-cornouaille.fr

Dr Jean Jacques LARZUL
Dr Rémy BERNARD
Dr Hubert GALLOUX
Dr Pierre JEZEQUEL
Dr Paul QUILLIEC

CONSULTATION VIH :

Dr Pascale PERFEZOU

tél. 02 98 52 62 72

Télécopie 02 98 52 64 02

Mél us.reseauh@ch-cornouaille.fr

ATTACHES :

Pneumologie :

Dr Brigitte BIDEAU

Dr Pierre Yves BODET

Chirurgie thoracique:

Dr Jean François ANDRO

Dr Jean Louis FASQUEL

Quimper le 26 mars 2009

PSYCHOLOGUE:

Sandrine JAOUEN

Poste 6279

RAPPORT D'ACTIVITE

2008

Les domaines d'activité du Réseau VIH :

- * La prise en charge et le suivi des patients infectés par le VIH et/ou le VHC, avec l'accompagnement psychologique et social.
- * Un travail de coordination avec les autres professionnels du secteur hospitalier, extra-hospitalier, les associations et les autres structures travaillant dans le domaine du dépistage et des IST (CIDDIST...)
- * Des apports en matière de prévention, d'information et d'éducation auprès des patients et de leur entourage, mais aussi auprès de la population (établissements scolaires, informations individuelles...)
- * La formation des différents acteurs intervenant dans la prise en charge.
- * La prise en charge des accidents d'exposition au VIH (accidents professionnels et sexuels).

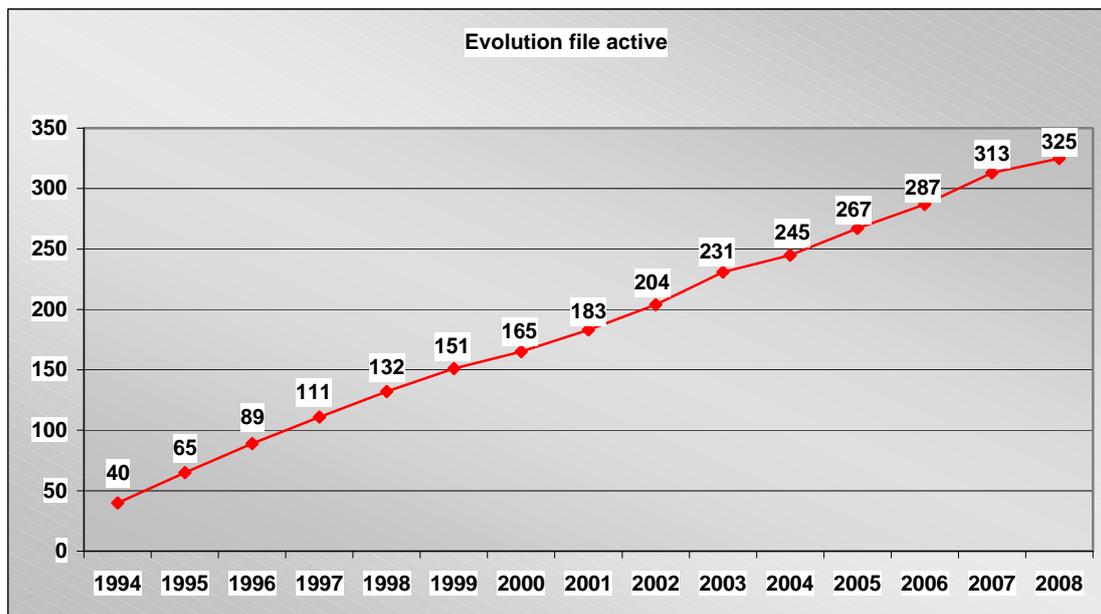
1°) LA CONSULTATION

Chaque année la file active de patients ne cesse de croître. Elle passe **de 313** au 31/12/07 à **325** au 31/12/2008, soit une augmentation de 12.

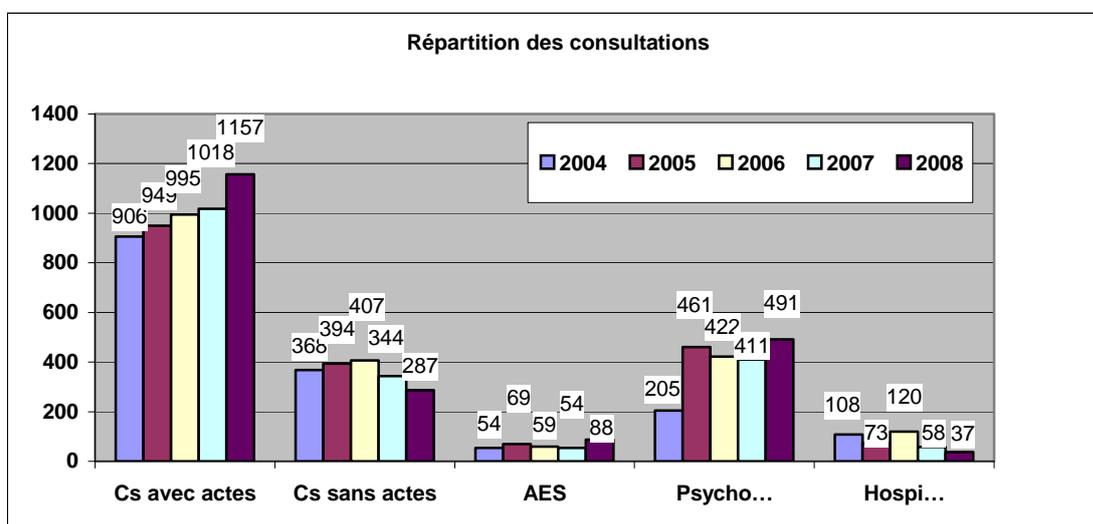
En réalité **19 nouveaux patients** ont été pris en charge en 2008, et parmi ceux-ci **10 nouvelles sérologies**. La différence s'explique par les départs (déménagements) et les décès.

Dans les nouvelles séropositivités nous retrouvons des contaminations récentes mais aussi des découvertes tardives de patients contaminés depuis de nombreuses années. Il se vérifie une progression des nouvelles contaminations dans la population homosexuelle qui avait pourtant été en première ligne dans la prévention. Nous ne cessons de le dire, mais avec cette augmentation permanente du nombre de patients les limites de prise en charge se font sentir pour l'équipe.

Le ratio hommes femmes ne change pas, 66% d'hommes (214) et 34% de femmes (111), et reflète la tendance nationale. Ces chiffres ne concernent que les personnes infectées par le VIH fréquentant régulièrement la consultation tout au long de l'année. Ne sont pas pris en compte les accidents d'exposition, les consultations pour conseils tout venant ou alors suite à des prises de risque, les dépistages et les informations diverses.



En 2008 les **consultations** sont au nombre de **1444** (contre 1362 en 2007). Sur ces consultations 1157 (80%) sont accompagnées d'actes infirmiers, représentés par des prises de sang essentiellement dont des prélèvements sur chambre implantable, et des aérosols. Il faut rajouter à cela l'activité de la psychologue avec 286 consultations dans le cadre de la consultation VIH (*491 au total : Patients VIH + patients pneumo*), la prise en charge des AES avec 33 accidents qui ont généré au total 88 consultations pour le suivi, et la prise en charge lors des hospitalisations (37 journées, uniquement dans le service de pneumologie). A cela il ne faut pas oublier les conseils téléphoniques (ou des entretiens personnalisés) à la population après des prises de risque, les renseignements divers concernant la maladie, les mesures de prévention, les temps d'échanges informels et ponctuels indispensables à l'équipe pour l'optimisation de l'accompagnement...



En règle générale, hormis les nouvelles prises en charge qui nécessite un suivi rapproché au début, le patient est vu en moyenne tous les trois mois, soit 4 fois.

Si l'on regarde plus près la fréquentation de la consultation on constate une différence dans la régularité du suivi, liée à la différence d'état de santé (patients stabilisés), les nouvelles prises en charge et parfois aussi à la « mauvaise adhérence » du patient :

	Nombre de Cs par an	Nombre de Cs en %
Moins de 4 Cs par an	122	37,5%
4 Cs par an	74	22,7
Plus de 4 Cs par an	129	39,6
Dont plus de 10 Cs par an	17	3%

Ces nouvelles prises en charge sont représentées par des personnes nouvellement dépistées, des patients déménageant dans la région, et aussi de plus en plus des migrants d'Afrique (**41 soit 12,6%**). Il faut aussi souligner une tendance à la hausse des nouvelles contaminations dans le milieu homosexuel. Ceci laisse présumer une augmentation des prises de risques, et il faut toujours avoir à l'esprit la prise en compte des autres Infections sexuellement transmissibles (IST).

Avec les nouveaux patients les consultations se doivent d'être rapprochées en début de prise en charge. Ceci est d'autant plus vrai quand il s'agit d'une nouvelle séropositivité car il est important de gérer au mieux les effets de l'annonce et le vécu de la séropositivité. Il s'agit d'apporter des renseignements concernant la maladie et le suivi, et de faire un travail de prévention. Tout une démarche éducative visant à rendre le patient acteur dans la prise en charge de sa maladie est entreprise en vue d'optimiser par la suite l'observance thérapeutique. Parmi ces nouveaux patients (déli de la maladie, dépistage tardif...) certains présentaient une immunodépression sévère. Ces situations imposent une vigilance particulière et entraînent des bilans complémentaires approfondis et des consultations complémentaires. Pour les migrants, nous nous retrouvons le plus souvent devant des situations sanitaires et sociales très précaires, où tout est à mettre en place (autorisation de séjour sur le territoire, logement, couverture sociale, bilan de santé...). Sans oublier l'éclatement familial avec une famille restée très souvent en Afrique, et les difficultés de prise en charge liées aux représentations culturelles.

80% des consultations sont accompagnées d'actes: bilans sanguins essentiellement, soins sur chambre implantable, pansements divers, aérosols.... La consultation est un moment privilégié pour « éduquer », informer le patient sur la maladie, les traitements, aborder la prévention...l'objectif étant de lui donner une autonomie, et de mieux vivre avec sa maladie. Tout événement de la vie (dépression, perte d'emploi, problèmes familiaux, problèmes financiers...) est à reconsidérer en permanence et nécessite un réajustement. Un travail d'écoute et éducatif est nécessaire pour que le patient ait une observance maximale, gage d'un bon résultat immuno-virologique. Le soutien des patients est essentiel car la chronicité de la maladie amène un épuisement, un relâchement dans la prise des traitements, et parfois dans les pratiques sexuelles. La situation sociale et psychologique est à prendre en compte. En particulier pour les migrants la précarité sociale est souvent un fait, et le déracinement et leurs représentations de la maladie ne facilitent ni la prise en charge, ni l'adhésion au traitement.

Actuellement il est important de souligner (grâce à l'efficacité des traitements) un vieillissement de la population. Ceci n'est pas sans conséquences. Ce vieillissement n'est pas seulement lié aux thérapeutiques, mais aussi à l'infection par le VIH elle même. Ceci impose du coup à prendre en charge toutes les pathologies inhérentes à cet état de fait. De plus si on a aujourd'hui d'un côté une efficacité indiscutable des traitements, on observe d'un autre côté de multiples effets secondaires.

La consultation devient donc des plus en plus compliquée. On se retrouve devant des pathologies neurologiques et neuro-psychiatriques, cardiaques, rénales, endocriniennes, rhumatologiques...L'incidence de survenu de cancers est également plus importante. Le suivi des patients nécessite des consultations et concertations pluridisciplinaires. Un gros travail éducatif, en particulier sur les facteurs de risques cardio-vasculaires (tabac, alcool, sédentarité, alimentation) devient indispensable. Les traitements associés du fait des multi-pathologies exigent une surveillance très rapprochée à cause des interactions. La complexité des traitements ne facilite pas non plus la meilleure observance pourtant essentielle.

A ces consultations il faut ajouter les prises en charge pour accidents d'exposition au VIH (AES), accidents d'exposition des professionnels de santé, mais aussi accidents d'exposition sexuels représentés par les viols, ruptures de préservatifs, relations occasionnelles non protégées...Ces accidents sont à la hausse. Ce sont essentiellement des accidents d'exposition sexuels et non professionnels. En 2008, 33 personnes se sont présentées pour des AES (accident d'exposition au VIH). Ceux-ci ont générés au total 88 consultations (consultation initiale, suivi biologique et virologique, et souvent aide psychologique car les AES génèrent des angoisses...). Et justement les accidents d'exposition sexuels constituent la plupart du temps de vrais prises de risques qu'il faut prendre en charge dans un contexte de conduites addictives.

Le nombre de journées d'hospitalisations dans le service de pneumologie a diminué (37 contre 58en 2007). Les séjours dans les autres services sont par contre très fréquents. L'équipe est alors relais et interlocuteur principal, en servant de lien entre le service et le patient. Parmi ces services on retrouve la gynéco et la maternité pour la prise en charge des grossesses et des nouveaux nés, mais aussi des problèmes gynécologiques; la gastro-entérologie pour le suivi des hépatites virales C. Les autres services sont également concernés pour toutes les autres pathologies liées ou non à la maladie à VIH. Et dans ces situations le travail de coordination est essentiel.

2°) PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Il s'agit ici de présenter l'activité de la psychologue sur une modalité quantitative et une modalité qualitative, ainsi que ses axes de travail au cours des prises en charge et ceci selon les contextes propres à chaque patient.

- **Recueil quantitatif**

Consultations pour le Réseau VIH : 286 (+ 69 consultations)
Consultations pour la pneumologie : 205 (+ 11 consultations)

La montée en charge de l'activité de consultation est significative. Ici, ne sont pas inclus les temps de transmissions hebdomadaires avec l'équipe de pneumologie (3 fois / semaine), ni les temps de réunion pluridisciplinaire en lien avec des situations précises de prise en charge des patients cancéreux ou en fin de vie, ni les réunions COREVIH, ni le temps de formation à l'intervention systémique, ni les formations dispensés par les laboratoires.

- **Recueil qualitatif**

1. Les visées de la prise en charge psychologique s'articulent autour du vécu de l'annonce, de l'appropriation de la maladie, de l'adhésion au traitement, des répercussions psychologiques de la chronicité de la pathologie et de l'annonce de la séropositivité aux proches... Ce suivi psychologique s'évalue à moyen ou long terme selon la fragilité psychologique et/ou les demandes des patients.

2. Par ailleurs l'accompagnement ponctuel est agi dans une optique d'évaluation et d'orientation vers des relais tels que les psychiatres en libéral et/ou l'assistante sociale.

Le «fil rouge» de ces suivis s'opère notamment dans le domaine de la prévention (éviter des sur-contaminations et/ou de nouvelles contaminations).

Ces préconisations sont d'autant plus renforcées du fait d'une formation à l'approche systémique engagée en septembre 2007 et poursuivie en 2008.

Hormis ces généralités, quelques spécificités sont à préciser pour cette année d'activité 2008 au regard de l'augmentation du nombre de nouvelles prises en charge caractérisées selon deux principaux contextes :

- Suite aux annonces de contamination aux nouveaux patients qui nécessitent un soutien psychologique plus soutenu incluant une éducation thérapeutique.
- Des profils de patients anciennement contaminés qui déclarent un syndrome dépressif invalidant, mettant en risque leur observance, majorant les risques sexuels et pouvant amener le patient à une désocialisation.

Le travail d'accompagnement de la travailleuse sociale contribue avec les bénéfices apportés à la prise en charge psychologique. En ce sens où la restauration du sentiment de sécurité s'opère plus rapidement du fait de la prise en compte de la précarité des patients VIH. Les patients sont moins parasités par des besoins dits primaires et donc plus disponibles à l'élaboration psychique. Les suivis sont moins fragiles, les entretiens sont mieux respectés.

Les effets de la prise en charge psychologique se mesurent par une meilleure adhésion des patients au soin, au traitement, et une souffrance psychique atténuée.

Ceci étant dit ce lien assistante sociale et psychologue a des limites du fait du manque de temps de coordination formelle. Cette carence peut également s'étendre à toute l'entité de l'équipe. Il manque donc un temps de synthèse dédiée pour l'équipe pluridisciplinaire. Ce constat en 2008 est d'autant plus préoccupant du fait de la montée en charge de l'activité, de la levée de précaution chez les jeunes sujets... Ces derniers présentant d'ailleurs des situations sociales peu stables, une précarité et étant repérés de ce fait dans le réseau de soin et d'éducation spécialisé quimpérois (ex : Centre Maternel L'Escale...). Ces prises en charge particulières ont demandé du temps de coordination et de partage des pratiques avec les autres professionnels de ces réseaux.

En définitive, la quotité de temps de travail de la psychologue est largement employée voire devient insuffisante au regard de la complexité des prises en charge... Se pose également en filigrane des questions préoccupantes quant à la prévention liée à la sexualité et aux pathologies s'y rapportant en cas de non-protection sexuelle...

3°) COORDINATION SOCIALE

41 patients suivis (22 femmes et 19 hommes), représentant 101 entretiens. Sur ces 41 patients, 18 sont déjà suivis en 2007.

Les autres sont rencontrés pour la première fois. 13 personnes sont d'origine Africaine.

La moyenne d'âge des femmes est de 35,8 ans, celle des hommes est de 42,6 ans.

En lien avec la moyenne d'âge, beaucoup ont encore des enfants à charge.

On note également trois naissances cette année.

Situations familiales :

Femmes		Hommes	
Célibataires	5	Célibataires	7
En couple	9	En couple (hétéro ou homo)	6
Séparées	8	Séparées	6

Problématiques :

- ✓ Prévention de la désocialisation : 2
- ✓ Ouverture de droits (AAH, pension invalidité, CMU, ASSEDIC...) ou régularisation : 21
- ✓ Mise en place d'aides à domicile : 4
- ✓ Emploi (projet, reclassement, formation...) : 13
- ✓ Accès au logement (problème d'hébergement) : 16
- ✓ Problèmes administratifs, aides financières et aide à la gestion : 22
- ✓ Problèmes conjugaux ou familiaux : 9

- ✓ Rapprochement familial : 2
- ✓ Problèmes psychologiques : 9
- ✓ Enfance / Adulte en danger : 2
- ✓ Toxicomanie / Alcool : 7
- ✓ Problème garde d'enfant : 4
- ✓ Santé handicap : 6
- ✓ Accompagnement extérieur : 2
- ✓ Médiation : 4

Dans l'ensemble, les patients viennent toujours en amont et en aval d'une consultation médicale ou psychologique, fait favorisé par l'implantation du bureau au sein du Centre Hospitalier.

Les demandes d'aides financières et d'accompagnement dans la gestion au quotidien représentent une part importante du travail.

Ceci s'explique par le fait que la majorité des patients ne subsistent qu'à l'aide de minima sociaux (RMI, AAH, invalidité, Assedic).

On retrouve beaucoup de problématiques liées au logement : hébergement précaires, recherche de logements plus confortables, plus salubres, plus adaptés, mais aussi un certain nombre de demandes d'accès à un logement dans le cadre d'une séparation de couple.

L'ouverture de droits ou la régularisation de ceux-ci reste une des interventions plus fréquente.

Il faut noter que seuls trois patients ont pu être orienté vers un suivi social de secteur.

Beaucoup de demandes cette année sont liées à la recherche d'emploi ou de formation. C'est un point très positif, qui montre bien que si le traitement est bien observé, le patient s'autorise à envisager un projet professionnel.

Concernant la population africaine, la majorité des femmes sont en voie de renoncement quant à l'espoir de faire venir leurs enfants en France. Les démarches n'aboutissent pas, certaines n'ont pas vu les leurs depuis plusieurs années.

L'intervention du secteur social se justifie dans l'évitement de la dégradation de situations déjà précaires.

Le conseil, l'information, l'écoute, l'accompagnement social en faveur du patient prennent alors tout leur sens.

Il faut signaler que le côté prévention a pu être amorcé cette année avec trois actions de prévention, en lien avec Aides Armor : intervention sur une plage cet été, intervention sur le marché de Quimper, journée d'information au Centre Hospitalier , destiné au public et au personnel.

Actions à développer en 2009 :

- Formation du secteur social sur les différentes pathologies, leurs incidences, les traitements et leurs effets secondaires, l'importance de l'observance thérapeutique.
- Temps de coordination et de synthèse plus fréquents avec l'équipe pluridisciplinaire.
- Création d'outils pour le suivi et la prise en charge.

4°) PREVENTION – FORMATION – INFORMATION – DEPISTAGE

Les nouvelles contaminations, l'augmentation du nombre de migrants, et aussi la couverture médicamenteuse accrue du fait des pathologies induites par le vieillissement nous obligent à renforcer les messages de prévention. Les consultations dans le cadre de l'activité de dépistage nous renseignent sur les prises de risques. Ceci se confirme par une augmentation des IST. Ces messages sont d'autant plus importants que les contaminations touchent la population homosexuelle qui pourtant était la première investie dans les campagnes de prévention.

Pour l'équipe, il ne s'agit pas de prises de risques isolées mais davantage de conduites addictives tant sur le plan de la sexualité que sur le plan des prises de toxiques...et ceci pour toutes catégories socioprofessionnelles.

Les avancées thérapeutiques et virologiques concernant la maladie à VIH imposent à l'équipe de se former régulièrement. Cette formation se fait lors des congrès, les réunions inter-centre de la région ouest. Les réunions du COREVIH, sont l'occasion de partager les pratiques avec les équipes des autres centres régionaux, de travailler sur des thématiques, d'actualiser les connaissances, et se pencher sur des dossiers difficiles. Avec la mise en place du COREVIH des commissions se sont constituées. L'équipe participe ainsi aux commissions régionales sur le thème des « AES », des événements (Sidaction...) et sur la mise en place d'un logiciel commun (NADIS)

L'équipe apporte une information ciblée à différents publics (cours à l'IFSI, intervention en milieu scolaire, formation de Médecins généralistes, de Pharmaciens...).

L'activité du CDAG s'est développée en fin d'année avec la mise en place de l'équipe du CIDDIST. Cette consultation de dépistage est un moment important pour apporter des messages de prévention et différentes informations concernant les IST (infections sexuellement transmissibles), ceci étant d'autant plus important compte tenu le contexte épidémiologique. De nombreux liens existent entre le CIDDIST, le centre de vaccination et le réseau, et plusieurs actions et prises en charge communes ont lieu.

5°) HEPATITE VIRALE C

Une prise en charge plus systématique des hépatites se confirme. Les traitements de l'hépatite C sont plus systématiques, mais nécessitent une surveillance accrue tout au long de ce traitement (bilans pré-traitements, suivi biologique durant toute la période du traitement qui dure en général 1 an, soutien psychologique devant les effets secondaires neuro-psy du traitement).

Afin de gérer au mieux ces traitements nous participons aux réunions du réseau VHC, réunissant gastro-entérologues, virologues, infectiologues du département, qui se déroulent sur le site de Quimper et Brest.

6°) COORDINATION

Le travail de coordination avec les différentes structures hospitalières et extra-hospitalières, structures de soins ou associatives reste permanent et nécessaire pour la continuité des soins, et l'équipe constitue souvent un lien, un repère entre le patient et ces services:

- Les liens avec les urgences (Urgences, UMP...).
- Les services de chirurgies qui prennent en charge les pathologies diverses liées ou non au VIH et/ou VHC.
- Les liens avec les autres services (rhumatologie, neurologie, endocrinologie...)
- Les services de gynécologie qui suivent de plus en plus de nos patientes: les grossesses de plus en plus nombreuses, les suivis gynécologiques plus réguliers nécessaires à la surveillance des infections au papillomavirus, et les bilans gynécologiques initiaux des femmes migrantes.
- De plus en plus de couples pris en charge avec le centre de procréation médicale assistée (CECOS de Rennes).
- Des réunions régulières avec les équipes des autres centres hospitaliers, les gastro-entérologues pour les hépatites (études de dossiers).
- Des concertations fréquentes avec le laboratoire.
- Un travail avec les associations de patients qui servent de relais, et apportent parfois un soutien au patient, sa famille ou son entourage.
- Le lien avec l'équipe du CIDDIST
- Le travail avec le COREVIH

Nous nous posons toujours autant de questions sur le devenir du fonctionnement de la prise en charge actuel devant l'augmentation de la file active qui s'explique par le vieillissement de la population, l'efficacité des traitements, mais aussi par les nouvelles contaminations en recrudescence. Du fait de ces facteurs et des pathologies liées au vieillissement qui se rajoutent, la surcharge de travail se fait vivement sentir et met en exergue la prise en charge actuelle.

L'éducation thérapeutique est essentielle dans cette prise en charge, mais dans ce contexte de sur-activité nous ne pouvons pas proposer une réelle consultation d'éducation thérapeutique qui devrait se faire sur un temps imparti et dans un lieu adapté. Heureusement c'est quelque chose qui devrait s'améliorer avec l'obtention d'un temps dédié.

La configuration actuelle de l'équipe devient insuffisante pour une qualité de prise en charge. Une baisse de qualité du suivi, liée à cet engorgement de la consultation, ne pourrait avoir que des conséquences fâcheuses sur l'état sanitaire des personnes infectées par le VIH, avec un risque de transmission accrue et l'apparition très probable de virus mutants, constituant ainsi un problème de santé publique.

L'équipe du Réseau VIH/VHC

Pascale Perfezou

Sandrine Jaouen

Anne Vancostenoble

François Baptiste Drévilion

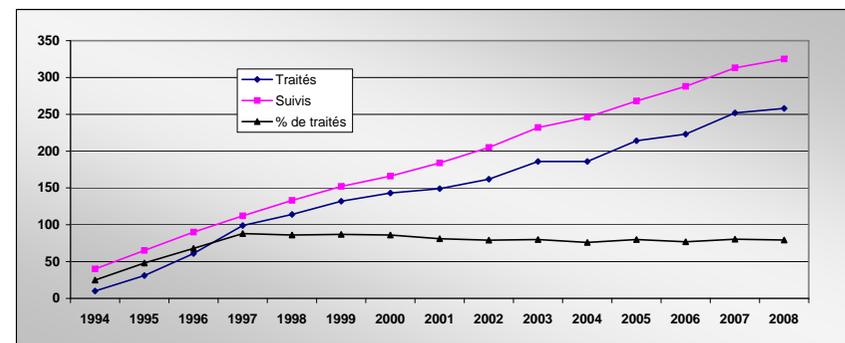
André Blouët

31-déc-08	Origine Africaine : 39 soit 12%	Total : 325 patients
	Co-infectés VIH / VHC : 41 soit 13,09%	
	Co-infectés VIH / VHB : 13 soit 04,15%	
	Traités : 258 soit 79,4%	
	Sous IP : 49,8% des patients traités	

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Traités	10	31	61	99	114	132	143	149	162	186	186	214	223	252	258
Traités en %	25,6	48	67	86,8	84,4	85,7	85	80	78,3	80,2	76,5	77,5	77,4	80,5	79,4
Non traités	29	33	30	15	21	22	25	38	46	46	54	62	65	61	67
Non traités en %	74,4	52	33	13,2	15,6	14,3	15	20	21,7	19,8	23,5	22,5	22,6	19,5	20,6

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Monothérapie	10	11	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0
Monoth. en %	25,6	17,2	1,1	0	0	0	1,19	0	0	0	0	0	0,4	0,4	0
Bithérapie		20	27	27	11	10	8	9	9	6	4	8	7	5	2
Bith. en %		31,3	29,7	23,7	8,15	6,49	4,76	4,84	4,35	2,54	1,59	2,9	3,1	1,9	0,6
Trithérapie			32	65	87	100	111	128	142	161	173	188	193	211	220
Trith. en %			35,2	57	64,4	64,9	66,1	68,8	68,6	68,2	68,9	68,1	86,5	83,7	67,7
Quadrithérapie			1	7	14	19	18	10	11	20	14	16	18	30	31
Quadrith. en %			1,1	6,14	10,4	12,3	10,7	5,38	5,31	8,47	5,58	5,8	8	11,9	9,5
Pentathérapie					2	3	4	2	0	0	1	1	1	3	4
Pentath. en %					1,48	1,95	2,38	1,08	0	0	0,4	0,36	0,4	1,2	1,2
Hexathérapie												1	3	2	1
Hexth. en %												0,36	1,3	0,8	0,3

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Traités	10	31	61	99	114	132	143	149	162	186	186	214	223	252	258
Suivis	40	65	90	112	133	152	166	184	205	232	246	268	288	313	325
% de traités	25	48	68	88	86	87	86	81	79	80	76	80	77	80,5	79,4



ANNEXE 9 : Activités CDAG/CIDDIST en Bretagne

	RENNES	LORIENT	VANNES	PONTIVY	ST-BRIEUC	QUIMPER	SAINT-MALO	LANNION	BREST Médecine I - La Cavale Blanche	BREST Maladies Infectieuses - La Cavale Blanche	BREST Dermato - CHU Morvan
Dépend de	Centre Hospitalier (C.D.A.G.)	Conseil Général *	Conseil Général *	Centre Hospitalier * (C.D.A.G.)	Centre Hospitalier (C.D.A.G.)	Centre Hospitalier (CDAG) (CIDDIST)	Centre Hospitalier	Centre Hospitalier	Centre Hospitalier (CDAG) (CIDDIST)	Centre Hospitalier (CDAG) (CIDDIST)	Centre Hospitalier (CDAG) (CIDDIST)
Implantation	hôpital (CDAG)	CMS	CMS	hôpital (rattaché au service)	hôpital (rattaché au service)	hôpital (rattaché au service)	Centre de Planification	Laboratoire	hôpital (médecine interne)	hôpital (maladies infectieuses)	hôpital (rattaché au service)
Horaires d'ouverture								Prise sg 8 h-11 h 45		Lundi 9h00 à 13h00	mardi 9h00 à 10h30
	lundi 15h00 à 18h00	lundi 17h00 à 18h30	Lundi 13h30 à 15h30	lundi 13h00 à 15h30	lundi 17h30 à 19h15	lundi matin	lundi 12h00 à 14h00	du lundi au vendredi	lundi 13h00 à 19h00	mercredi 12h00 à 16h00	mercredi 12h00 à 14h30
	mardi 16h00 à 19h00	mardi 12h00 à 17h00		mardi 15h30 à 17h30						jeudi 9h00 à 13h00	jeudi 16h00 à 18h30
	jeudi de 16h00 à 19h00	vendredi de 16h00 à 18h30	vendredi de 10h00 à 14h00	vendredi de 15h30 à 17h30	vendredi de 17h30 à 19h15		jeudi de 17h00 à 19h00	résultats (biologistes) sur RDV		vendredi de 9h00 à 13h00	vendredi de 9h00 à 10h30
	samedi de 9h00 à 12h00	samedi de 9h30 à 11h30						du lundi au vendredi		samedi de 9h00 à 12h00	
TOTAL	12 H	11 H	6 H	6 H 30	3 H 30	3 H ?	4 H		6 H 00	19 H	8 H
RDV	avec et sans RDV	NON	NON	NON	NON	CDAG = NON IST = OUI	NON	OUI résultats	avec et sans RDV	CDAG = NON IST = OUI	NON
Anonymat	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Proposé	OUI	OUI	Proposé

	RENNES	LORIENT	VANNES	PONTIVY	ST-BRIEUC	QUIMPER	SAINT-MALO	LANNION	BREST Médecine I - La Cavale Blanche	BREST Maladies Infectieuses - La Cavale Blanche	BREST Dermato - CHU Morvan
consultation pré-test RDV	OUI ou NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON (prise de sang)	NON	NON	NON
Qui l'assure	médecin	médecin ou IDE si médecin absent	médecin ou IDE si médecin absent	médecin	médecin (aux heures d'ouverture)	IDE + médecin	médecin		infirmière	infirmière	IDE (médecin présent)
Questionnaire pré-test	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI
Rempli par	la personne	médecin (ou IDE)	médecin (ou IDE)	médecin (ou IDE)	médecin (ou IDE)	la personne	la personne				la personne
Consultation post-test RDV	OUI toujours	NON	NON	OUI	NON	NON		OUI (biologistes)	NON	NON	NON
Qui l'assure	IDE ou médecin (suivant résultats)	médecin ou IDE (suivant résultats)	médecin ou IDE (suivant résultats)	médecin	médecin	IDE ou médecin si besoin	?	biologistes	IDE ou médecin (suivant résultats)	IDE ou médecin (suivant résultats)	IDE (médecin présent)
Personnel	Dr Souala	Dr Le Martelot	Dr Le Martelot	Dr Le Marchand	Dr Beucard	Dr Perfezou	1 cadre ?	Dr Corre	Pr Mottier	Pr Garre	Pr Misery
	1 médecin	1 médecin	1 médecin	1 médecin	1 médecin	3 médecins	2 médecins	3 biologistes	70 % médecin CIDDIST	1 médecin + 30 % CIDDIST	3 médecins
	30% IDE	1 IDE + 1 remplaçante	1 IDE	1 IDE du service (pas spécifique)	1 IDE	2 IDE	1 IDE + 1 cadre	1 IDE (seulement pour les prises de sang)	1 IDE (50 % CDAG - 50 % CIDDIST)	1 IDE (50 % CDAG - 50 % CIDDIST)	1 IDE

	RENNES	LORIENT	VANNES	PONTIVY	ST-BRIEUC	QUIMPER	SAINT-MALO	LANNION	BREST Médecine I - La Cavale Blanche	BREST Maladies Infectieuses - La Cavale Blanche	BREST Dermato - CHU Morvan
Personnel	10 % psycho					1 secrétaire	1 secrétaire		1/2 secrétaire	½ secrétaire	1 secrétaire
	pas de secrétaire	1 secrétaire à dispo	pas de secrétaire	1 secrétaire du service		1 psycho si nécessaire			1/10è psycho	1/10è psycho	
Examens Proposés											
HIV	OUI 4 000	OUI 2 020	OUI 1 279	OUI	OUI 1 214	OUI 670	OUI	OUI	OUI 933	OUI 1 503	OUI 1 131 ou 1 431
Hépatite B	OUI 420	OUI 588	OUI 439	OUI	NON	OUI 42	OUI	OUI	OUI 529	OUI 876	OUI 758
Hépatite C	OUI 645	OUI 1 003	OUI 656	OUI	OUI 807	oui 307	OUI	OUI	OUI 263	OUI 976	OUI 321
Syphilis	OUI 150	OUI 434	OUI 298	OUI		OUI		OUI	OUI 108	OUI 457	OUI 31
Chlamydia	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI			OUI	OUI	
Gono	OUI	possible	possible	OUI		OUI			OUI	OUI	
Papillomavirus						OUI					
autres	B HCG	Test de grossesse	Test de grossesse	test de grossesse							
	PCR chlamydia	Ag P24	Ag P24								
	Ag P24	PCR chlamydia	PCR chlamydia								
Examens gynéco	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON

	RENNES	LORIENT	VANNES	PONTIVY	ST-BRIEUC	QUIMPER	SAINT-MALO	LANNION	BREST Médecine I - La Cavale Blanche	BREST Maladies Infectieuses - La Cavale Blanche	BREST Dermato - CHU Morvan
Diagnostic positif											
HIV	OUI (traitement)	médecin interne	médecin interne	OUI (traitement)	Sce Maladies infectieuses	OUI	NON => CHU Rennes	NON => CH	OUI (traitement)	OUI (traitement)	OUI
Hépatites	OUI (traitement)	Hépatogastro	Hépatogastro	OUI (traitement)	Hépatogastro	OUI	NON => CHU Rennes	NON => CH	OUI (traitement)	OUI (traitement)	NON
IST	OUI (traitement)	NON	NON	OUI (traitement)	?	OUI (traitement)	NON => médecin	NON => gynéco	OUI (traitement)	OUI (traitement)	OUI (traitement)
AES											
Consultation	OUI	NON (médecin interne urgence)	NON (médecin interne urgence)	OUI (traitement)	OUI	NON	NON	NON => CH	OUI	OUI	
Traitement	OUI	NON	NON	OUI (traitement)	aux urgences ou pharmacie Hôpital	NON	NON	NON => Urgences	OUI	OUI	
Autres activités											
Psycho	OUI	NON	NON	OUI	NON		OUI (centre de planification)		OUI	OUI si urgence	
Sexo	NON	OUI	OUI	NON	NON		NON		NON	NON	
Assistante Sociale	OUI	possible	possible	OUI	NON		NON		OUI	OUI	
Autres	pilule du lendemain	pilule du lendemain	pilule du lendemain	pilule du lendemain	pilule du lendemain				pilule du lendemain	pilule du lendemain	
	test de grossesse	test de grossesse	test de grossesse	test de grossesse	test de grossesse				test de grossesse	test de grossesse	
	kit seringues	kit seringues	kit seringues		kit seringues				kit seringues	kit seringues	
									vaccination		

	RENNES	LORIENT	VANNES	PONTIVY	ST-BRIEUC	QUIMPER	SAINT-MALO	LANNION	BREST Médecine I - La Cavale Blanche	BREST Maladies Infectieuses - La Cavale Blanche	BREST Dermato - CHU Morvan
Activités hors murs											
information	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI		OUI	OUI	
Etablissement	scolaires - CAT - milieux associatifs	scolaires - CAT ; IME	scolaires - CAT ; IME		en projet	scolaires	scolaires - CAT		scolaires - CAT - Maison d'arrêt	scolaires - CAT - IFSI	
	Planning - Maison de quartier	Ateliers RMI - associations	Ateliers RMI - associations			CAT	(par le centre de planification)		EPU, grand public	grand public	
	milieux universitaires	AFPA - maison de quartier	AFPA - maison de quartier						IFSI, AS, Aide soignante		
		IFSI	IFSI						Moniteur - éducateur		
Activités ponctuelles	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	En projet			OUI	OUI	
	1er décembre	1er décembre	1er décembre		1er décembre				1er décembre	(collectif anti-sida)	
	Journée mondiale Hépatite C	Journée mondiale Hépatite C	Journée mondiale Hépatite C		Fête de la musique				Journée mondiale Hépatite C		
	Sidaction	Sidaction	Sidaction						Sidaction		
Dépistages hors murs	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI en projet	NON		OUI	OUI	
	depuis 1998	déc-07	déc-07			1 / semaine			1997	depuis juillet 1997	
	4 à 5 interventions annuelles	1 fois	1 fois			Hopital de Concarneau			17 journées	17 journées annuelles	

