



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

RAPPORT D'ACTIVITE 2009

SOMMAIRE

A- Identification du Corevih Bretagne	3
A.1 Région administrative	3
A.2 Territoire de référence du COREVIH	3
A.3 Etablissement siège.....	3
B- Moyens du COREVIH	4
B.1 Identification des ressources humaines participant aux missions du COREVIH.....	6
B.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH.....	6
B.3 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens.	6
C- Outils développés par le COREVIH	7
C.1 Les outils de communication et de diffusion de l'information.....	7
C.2 Outil de recueil épidémioclinico-biologique	7
C.3 Outils de recueil à minima mise en place	8
D- Le fonctionnement du COREVIH	9
D.1 Indicateurs de fonctionnement	9
D.2 Bureau et plénières du COREVIH	11
D.3 Groupes de travail et commissions.....	12
D.4 Activités internationales.....	18
E- Analyse des données médico-épidémiologiques	19
E.1 Données de l'INVS	19
E.2 Indicateurs quantitatifs et qualitatifs de quelques Centres Hospitaliers bretons	22
F- Programme de travail en 2010 – Conclusion	27
F.1 Planning réunions 2010	27
F.2 Détermination des objectifs 2010.....	27
F.3 Animation territoriale du COREVIH.....	28
F.4 Rapport moral - Conclusion	30
G- Listes des annexes	33
H- Lexique	35

A- Identification du Corevih Bretagne

A.1 Région administrative

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

A.2 Territoire de référence du COREVIH



A.3 Etablissement siège

Le siège du COREVIH est situé au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes
Hôpital Pontchaillou - Pavillon Le Chartier - 2, rue Henri le Guilloux - 35033 Rennes Cedex 09

N° FINESS (établissement) : 35000741

B- Moyens du COREVIH

Ressources théoriques basées sur le mode de calcul du Guide d'aide à la contractualisation
et aux missions d'intérêts généraux (version 2008)

	VALORISATION UNITAIRE	COREVIH
VOLUME DE BASE		
30% ETP PH	104 230,00 €	31 270,00 €
ETP secrétariat	31 250,00 €	31 250,00 €
2 ETP TEC	50 000,00 €	100 000,00 €
ETP adjoint des cadres	41 250,00 €	41 520,00 €
Total Personnel		204 040,00 €
Charges indirectes		61 212,00 €
TOTAL BUDGET DE BASE		265 252,00 €
ALLOCATION BUDGETAIRE LIEE AU TERRITOIRE ET A L'ACTIVITE		
Allocation liée à la superficie du territoire (base 30 000 km ²)	51 600,00 €	103 200,00 €
Allocation liée à la file active (base 2 900 patients)	50 000,00 €	200 000,00 €
Total du budget théorique du COREVIH Bretagne		568 452,00 €

BUDGET ATTRIBUE EN 2009

Budget COREVIH - UF 4025

Recettes 2009		Dépenses 2009	prévu	effet année pleine	
MIG	321 160 €	Charges directes Titre 1			
		0,20 ETP PH puis 0,50ETP à / c du 01/11	60 000 €	27 587 €	
		1 ETP Secrétaire médicale	40 000 €	20 431 €	
		1 ETP TEC	50 000 €	16 555 €	
		1 ETP TEC	50 000 €	40 902 €	
		1ETP coordonnateur	47 000 €	8 333 €	
		Total titre 1	247 000 €	121 641 €	
		Total charges indirectes (30%)	74 100 €	74 100 €	
		<i>correspondant à des dépenses d'investissements ou des dépenses de logistiques, ménage, électricité, chauffage, fournitures diverses, transports, hébergement dans le cadre de la coordination régionale plus des frais de gestion.</i>			
		dont dépenses de fonctionnement Titre3			
		remboursement frais de déplacements directs (personnels établissements de santé)		3 258 €	
		remboursement des frais de déplacement indirects - membres association (subvention CHU - AFFRI)	2 500 €	2 500 €	
		Autres dépenses titre 3 (bons blancs)		1 100 €	
		dont dépenses d'investissement			
		Travaux (peinture)			
		Base de données NADIS	- €	- €	
Equipements mobiliers	6 654 €	6 654 €			
Equipements informatiques et téléphonie	8 346 €	8 346 €			
TOTAL	321 160 €	TOTAL	321 100 €	195 741 €	

Compte-tenu de la notification budgétaire tardive et des délais de recrutement, le COREVIH n'a pas consommé la totalité de ses crédits de titre 1 et une très faible part de son budget de fonctionnement.

Afin de ne pas grever son futur budget et compte-tenu des délais de mise en place d'une structure aussi innovante que le COREVIH, l'assemblée plénière a voté deux mesures budgétaires spécifiques :

⇒ Une somme de 30 000,00 € consacrée au financement de la base de données Nadis a été provisionnée à partir du budget 2008 et sera utilisé pour la mise en place de la base en 2010.

⇒ Une somme de 75 000,00 € destinée à l'emploi d'un ETP d'ingénieur DIM à Rennes et ½ ETP à Brest pour une durée d'un an pour la mise en place de la base de données pour l'ensemble de la Bretagne est provisionnée à partir du budget 2009 pour une utilisation en 2010-2011.

B.1 Identification des ressources humaines participant aux missions du COREVIH

Secrétaire du COREVIH	Annie Hubert Halima Campeaux	0,10 % jusqu'au 7 juillet 2009 1 ETP* depuis 8 juillet 2009
Techniciens d'études cliniques (TECs)	Marie-Claude Delmont Ghislaine Cotten Jennifer Rohan	1 ETP jusqu'au 1 ^{er} octobre 2009 1 ETP à partir du 14/09/2009 1 ETP à partir du 19/10/2009
Coordination médicale	Cédric Arvieux	20% ETP Praticien hospitalier puis 50% à partir du 1 ^{er} novembre 2009
Coordination	Hadija Chanvril	1 ETP à partir du 2 décembre 2009

Le nombre d'emplois attribués au COREVIH Bretagne était à fin 2009 de 4,5 ETP. Ces emplois sont financés par recettes de MIG. Une nouvelle attribution de 2 emplois est prévue en 2010, soit au final un total de 6,5 ETP ([ANNEXE 1, 1.a et 1.b: fiches de poste des TEC, secrétaire et coordination](#)).
Soit un total de **121 641,00 €** en charges directes en 2009.

B.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH

Année 2009	Moyens
<u>Établissement siège</u> CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou Pavillon Le Chartier - 2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09 Tel : 02 99 28 98 75 Fax : 02 99 28 98 76 corevih.bretagne@chu-rennes.fr	Deux bureaux au CHU, matériels informatiques, de communication et budget.

B.3 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens.

CONVENTIONS SIGNEES	2008/2009	Montants des remboursements
Objet :	Remboursement des déplacements (collège 3 et autres) et formation	2 500
signataires	COREVIH et l'AFRRI*	
Objet :	Remboursement des déplacements agents hospitaliers	3258
signataires	COREVIH et les centres hospitaliers de la région	
Objet :	Remboursements des déplacements	330,40
signataires	Conseil général 56	

C- Outils développés par le COREVIH

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

Ainsi des rencontres téléphoniques, par visioconférence et envoi de mails réguliers ont été utilisées pour maintenir un flux de communication constant sur 2009.

Site Internet	Non	Prévu en juin 2010
Création d'une adresse mail fonctionnelle	Corevih-bretagne@chu-rennes.fr	Effectif en 2009
Correspondant AFSSAPS identifié	OUI	Elisabeth Polard Pharmacovigilance
Fichier d'adresses des correspondants	156 personnes concernées au Corevih : membres, Partenaires, institutionnels (DRASS, ARH, SFLS, groupe de pilotage des COREVIH,...) + partenaires (industries pharmaceutiques, intervenants réunions scientifiques,...)	De nombreux envois : Convocation plénière Compte-rendu de plénière Convocation bureau Compte-rendu bureau Documents utiles (rapports du Conseil National du Sida, informations diverses)
Bulletin d'information-lettre de liaison	Non : programmé pour 2010	A partir du 1 ^{er} mai 2010

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

Logo :

Les démarches ont été entamées. Le logo du COREVIH Bretagne verra le jour au cours du premier trimestre 2010 ;

Site Internet :

La majorité des informations et documents relatifs au COREVIH seront disponibles sur le site Internet (comptes-rendus de réunions, textes réglementaires, actualités, formations...). Mise en route prévue au 1^{er} semestre 2010.

Fichier d'adresses de correspondants :

Un travail a été réalisé dès la mise en place du COREVIH afin d'identifier les différentes structures rattachées au COREVIH. Des mailings par catégorie (structurelles ou fonctionnelles) ont été constitués afin de pouvoir informer et, au besoin, solliciter les personnes ressources.

C.2 Outil de recueil épidémiologique-clinico-biologique

L'une des missions des COREVIH est de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

La situation du recueil épidémiologique et médico-clinique en 2009 est la suivante :

- **Rennes** : base DMI2 de l'INSERM
- **Quimper** : base locale au format Access
- **Brest** : base locale au format Excel dans un des quatre services, pas de base informatique dans les trois autres
- **Saint Briec** : Absence de base informatique jusqu'en 2009, mais recueil des données par les TECs du COREVIH en 2009 avec mise en place d'une base intermédiaire Excel en préparation à la migration vers Nadis®.
- **Vannes, Lorient, Pontivy, Saint Malo** : absence de recueil informatisé en dehors des données du DIM concernant les hospitalisations.

Afin de donner à toutes les structures la possibilité d'effectuer le recueil informatisé de qualité, et en parallèle à la prise de fonction des TECs, le COREVIH Bretagne a souhaité contractualiser avec la société FEDIALIS MEDICA qui a développé le logiciel E-NADIS®. Cet outil d'usage médical et de recueil des données épidémiologiques va être déployé sur l'ensemble de son territoire. Une liste complète des correspondants « bases de données » du COREVIH a été établie ([Annexe 2](#)).

C.3 Outils de recueil à minima mise en place

Compte tenu de la diversité des situations en terme de recueil de données sur le territoire et dans l'attente du déploiement de NADIS®, un fichier permettant un recueil « a minima » et standardisé des données, a été établi, afin de réaliser la mission de rédaction d'un rapport annuel d'activité impartie au COREVIH.

Du fait de cette hétérogénéité et pour rendre la tâche moins difficile pour les TECs, chargés de ce recueil, le Bureau a sélectionné des données facilement disponibles et dont l'intérêt est considéré comme majeur ([ANNEXE 3 : comptes-rendus réunions](#) et [ANNEXE 4 : grille de recueil à minima](#)).

D- Le fonctionnement du COREVIH

D.1 Indicateurs de fonctionnement

Type de réunion	Thèmes	Nombre de réunions	Nombre de participants	Ordre du jour (O/N)	C .R. (O/N)	Emargement (O/N)
Réunion du Bureau		7	6/ séance	O	O	O
Séances plénières		3	23 / séance	O	O	O
Réunions scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Aspects cliniques et lecture critique d'articles (29/30 janvier, réunion conjointe avec les COREVIH de Normandie) - Compte rendu du congrès « CROI » (19 mars) - Avancées des programmes ESTHER* du COREVIH (29 avril) - Suivi osseux des patients infectés par le VIH (18 juin) - Tuberculose et VIH (3 novembre) . Pilote : Dr Cédric Arvieux Coordonnées : CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou – Pavillon Le Chartier 2, rue Henri le Guilloux -35033 Rennes Cedex 09	5	143 participants (Soit 29/ séance)	O	N	O
Groupes de travail	Thème : dépistage Pilote : Dr Marie-Claire Le Martelot Coordonnées : DGISS- Service PMI-Actions de Santé Centre médico-social – 11 quai de Rohan – 56100 Lorient	2	5/ 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	5/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	1	2/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	Rencontre à Paris entre 5 COREVIH 20 et 21 octobre	1	4	O	O	O
	Réunion SFLS* des 29 et 30 octobre 2008	1				

Actions de coordination mises en place dans le cadre du COREVIH

Domaine de coordination	Nature	Acteurs
Dépistage	Un premier bilan des actions de dépistage réalisées sur l'ensemble des différents CDAG-CIDDIST de la région Bretagne.	CDAG/CIDDIST de la région Bretagne Les membres de la commission
Soins	Réunions de concertation multidisciplinaire : visioconférence mensuelle de tous les services de soins participants à l'activité du COREVIH, avec présence de virologues, pharmacologues, pharmacovigilance, cliniciens	Médecins hospitaliers suivant les patients
Soins	Positionnement régional concernant la vaccination H1N1 destinées aux personnes vivant avec le VIH (procédure pour les convocations)	Associations et soignants
Communication autour du premier décembre	Communication des actions réalisées dans le 56, 29 et 35 à l'ensemble des correspondants du COREVIH en amont des actions.	Les collectifs, associations et acteurs de lutte contre le sida

Amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles/ modalités d'enquête
Dépistage	Tous les acteurs de prévention, du dépistage et de la lutte contre le sida : CDAG/CIDDIST, associations, personnels médecine spécialisée, SNEG,...	Les recommandations officielles (rapport d'experts, HAS*, INVS*...), l'enquête Prévagay...	Projet d'un camion commun aux quatre départements pour la réalisation des actions mobiles de dépistage et de prévention	Fiche action « élargir l'offre de dépistage en Bretagne »
AES	Médecins hospitaliers des services de maladies infectieuses, médecins urgentistes.	Rapport d'experts, compte-rendu de la réunion scientifique de juin 2008 sur les AES, travaux réalisés à Rennes dans le cadre de l'évaluation et de la réécriture de du protocole « AES »	Réunions de la commission, enquêtes	Envoi de mails aux services d'urgences bretons, enquêtes réalisées dans les services des départements, enquêtes auprès des usagers
Réunions scientifiques	Ensembles des acteurs du territoire	Rapport d'experts, HAS, INVS, ORSB, Rapport de la cours des comptes, revues médicales à comité de lecture,....	Réunions d'informations	Invitations, feuille d'émargements

D.2 Bureau et plénières du COREVIH

Le Bureau :

Président : Cédric ARVIEUX	(collège 1)
Vice-Président : Ghislain LE BOETTE	(collège 3)
Claude BEUSCART	(collège 1)
Hadija CHANVRIL	(collège 3)
Marie-Christine DERRIEN	(collège 2)
Pierre GAUTIER	(collège 3)
Marie-Claire LE MARTELOT	(collège 4)
Hélène DANIELOU	(collège 4)
Yves POINSIGNON	(collège 1)

9 membres du secteur sanitaire, social et médico-social, élus par le Comité. Il s'est réuni 7 fois en 2009. A l'occasion de ces réunions, les membres ont eu à aborder les points suivants :

- Élaboration d'un règlement intérieur
- Préparation des séances plénières du Comité
- Accompagnement et suivi de l'avancée des travaux des commissions de travail
- Choix d'affectation des postes de Technicien(ne)s d'Etudes Cliniques alloués
- Informations régulières sur le budget et la situation financière
- Élaboration d'indicateurs communs de recueil épidémiologique
- Élaboration des profils de postes et recrutement des salariés du Comité

Réunions plénières :

Trois réunions plénières ont eu lieu durant l'année 2009. Le Bureau a tenu à ouvrir largement les réunions plénières du Comité en permettant aux titulaires ainsi qu'à leurs suppléants d'assister ensemble à ces rencontres, ainsi qu'à toute personne intéressée par l'activité du COREVIH.

Chaque réunion plénière permet de transmettre aux membres des informations et actualités relatives aux COREVIH et de faire un bilan sur le fonctionnement (travail autour des profils de poste, actions entreprises, moyens attribués...)

A l'occasion de la première réunion plénière qui a eu lieu le **20 février**, 29 membres étaient présents. Lors de celle-ci le règlement intérieur ([ANNEXE 5 : Règlement intérieur](#)), élaboré par le bureau, a été adopté à l'unanimité des membres votants.

La deuxième réunion à laquelle ont participé 23 membres, et qui s'est déroulée le **29 avril**, a principalement été consacrée à la mise en place des commissions de travail ainsi qu'à la définition des objectifs.

La dernière réunion, qui a eu lieu le **14 octobre**, a réuni les personnes représentant les tutelles (DRASS*) 5 personnes ainsi que 13 membres. En raison de deux démissions, Mme Chanvril Hadija, étant recrutée comme coordinatrice du COREVIH et Docteur DANIELOU pour des raisons de disponibilité, un nouveau bureau a été constitué. André Blouet et Emmanuel Loyer ont été élus membres du bureau à l'unanimité. ([ANNEXE 3](#))

D.3 Groupes de travail et commissions

Réunions scientifiques :

Ces réunions remplissent l'une des missions du COREVIH qui est d'informer les acteurs de la prise en charge. Cinq réunions ont eu lieu en 2009, la logistique de ces rencontres (location de salle et repas) est assurée par des laboratoires pharmaceutiques. Le choix des thèmes est fait en réunion de bureau et/ou en plénière. Ces rencontres ont réuni 143 personnes.

- Aspects cliniques et lecture critique d'articles (29/30 janvier, réunion conjointe avec les COREVIH de Normandie) :
- Compte rendu du congrès « CROI » (19 mars) :
- Avancées des programmes ESTHER du COREVIH (29 avril) :
- Suivi osseux des patients infectés par le VIH (18 juin) :
- Tuberculose et VIH (3 novembre) :

Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) :

Les RCP ont lieu une fois par mois (troisième mercredi)

Outre les médecins des services spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH des 4 départements (Côtes d'Armor, Finistère, Ille et vilaine et Morbihan), elle associe pharmacologues, pharmaco vigilants, virologues.

Cette commission traite des demandes de mise sous traitements antirétroviraux ou de modifications, encadre et valide les décisions.

En 2009, on estime à 97 le nombre de dossiers discutés lors de ces réunions, dont 80 pour Rennes et 17 pour les hôpitaux extérieurs.

Réunion nationale inter COREVIH :

⇒ Rencontre à Paris entre 5 COREVIH les 20 et 21 octobre :

Cette formation-action est un des deux axes du projet d'appui méthodologique aux COREVIH porté par la SFLS et soutenu par Sidaction. L'autre axe du projet étant la boîte à outils pour les COREVIH, espace d'échanges d'expériences sur <http://www.sfls.aei.fr/corevih/corevih-bao.asp>

Elle a été mise en place par la chargée de ce projet au sein de la SFLS, en lien avec la SFLS et la commission thématique de formation de celle-ci ainsi que dans le cadre général du projet, après avis des membres du groupe de suivi du projet général sur les axes stratégiques ([ANNEXE 6: Compte-rendu de cette rencontre](#)).

⇒ XVe ASSISES et Xe Congrès National de la SFLS du 29 et 30 octobre à Nice :

"Qualité de Vie, Qualité de Soins" était le thème de cette manifestation. De nombreux membres du COREVIH Bretagne y étaient présents.

Les commissions :

La mission préalable des commissions est de recenser avec une approche transversale (structures sanitaires intra ou extra hospitalières, structures sociales, structures associatives...) les modalités de prise en charge existantes dans le secteur VIH, dans leur thématique respective, sur l'ensemble du territoire couvert par le COREVIH.

Elles ont pour finalité de définir un programme de travail, de mettre en place des projets d'actions et d'émettre des avis tendant à homogénéiser l'offre de soins et les pratiques.

La composition des commissions fait intervenir des personnes ayant un lien direct ou indirect avec le thème de travail. Ces personnes sont des membres ou des acteurs du COREVIH. La représentativité des territoires, des institutions, des collègues ainsi que des catégories professionnelles est privilégiée autant que possible dans la composition des commissions. Un responsable a pour rôle de piloter la commission.

Commission dépistage

Pilote : Marie Claire Le Martelot - (Médecin au CDAG* Lorient et Vannes 56)

Laurent Mériaux	(AIDES Région Grand-Ouest)
Françoise Morin	(IDE* Hôpital de Pontchaillou 35)
Marie Christine Derrien	(IDE Brest 29)
Myriam Besse	(Coordinatrice PCPPS* 35)
Eric Maniscalco	(représentant Région Grand-Ouest SNEG*)

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 ^{eme} 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 de bord :

Date	activités	Documents supports	Production	Référent	Diffusion prévue
avril	Réunion de la commission	Retour questionnaire CDAG/CIDDIST	Objectifs de la commission	Marie-Claire Le Martelot	Compte-rendu de la commission
Septembre	Réunion de la commission	Rapport Yéni, retour questionnaires CDAG/CIDDIST,	Plan d'action « élargir l'offre de dépistage en Bretagne »	Marie-Claire Le Martelot	
Décembre	Rédaction de la fiche-projet	Rapport Yéni, rapport du CNS, rencontre national CDAG/CIDDIST	Fiche projet	Marie-Claire Le Martelot	Ensemble de la commission

Commentaires et objectifs 2010 :

En 2008, la commission dépistage avait commencé par établir un premier bilan des actions de dépistage réalisées sur l'ensemble des différents CDAG-CIDDIST de la région Bretagne.

Le constat premier : une hétérogénéité extrême dans les CDAG, l'absence de concertation et de projets en commun.

L'objectif en 2009 était d'initier des projets émergeant d'une part des constats faits et d'autre part des recommandations des experts (rapport Yéni, HAS*, INVS*....) :

- initier des projets innovants notamment en instaurant des actions de dépistage spécifiques (en particulier le dépistage hors-murs).
[Les résultats de l'enquête Prévagay paru en Novembre 2009 ne font que confirmer le sens de ces recommandations].
- aller vers un renforcement de la professionnalisation, inclure la dimension de la sexualité de manière plus visible à la fois dans le suivi des patients VIH, mais aussi particulièrement dans le champ de la prévention (où les acteurs ne sont pas formés).
- Travailler avec des données épidémiologiques communes.

En 2009, la commission dépistage a organisé deux réunions téléphoniques. Les membres de celle-ci représentent l'ensemble des quatre départements, à l'exception des Côtes d'Armor (lacune à combler en 2010).

Trois axes de travail ont été retenus en priorité, directement en prise avec les recommandations des experts.

- Favoriser le dépistage hors-murs et les actions de dépistage spécifiques en direction des populations les plus exposées.
Actuellement, le projet d'un camion commun aux quatre départements est en cours ([ANNEXE 7 : Fiche action « élargir l'offre de dépistage en Bretagne](#)).
- Adopter un logiciel commun aux CDAG/CIDDIST afin de pouvoir harmoniser le recueil des données et d'assurer une visibilité épidémiologique du territoire.
- Le 3^{ème} axe n'a pas encore débuté : il concerne la formation à la fois des professionnels des CDAG et des membres associatifs en matière de connaissances en sexualité humaine voire en sexologie.

Remarques : On évoque souvent l'importance de l'écoute de la sexualité. A ce sujet, il est à préciser qu'une formation à l'écoute, à la relation d'aide, reste largement insuffisante quand il s'agit de prendre réellement en compte la sexualité d'une personne hors d'un entretien.

Au total : Un bilan positif tant en terme de projets en bonne voie, que du renforcement d'une mutualisation des savoirs, des compétences et des échanges entre les différents acteurs et les différentes structures.

Commission AES*

Pilote : Pierre Gautier (Chrétien et Sida 29) et **Hadija Chanvri** (AIDES 56)

Eric Maniscalco (Représentant Région grand-ouest SNEG)
 Frédéric Dezé (Médecin au service des Urgences Pontchaillou 35)
 Pascale Perfezou (Médecin aux maladies infectieuses 29)
 Faouzi Souala (Médecin aux maladies infectieuses 35)
 Claude Beuscart (Médecin aux maladies infectieuses 22)
 Mathilde Niault (Médecin en hématologie 56)

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 2 ^{ème} semestre 2010	- 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

Tableau de bord :

Dates	Activités	Documents supports	Productions	Référents	Diffusion prévue
Février	Travail autour de la méthodologie pour la composition de la commission	Recensements des services concernés par les AES et prise de contacts		Pierre Gautier et Hadija Chanvri	
Mars	Travail autour des objectifs de la commission et préparation de l'ordre du jour de la commission	Rapport Yéni, compte-rendu de la réunion scientifique de juin 2008 sur les AES, travaux réalisés à Rennes dans le cadre de l'évaluation et de la réécriture de leur protocole	Tableau des objectifs ci-dessus	Pascale Perfezou, Pierre Gautier et Hadija Chanvri	Ensemble de la commission, bureau et l'ensemble des membres par le biais de la plénière
Mai	commission		Répartition des tâches concernant l'évaluation des AES en Bretagne et compte-rendu	Commission	A l'ensemble de la commission
Novembre	Retour des questionnaires aux services d'urgence bretons	Résultats enquêtes auprès des urgences en Bretagne	Rapport	Frédéric Dezé	À l'ensemble de la commission à la commission de janvier 2010

Commentaires et objectifs 2010 :

La composition de cette commission est assez en accord avec l'esprit du COREVIH. En effet, dans cette commission, se trouvent des membres du COREVIH et du bureau, mais aussi des acteurs de la lutte contre le sida, tel le SNEG ou un urgentiste de Rennes.

En terme de territoire, les 4 départements sont représentés. De plus, Fabrice GUYARD, membre du COREVIH Bretagne mais aussi du COREVIH Pays de la Loire, pourra être consulté pour faire un lien avec une autre commission AES.

Présentation et attentes vis à vis de la commission :

SNEG – Délégué Régional des entreprises GAY (bars, discothèques, sauna, sex-club) : 10 antennes en France dont une dans l'ouest.

Rôle : prévention côté salarié (formation du personnel) ; évaluation des établissements en fonction de la charte.

Attente : communiquer sur les AES et amélioration de la prise en charge au regard des remontées négatives du public.

Médecins : PH* Saint-Brieuc, PH Quimper réseau Ville Hôpital, PH Lorient. Au premier plan pour référer les dysfonctionnements par rapport à la procédure AES et vis à vis de la formation des services d'urgence en première ligne.

Formation une fois par mois mais cela est insuffisant vis à vis du turn-over des urgences. Nécessité de passer à chaque fois par les urgences.

Amélioration de l'accueil des usagers permettrait aux personnes séropositives de les accompagner (résultats plus rapides, indicateurs pour prescrire plus facilement un traitement).

Après les urgences, la procédure se déroule normalement, aussi bien du point de vue associatif que des professionnels.

Problème de confidentialité à gérer. Surcharge supplémentaire au niveau du service (hémato – maladies infectieuses).

AES professionnels mieux suivis que les AES sexuels au niveau des urgences.

La prise en charge aux horaires de fermeture des services pose problème. Le Centre de Saint-Brieuc semble avoir trouvé une solution à cette difficulté en revoyant la personne dès le lendemain (prioritaire).

Diagnostic : Au niveau des urgences, difficultés à gérer la nécessité de donner ou non le traitement.

Problème de confidentialité des dossiers des urgences aux services ; le fonctionnement est différent selon les établissements.

Différence : Au niveau des urgences, on observe parfois une méconnaissance (orientation vers CDAG, accueil non discret, moralisation du patient, différent de la responsabilisation).

[\(ANNEXE 8 : TPE* : Etat des lieux auprès des services d'urgence bretons\)](#)

Outils utilisés :

- Questionnaire sur les AES à Rennes et à Saint Brieuc.
- Circulaire d'application du 13 mars.
- Grille d'évaluation SFLS
- Expérience du CHU de Rennes qui en fait une évaluation et a mis en place une procédure qui fonctionne bien. Cela comporte une évaluation par le biais de questionnaires, le changement de référent des AES au sein de l'hôpital vers les urgences, formation et création d'un kit accessible et fonctionnel (vient d'y être rajouté des adresses associatives).
- Repérage et accompagnement d'une structure sur l'amélioration et (ou) la mise en place d'une procédure AES.
- Le testing* : la commission ne pouvant pas évaluer physiquement les procédures de tous les établissements, la décision d'en tester quelques uns afin d'avoir une représentativité a été prise. Les critères de sélection de ces établissements sont à définir (non réalisé en 2009)

Médecine de ville

Pilote : Docteur Jean Marc Chaplain
Ghislain Le Boëtté

(Médecin en Maladies Infectieuses - CHU Rennes)
(Vice-Président du Corevih)

Tableau de bord :

Date	activités	Documents supports	production	réfèrent	Diffusion prévue
Juin	Rencontre entre les deux pilotes afin de définir les démarches de mise en route de la commission et prise de rendez-vous avec URLM*				

Commentaires et objectifs 2010 :

La commission comprenait en 2009, Ghislain Le Boëtté et Jean-Marc Chaplain. Une première réunion s'est tenue en juin 2009 afin de réfléchir sur les personnes à impliquer dans le travail de commission et d'en définir les objectifs.

Il apparaissait que l'implication des médecins de ville dans la prise en charge des patients infectés par le VIH semble difficile devant le faible nombre de patients consultant en médecine générale, de la complexité des traitements et de leurs effets secondaires nécessitant des mises à jour régulières.

Cependant un travail de thèse de médecine générale se propose d'évaluer les freins relatifs à cette prise en charge en ville et pourrait être un bon début pour trouver des axes de travail à poursuivre. Un médecin généraliste nouvellement installé en Ille-et-Vilaine est partant pour participer à ces réflexions.

Par ailleurs, il semble également important de valoriser le dépistage et la prévention en médecine de ville. Promouvoir le dépistage pourrait en effet correspondre à une activité plus constante du médecin généraliste et c'est d'actualité.

Il est prévu une réunion de la commission en Janvier 2010 afin de poursuivre la mise en place de ce programme.

D.4 Activités internationales

Certains hôpitaux rattachés au COREVIH-Bretagne disposent de programmes de coopération internationale dans le domaine du VIH, dans le cadre de l'initiative ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau), résumé dans le tableau ci-dessous (activités détaillées dans les rapports des structures en annexe).

Une réunion organisée par le COREVIH a lieu tous les deux ans afin que chaque structure puisse présenter ses partenariats, échanger autour des points positifs et des difficultés rencontrées, et essayer de construire les synergies.

En 2010, le COREVIH présentera la synthèse de ses activités de coopérations aux différentes instances régionales et départementales, et cette activité sera affichée sur la plateforme <http://www.bretagne-solidarite-internationale.org/>

CH impliqué dans le programme ESTHER	Brest	Rennes	Saint-Brieuc	Vannes
Services impliqués (coordination/ participants)	Médecine Interne	Maladies infectieuses Virologie Hygiène Parasitologie	Service des maladies infectieuses	Médecine Interne/services techniques, laboratoire microbiologie, bloc opératoire, IFSI
Partenariat Sud	Cambodge : Siem Reap	Burundi : Hôpital prince Régent Charles, Centre de médecine communautaire de Buyenzi, Collectif inter associatif. DIU région des grands lacs Liberia : hôpital JFK	Niger : Agadez	Côte d'Ivoire : Hôpital Méthodiste Dabou
Date signature convention ESTHER		2006 (Burundi) 2008 (Libéria)		2005
Jumelage local, départemental ou régional associé	Non	Non	Oui (conseil général)	Non
Nombre de stagiaires accueillis		30 (2006-2010)		5
Nombre de missions sur place (nombre de professionnels)		Coordonnateur du projet 2006-2010 : 25 missions, 2008 : 6 formations et 3 missions suivi du projet (34 personnes)		4 (9)
Estimation file active 2009 de la (des) structure(s) sud		5000		2000
Budget total dernière convention financière (Nord/Sud/date)		95 854.00 € (32 430€/63 424€/juin 2009)		33700 euros (22 300€/6 400€/juin 2010)

E- Analyse des données médico-épidémiologiques

E.1 Données de l'INVS¹

Découvertes de séropositivité VIH par département de domicile et par année de diagnostic - Bretagne

Département de domicile	Année de diagnostic							Total
	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008 *	2009 * janv-juin	
22 - Côtes-d'Armor	16	13	19	15	15	13	10	101
29 - Finistère	17	14	20	26	30	16	4	127
35 - Ille-et-Vilaine	24	26	31	28	34	43	12	198
56 - Morbihan	23	20	27	29	16	27	6	148
Total	80	73	97	98	95	99	32	574

Découvertes de séropositivité VIH par classe d'âge et par année de diagnostic – Bretagne

Classes d'âge	Année de diagnostic							Total
	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008 *	01-06/ 2009 *	
0 à 9 ans	.	.	.	.	.	2	1	3
10 à 19 ans	3	.	3	1	3	3	.	13
20 à 29 ans	20	16	22	24	20	20	7	129
30 à 39 ans	17	25	35	34	26	30	11	178
40 à 49 ans	25	15	17	23	30	20	5	135
50 à 59 ans	11	15	16	10	9	16	5	82
60 à 69 ans	2	1	4	6	4	7	3	27

¹ Source INVS Surveillance du VIH - données cumulées 2003- juin 2009, non corrigées pour la sous-déclaration pour les années 2007/2008 & 2009

Classes d'âge	Année de diagnostic							Total
	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008 *	01-06/ 2009 *	
70 à 79 ans	2	1	.	.	3	1	.	7
Total	80	73	97	98	95	99	32	574

Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par sexe – Bretagne

Mode de contamination	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
1 - Homosexuel/Bisexuel	.	184	184
2 - Usager de drogues	2	13	15
5 - Hétérosexuel	144	105	249
7 - Mère/Enfant	2	1	3
9 - Autre/Inconnu	32	91	123
Total	180	394	574

Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par stade clinique - Bretagne

Stade clinique	Mode de contamination					Total
	1 - Homosexuel/Bisexuel	2 - Usager de drogues	5 - Hétérosexuel	7 - Mère/Enfant	9 - Autre/Inconnu	
1 - Primo Infection	39	1	21	.	4	65
2 - Asymptomatique	89	7	141	2	31	270

Stade clinique	Mode de contamination					Total
	1 - Homosexuel/Bisexuel	2 - Usager de drogues	5 - Hétérosexuel	7 - Mère/Enfant	9 - Autre/Inconnu	
3 - Sympt.non sida	21	3	35	1	13	73
4 - Stade sida	25	4	38	.	27	94
9 - Non précisé	10	.	14	.	48	72
Total	184	15	249	3	123	574

Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par motif de dépistage - Bretagne

Motif de dépistage	Mode de contamination					Total
	1 - Homosexuel/Bisexuel	2 - Usager de drogues	5 - Hétérosexuel	7 - Mère/Enfant	9 - Autre/Inconnu	
Signes cliniques et biologiques	82	7	98	.	44	231
Risque d'exposition au VIH	68	4	52	3	6	133
Bilan systématique	9	3	35	.	15	62
Grossesse	.	.	20	.	4	24
Autres motifs	19	.	31	.	9	59
Motif inconnu	6	1	13	.	45	65
Total	184	15	249	3	123	574

E.2 Indicateurs quantitatifs et qualitatifs de quelques Centres Hospitaliers bretons

(ANNEXE 9, 10, 11 et 12: rapports d'activités des services hospitaliers participants à la lutte contre le VIH et ANNEXE 13 : rapport d'activité CDAG Brest/Lorient/Vannes)

Dans l'attente de la mise en place d'un recueil informatisé des données dans tous les centres de la région, le COREVIH a défini en réunion plénière une série de critères « de base » à recueillir, afin de mettre en avant des critères quantitatifs et qualitatifs. En 2009, ces données ont pu être recueillies pour les centres hospitaliers de Quimper, Rennes et Saint Brieuc. Les rapports d'activités plus complets des différentes structures figurent en annexe.

Pour la première fois en 2009, la file active du COREVIH de Bretagne a pu être mesurée, avec un degré de précision de l'ordre de 10%, lié à l'absence de dossiers informatisés dans la majorité des centres, et l'impossibilité pour les TECs arrivée en fin d'année 2009 de recueillir l'ensemble des données dans les dossiers patients (ce travail n'a été réalisé que pour le CH de Saint Brieuc, et il est disponible pour Rennes et Quimper du fait d'un recueil prospectif ancien).

Ce recueil de meilleure qualité permet de mettre en évidence une file active de 22% supérieure aux estimations antérieures (2250 patients)

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	file active mesurée	Estimations
Côtes d'Armor	St Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	303	303
Finistère	Brest	Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Médecine Interne		275
		Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Maladies infectieuses	230	230
		Centre Hospitalier Universitaire Morvan/ Dermatologie		8
	Hôpital d'instructions des armées		20	
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	347	347
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou	1142	1142
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	34	34
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	228	228
	Pontivy	Centre Hospitalier de Pontivy	43	43
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	290	290
Total				2920

Centre Hospitalier de Rennes / File active 2009

Indicateurs quantitatifs

File active :

Nombre de cas séropositivité au VIH : 1 142

Nombre de cas SIDA : 262

Age moyen : 41 ans

Hospitalisations/Consultations :

⇒ Nombre d'hospitalisations complètes : 351 (maladies infectieuses, réanimation médicale, autres services)

⇒ Nombre d'hospitalisations de jour : 233

⇒ Nombre de consultations : 3 746 (maladies infectieuses, pédiatrie)

AES :

⇒ Nombre de prise en charge d'AES : 310 consultations

Notion de correspondants spécialisés identifiés :

Dermatologue, Cardiologue, Gynécologue, Nutrition-Métabolisme-Endocrinologie, Sexologue, Psychiatre, Consultations douleurs et Rhumatologue : les patients peuvent avoir un RDV avec tous ces spécialistes.

Centre d'Aide Médicale à la Procréation à risque viral : centre de référence suprarégional.

⇒ Assistant sociale : permanence tous les jours de 10h à 13h + sur RDV

⇒ Psychologue : présente à 50% dans le service

⇒ Consultation d'éducation thérapeutique : à la demande (volume dédié par le personnel du service : 3h/semaine)

⇒ Consultation diététique : à la demande

Indicateur de « volume » :

Volume horaire des consultations proposées : 8h-19h30

Présence d'horaires décalés (12h-14h, soirée, samedi)

⇒ Consultations le samedi matin de 9h à 12h une fois tous les deux mois

⇒ Consultations le jeudi de 17h à 19h30 un jeudi sur deux

⇒ Consultations le mardi de 14h à 18h30 un mardi sur deux

Délai d'attente pour les RDV non programmés : du lendemain à une semaine

Indicateurs qualitatifs

La salle d'attente comprend :

⇒ Livret de présentation du service

⇒ Brochures médicales

⇒ Brochures des associations

⇒ Affiches de prévention

⇒ Affiches d'informations des associations

⇒ Magazines d'informations

Les associations mettent à jour leurs documentations tous les 2 mois.

Les revues sont mises à jour tous les mois.

Une fontaine à eau est installée dans la salle d'attente.

La salle d'attente ne comprend pas de coin café mais un café est servi aux patients arrivés à jeun pour leurs examens.

Centre Hospitalier de Saint Briec / File active 2009

Indicateurs quantitatifs :

File active :

Nombre de cas séropositivité au VIH : 303

Nombre de cas SIDA : 84

Age moyen : 48 ans

Hospitalisations/Consultations :

⇒ Nombre d'hospitalisations complètes : 28

⇒ Nombre d'hospitalisations de jour : 293 (Hôpital de jour en diminution en vue de la « circulaire frontière »)

⇒ Nombre de consultations : 1 839

Ces données sont non renseignées pour 21 patients.

AES :

⇒ Nombre de prise en charge d'AES : 50

Notion de correspondants spécialisés identifiés :

⇒ Dermatologue : aucune difficulté pour avoir un RDV, ce situe dans le même service

⇒ Cardiologue : difficulté de consultation, manque de personnel, de temps (un PH dans le service a une formation de cardiologue)

⇒ Gynécologue : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Nutrition-Métabolisme-Endocrinologie : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Sexologue : aucun praticien dans l'hôpital

⇒ Psychiatre : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Consultations douleurs : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Rhumatologue : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Assistante sociale : une pour l'étage (services dermatologie, rhumatologie, maladies infectieuses, médecine interne, hématologie et cancérologie) est disponible en cas de besoin

⇒ Psychologue : présente à mi-temps dans le service (mardi matin, mercredi et vendredi toute la journée)

⇒ Consultation d'éducation thérapeutique : ont pris le parti de ne pas faire d'éducation thérapeutique mais l'infirmière, un praticien et le psychologue ont une formation « d'observance thérapeutique »

Indicateur de «volume» :

Volume horaire des consultations proposées :

⇒ La journée RDV entre 9h et 16h

⇒ Ne consulte pas dans la soirée et le samedi, ni entre 12h et 13h

Indicateurs qualitatifs :

La salle d'attente comprend :

⇒ De la documentation sur le VIH, sur les MST, les hépatites

⇒ De la documentation sur la prévention

⇒ Des affiches de prévention

⇒ Des magazines

L'attente ne dure que 5 à 10 minutes.

La salle d'attente ne comprend pas de coin café mais les patients ont un petit déjeuner avant de partir s'ils ont eu un prélèvement.

Centre Hospitalier de Quimper / File active 2009

Indicateurs quantitatifs

File active :

Nombre de cas séropositivité au VIH : 347

Nombre de cas SIDA : 73

Age moyen : 45 ans

Hospitalisations/Consultations :

⇒ Nombre d'hospitalisations complètes : 75 (uniquement dans notre unité de soins ; ne sont pas prises en compte les hospitalisations dans les autres secteurs où nous intervenons)

⇒ Nombre d'hospitalisations de jour : très peu réalisée (non comptabilisé)

⇒ Nombre de consultations : 1 453

AES :

⇒ Nombre de prise en charge d'AES : 34 générant 115 consultations

Notion de correspondants spécialisés identifiés :

⇒ Dermatologue : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Cardiologue : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Gynécologue : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Nutrition-Métabolisme-Endocrinologie : aucune difficulté pour avoir un RDV(quelques difficultés pour obtenir des RDV d'urgence)

⇒ Sexologue : une sexologue au planning familial, mais consultation en ville généralement (difficultés liés à la prise en charge Sécurité sociale)

⇒ Psychiatre : Prise en charge en ville

⇒ Consultations douleurs : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Rhumatologue : aucune difficulté pour avoir un RDV

⇒ Assistante sociale : 0,20 ETP

⇒ Psychologue : présente à 0,3 ETP (présence réelle dans le service : 0,5 ETP dont 0,2 pour le service de pneumologie, grande souplesse dans les RDV)

⇒ Consultation d'éducation thérapeutique : mise en place fin 2009 (informelle auparavant)

Indicateur de « volume » - Volume horaire des consultations proposées :

⇒ La journée RDV entre 9h et 18h (horaires officielles)

⇒ Ne consulte pas dans la soirée et le samedi, ni entre 13h et 14h

Indicateurs qualitatifs

Ligne téléphonique directe pour les patients sans passage par secrétariat : prise de RDV directe. Cela permet un échange direct et ainsi répondre aux questions et problèmes qu'ils rencontrent

Consultations et bilans dans le même lieu (circuit patient simplifié)

Documentation à la consultation

⇒ De la documentation sur le VIH, sur les MST, les hépatites

⇒ De la documentation sur la prévention

⇒ Des affiches de prévention

⇒ Des magazines

Attente limitée à 5, 10 minutes (RDV toutes les 30 mn, définis par le médecin ou l'infirmière, voire plus selon situation ⇒ RDV adaptés)

Pas de salle d'attente spécifique, commune à des consultants pneumo

Centres Hospitaliers de Brest (dermatologie, maladies infectieuses, médecine interne, hôpital d'instruction des armées), Lorient, Pontivy et Vannes/Files actives 2009

Les données détaillées seront disponibles en 2010: le recrutement tardif des TECs du COREVIH et l'absence de base de données directement exploitables n'a pas permis de recueillir les indicateurs retenus par le COREVIH. Ceux-ci seront recueillis en 2010.

F- Programme de travail en 2010 – Conclusion

F.1 Planning réunions 2010

Dates	thèmes	horaires	lieux
Mercredi 6 janvier	Réunion Bureau	14H30 - 16H30	Quimper
Judi / vendredi 14-15 Janvier	Méthodologies/Journées du Mont Saint Michel		Mt Saint Michel
Mercredi 10 février 2010	Réunion Bureau	10h30 - 12h30	Brest
	Réunion Plénière	14h30 - 17h30	
Mercredi 10 mars	Réunion Bureau	17h30 - 19h30	Visioconférence
Judi 18 mars	Post CROI*	18h00 - 21h00	Rennes
Mardi 27 avril	Prise en charge précoce du VIH	18h00 - 21h00	Rennes
Mercredi 28 avril	Réunion Bureau	14H30 - 16H30	Saint-Brieuc
Mercredi 2 juin	Réunion Bureau	10h30 - 12h30	Rennes
	Réunion Plénière	14H30 - 17H30	
Judi 17 juin	Femmes et VIH	18h00 - 21h00	Vannes
Lundi 5 juillet	Réunion Bureau	17h30 - 19h30	Visioconférence
Mercredi 8 septembre	Réunion Bureau		Vannes
Judi 23 Septembre	Réduction des risques	18h00 - 21h00	Rennes
Mercredi 13 octobre	Réunion Bureau	10h30 - 12h30	Lorient
	Réunion Plénière	14H30 - 17H30	
Lundi 6 décembre	Réunion Bureau	17h30 - 19h30	Visioconférence

F.2 Détermination des objectifs 2010

En 2009, seules les trois premières commissions ont été actives.

- Dépistage, pilotée par le Docteur M-Claire Le Martelot (Lorient), en collaboration avec Marie-Christine Derrien (Brest).
- Accidents d'exposition, pilotée par Hadija Chanvriel et Pierre Gautier (Lorient, Quimper).
- Base de données (Nadis), pilotée par le Docteur Cédric Arvieux (Rennes)
- Médecine de ville (généralistes, mais aussi spécialistes concernés par le VIH comme les gynécologues ou les proctologues) piloté par Jean-Marc Chapplain (Rennes)

Les commissions prévention, pilotée par Myriam Besse (Rennes) et éducation thérapeutique pilotée par Marie-Christine Derrien (Brest) et André Blouet (Quimper) ont également été mise en place en 2009 mais ont réellement entamées leurs travaux qu'au 1^{er} trimestre 2010.

Le recrutement de la coordinatrice en décembre 2009 devrait permettre l'animation des toutes les commissions ainsi que de la mobilisation des acteurs.

F.3 Animation territoriale du COREVIH

Contexte et constats justifiant l'action :

L'animation territoriale du COREVIH se définit comme la mise en œuvre d'un ensemble cohérent et intégré d'activités en vue d'améliorer la prise en charge du VIH sur un territoire donné. Elle répond à la nécessité d'articuler à l'échelle d'un territoire régional (région, département, agglomération, ville...), les initiatives et politiques développées dans le domaine de la prise en charge du VIH en relation avec les besoins recensés et les ressources disponibles. Le programme devra s'adresser à l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Dans l'objectif de diminuer les inégalités devant la prise en charge, une attention particulière doit être portée en direction des publics les plus en difficulté sur le territoire.

L'animation territoriale du COREVIH permettra :

- de mobiliser tous les acteurs institutionnels, associatifs, médicaux, sociaux du territoire,
- le partage des connaissances dans le cadre d'un diagnostic territorial et la recherche de complémentarités,
- la participation et la responsabilisation des acteurs sur des objectifs communs,
- la connaissance approfondie des conditions locales de prise en charge,
- la prise en compte des inégalités d'accès géographiques, culturelles et sociales à des services
- le choix d'objectifs prioritaires à atteindre pour mieux répondre aux attentes et aux préoccupations concrètes des personnes en termes de prise en charge,
- la recherche de convergence et de synergie entre les différentes politiques publiques (nationales, régionales, projets associatifs,...),
- la globalisation et le décloisonnement des actions à conduire à court et moyen terme dans le cadre d'un programme opérationnel coordonné,
- la mise en œuvre, tout au long du processus, d'un dialogue constructif et réellement «partagé» avec les autorités «descendantes» et tous les décideurs,
- la contractualisation et le conventionnement avec ces mêmes autorités pour réaliser, dans la durée, les opérations prévues et évaluer les résultats,
- un éventuel réajustement des programmes d'action en fonction de l'évaluation ou des évolutions de situation.

Pour ce faire, le COREVIH va mobiliser à l'échelle départementale puis régionale.

Objectif général :

Mobiliser les acteurs de la lutte contre le sida autour des missions du COREVIH

Objectifs intermédiaires :

- communiquer et expliquer les missions du COREVIH
- permettre aux avis, recommandations des commissions une validation représentatif
- sensibiliser les acteurs de la lutte contre le sida
- identifier le COREVIH comme un réseau de proximité
- établir une liste des besoins à l'échelle départementale puis régionale

Déroulement de l'action

Recensement des différents partenaires et de leurs missions au niveau départemental :

- identification des partenaires avec l'aide du/des membres du bureau, des membres titulaires du COREVIH. Après avoir lister les partenaires et classer par domaine de prise en charge (prévention, accompagnement, soin, éducation thérapeutique, prise en charge des prises de risques,...)
- envoi de questionnaires par commission
- analyse du département (mise en évidence des points forts et faibles du département, mise en évidence des territoires défavorisés en termes de prise en charge,...)

Une rencontre départementale, sur une ½ journée avec :

- présentation du COREVIH
- présentation des membres présents
- présentation des commissions
- échanges autour des besoins en matière de prise en charge sur le département et les atouts de la prise en charge dans le département
- conclusion et évaluation

Ce déroulement sera effectué sur les 4 départements bretons. Une cinquième rencontre, régionale, permettra de mutualiser des projets/moyens à l'échelle régionale. Cette rencontre sera l'occasion de valoriser les actions menées, d'établir sur la région les points forts et faibles.

Une rencontre régionale de synthèse sera réalisée :

- présentation des atouts et des faiblesses de la région en matière de prise en charge
- présentation des mutualisations possibles
- présentation des commissions, de leurs orientations 2011 et ceux d'un autre COREVIH
- présentation de l'impact de ces rencontres départementales sur la mobilisation des acteurs

Moyens de l'action :

⇒ Moyens humains

La coordinatrice, la secrétaire du COREVIH et le TEC du département concerné

Membres du COREVIH des départements

Membres du bureau du COREVIH : le pilote changera en fonction du département

Acteurs locaux de la lutte contre le VIH

Personnes concernées sur le département

Institutions (DDASS, Conseil général, MSA, IDE, médecins généralistes,...)

⇒ Moyens matériels

Salles avec le matériel nécessaire pour les réunions

Des listes DDASS des structures travaillant dans la lutte contre le sida sur le département

Liste DRASS à la création du COREVIH

Connaissance des partenaires départementaux des membres du COREVIH

Services et associations d'usagers

⇒ Outils

Plan de communication : site internet du COREVIH, bulletin d'information, presse, (...).

Grilles de recueil de données et évaluations

Compte-rendu des réunions et rencontres

Rapport d'activité

Calendrier prévisionnel : 2010 - 2011

Evaluation de l'action :

- Nombre de participants à ces rencontres
- Nombre de structures différentes
- Nombre de sollicitations du COREVIH
- Nombre de personnes investies dans les commissions
- Nombre de projets favorisés par la mise en lien des acteurs locaux
- Nombre de parutions dans les médias
- Degré d'amélioration de la prise en charge
- Degré d'amélioration du partenariat

Partenaires et leurs places dans l'action:

Partenaires	Places dans l'action
Membres du bureau	Référents en fonction de leur département
Membres du COREVIH	Connaissance des partenaires départementaux
Acteurs départementaux	Participation à la rencontre
Institutions	Participation à la rencontre
Personnes concernées	Participation à la rencontre
Presse	Communication
Coordinatrice, secrétaire et TECs	Mise en œuvre de l'action, suivi des recueils de données, analyse du processus et mise en place de moyen de communication facilitant les échanges.
Suivi général de l'action	Commission prévention

F.4 Rapport moral - Conclusion

Avec la création de ses premiers postes dédiés, l'année 2009 a été l'année de «vraie» mise en place du COREVIH de Bretagne. Le poste de secrétariat, occupé à compter de juillet 2009 par Halima CAMPEAUX, a permis de décharger le bureau d'une partie des tâches administratives, et surtout de donner une identité au COREVIH, qui n'a plus été qu'une simple émanation un peu floue de l'ex-CISIH.

La création d'un second poste de TEC (Ghislaine COTTEN et Jennifer ROHAN) a permis de façon très concrète d'étendre le recueil médico-épidémiologique à l'hôpital de Saint-Brieuc, et nous disposons donc pour la première fois de données de prise en charge dans le département des Côtes d'Armor. Ce recueil s'étendra en 2010 à l'ensemble des structures de prise en charge, avec deux nouveaux recrutements de TECs, à Quimper (pour les CH de Brest et Quimper) et Vannes (pour les CH de Vannes, Pontivy et Lorient).

Enfin, l'arrivée d'une coordinatrice des activités (Hadija CHANVRIL) en décembre 2009 permet de mettre en place de façon pérenne les commissions de travail et d'assurer leur suivi.

L'assemblée plénière et le bureau ont pu donner les grandes orientations de travail, parmi lesquelles :

- Essayer d'améliorer l'offre de dépistage en proposant une évolution de l'activité des CDAG/CIDIST
- Proposer une vraie prise en charge, uniforme à l'échelle de la région, des accidents d'exposition aux virus, en mettant à contribution les associations, les équipes des services de prise en charge du VIH et les urgentistes.
- Offrir une organisation coordonnée de la prévention et de l'information sur les infections sexuellement transmissibles, là où celle-ci n'existe que sous forme éparse

- Assurer le recueil médico-épidémiologique dans les centres ne disposant pas, pour l'instant, de base de données informatisée, et mettre en place la base de données « Nadis® » dans tous les centres de prise en charge en faisant la demande
- Disposer d'une vraie réflexion dans le domaine de l'éducation thérapeutique et proposer une entraide entre les équipes pour la mise en place de consultations dédiées dans tous les services de prise en charge.
- Définir des critères qualitatifs de prise en charge, qui seront présents dans le rapport d'activité

Une des questions fondamentales concernant le COREVIH est son positionnement vis-à-vis de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et la future Agence Régionale de Santé (ARS).

En effet, il apparaîtrait comme inopportun que les compétences réunies au sein du COREVIH ne soient pas utilisées dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) ou de la conférence régionale de santé quand celle-ci aborde les sujets qui sont l'objet même de l'existence du COREVIH.

Le COREVIH a néanmoins souligné la difficulté de sa position et les possibles conflits d'intérêts : les membres du COREVIH sont potentiellement «demandeurs» de financements auprès du GRSP au titre de leur activité principale ou des associations qu'ils représentent. Ils ne peuvent donc être directement mis à contribution pour juger de l'opportunité de financement des actions.

Par contre, l'assemblée plénière, sur proposition du bureau, pourrait définir les grands axes prioritaires de la lutte contre le VIH-Sida en Bretagne, et ainsi aider les instances dans le choix des projets devant être financés en priorité.

Un des grands enjeux de 2010 sera de trouver complémentarité et synergie avec le fonctionnement de la nouvelle ARS. Le COREVIH doit être à même d'être une force de proposition dans les domaines où nous avons l'impression qu'il existe un fossé entre règles de bonnes pratiques de prise en charge, telles que définies dans le rapport d'expert², et l'organisation des soins et de leur financement.

Dans ce domaine, deux exemples peuvent être cités :

- Le financement des CDAG, tel que défini dans le Guide d'Aide à la contractualisation³ sur une base unique d'activité de consultations, sans prise en compte des activités destinées spécifiquement aux populations les plus vulnérables, fortement consommatrice de ressources humaines et donc de moyens financiers
- La réalisation des hôpitaux de jour de synthèse annuelle, tels que définis dans le rapport d'expert, et dont les modalités de financement ont été précisées d'une part par la circulaire « frontière »⁴, inadaptée à l'infection par le VIH et précisée ultérieurement dans une circulaire dédiée à la pathologie⁵. L'émergence des comorbidités liées au VIH, chez des patients parfaitement ambulatoires et pour lesquels il est nécessaire de mener des actions de prévention (cardiovasculaire, dépistage du cancer du canal anal, cessation de la consommation de tabac, traitement des hépatopathies virales ou alcooliques etc...) doit obligatoirement passer par une adaptation des services cliniques de prise en charge, mais également une adaptation des modalités de facturation, afin que les structures puissent couvrir les coûts de cette prise en charge très spécifique.

² Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport 2008 - Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Professeur Patrick Yeni. Flammarion Médecine-Sciences, Paris.

³ Guide d'aide à la contractualisation et aux missions d'intérêt général, DHOS 2008

⁴ Circulaire N° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée

⁵ Circulaire N°DHOS/M2A/DGS/RI2/2007/415 du 19 novembre 2007 relative à la tarification d'un GHS au bilan de synthèse annuel dans la prise en charge des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience acquise humaine (VIH)

Enfin, il n'y a pas d'avancées dans le domaine de la prise en charge et de la prévention si celles-ci ne s'appuient pas sur des activités de recherche. La reconnaissance de l'importance d'un recueil d'information de qualité s'est manifestée sous la forme du financement de deux postes supplémentaires de techniciens d'études cliniques. Ceci va permettre d'une part de mettre en place un recueil exhaustif des données à l'échelle de la région, mais également permettre à tous les centres de prise en charge de participer aux activités de recherche clinique, confinées au CHU de Rennes jusqu'à aujourd'hui.

L'année 2009 a donc été l'année de la mise en place «opérationnelle» du COREVIH de Bretagne. L'année 2010 devrait être l'année de la maturité, notamment dans nos rapports avec les tutelles. Avec une équipe technique de 6 personnes, encadrée par un médecin à mi-temps, un bureau dynamique et regroupant toutes les tendances de la prévention et du soin, une assemblée plénière que nous appelons de nos vœux à être une vraie force de proposition et des associations à même de bien pointer les dysfonctionnements du système...nous devrions y arriver tous ensemble !

Cédric Arvieux, Président
Ghislain Le Boëtte, Vice-président

G- Listes des annexes

ANNEXE 1.a :	Fiche de poste Coordonnateur
ANNEXE 1.b :	Fiche de poste Secrétaire
ANNEXE 1.c :	Fiche de poste Technicien d'Etude Clinique
ANNEXE 2 :	Correspondants « bases de données »
ANNEXE 3 :	Comptes-rendus des réunions de bureau
ANNEXE 3.a :	Comptes-rendus des réunions plénières
ANNEXE 4 :	Grille de recueil à minima
ANNEXE 5 :	Règlement intérieur COREVIH Bretagne
ANNEXE 6 :	Compte-rendu rencontre SFLS du 20 et 21 octobre 2009
ANNEXE 7 :	Fiche action « élargir l'offre de dépistage en Bretagne ».
ANNEXE 8 :	TPE : Etat des lieux auprès des services d'urgence bretons
ANNEXE 9 :	Rapport d'activité Centre Hospitalier Universitaire de Rennes
ANNEXE 10 :	Rapport d'activité Centre Hospitalier Quimper
ANNEXE 11 :	Rapport d'activité Centre Hospitalier Saint-Brieuc
ANNEXE 12 :	Rapport d'activité Centre Hospitalier Universitaire de Brest
ANNEXE 13.a :	Rapport d'activité des CDAG Brest
ANNEXE 13.b :	Rapport d'activité des CDAG Lorient
ANNEXE 13.c :	Rapport d'activité des CDAG Vannes

Rapports d'activité des structures de soins

Pour le rapport d'activité global du COREVIH, il nous est apparu important de disposer d'un rapport d'activité de chaque structure participant au suivi des patients infectés par le VIH, indépendant du rapport général. Ces rapports de structure sont sous la responsabilité de leurs équipes de rédaction, ils reflètent leurs préoccupations et leurs priorités d'actions locales.

H- Lexique

ETP : Equivalent Temps Plein [p 4]

TEC : Technicien d'Etude Clinique [p4]

UF : Unité Fonctionnelle [p 5]

CHU : Centre Hospitalier Universitaire [p 5]

PH : Praticien Hospitalier

AFRRI : Association pour la Formation et la Recherche en Réanimation et en Infectiologie [p 5]

DIM : Département d'Information Médicale [p5]

DMI2 : Dossier Médical Informatisé, deuxième version, de la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH [p 7]

CROI : Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes [p 11]

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau [p 11]

DGISS : Direction Générale des Interventions Sanitaires et Sociales [p 11]

PMI : Protection Maternelle et Infantile [p 11]

SFLS: Société Française de lutte contre le Sida [p 11]

CDAG: Centre de dépistage Anonyme et Gratuit [p 14]

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat [p 14]

PCPPS: Pôle de Coordination Pour la Prévention Sida [p 14]

SNEG: Syndicat National des Etablissements Gaies [p 14]

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

CNS: Conseil National du Sida [p 15]

HAS: Haute Autorité de Santé

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

AES/AEV: Accident d'Exposition au Sang / Accidents d'Exposition aux Virus [p16]

TPE: Traitement Post-Exposition [p 17]

ARS: Agence Régional de Santé [p 30]

ANNEXE 1.a : Fiche de poste coordonnateur



PÔLE MÉDECINES SPÉCIALISÉES

PROFIL DE POSTE

Coordonnateur(trice) du COREVIH – BRETAGNE

Codification du document :	Rédacteur(s) :	Docteur ARVIEUX – Praticien Hospitalier
Date d'application : 1/03/2009	Approbateur(s) :	Mme LORHO, directeur déléguée auprès du pôle médecines spécialisées
	Gestionnaire(s) :	

LOCALISATION ET RATTACHEMENT

LIEU D'EXERCICE

- Poste basé au CHU de Rennes, avec des déplacements fréquents dans les 4 départements bretons (Finistère, Côtes d'Armor, Morbihan, Ille et Vilaine).

RATTACHEMENT HIERARCHIQUE : positionnement du poste dans l'organigramme

- L'ensemble des missions afférentes à ce poste sera accompli sous la responsabilité du Président et du bureau du COREVIH

RELATIONS FONCTIONNELLES PRINCIPALES

- Le coordinateur sera en relation avec les médecins, infirmiers, secrétaires, pharmaciens, biologistes, archivistes, membres d'associations et éventuellement patients concernés par la prise en charge du VIH sur le territoire. Des contacts avec les représentants de l'industrie pharmaceutique sont également possibles.
- Contacts plus spécifiques :
 - Le président, les membres du bureau et les membres du COREVIH Bretagne
 - Le secrétariat du COREVIH, les Techniciennes d'études cliniques.
 - Les directions de l'établissement siège du COREVIH.
 - Les directions des Hôpitaux participants à l'activité du COREVIH, les autorités de tutelle (DRASS, ARH et autres institutions)
 - Les acteurs de la prise en charge du VIH en médecine libérale
 - Les associations d'usagers, les associations médico-sociales, les acteurs de la prise en charge sociale
 - Gestion des contacts avec l'AFSSAPS, les DDASS, la DDASS, l'ARH, la DHOS, l'AP-HP, l'INVS et plus généralement avec toutes les structures concernées par cette infection sur le plan médical, économique ou social, en lien avec le secrétariat du COREVIH.

ACTIVITES

MISSIONS

- Coordination, organisation et gestion des activités du Comité de coordination de lutte contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine de la région Bretagne (COREVIH-Bretagne)
- Préparation du déroulement et participation à la réalisation des activités décidées par le COREVIH.

ACTIVITES PRINCIPALES

- Assurer la mise en place, le suivi et la restitution des projets validés par le bureau et l'assemblée plénière du COREVIH, notamment en lien avec les responsables des commissions.
- Superviser et/ou assurer la préparation, le déroulement et la réalisation des activités liées au plan d'action régional du COREVIH.

ANNEXE 1.b : Fiche de poste secrétaire



POLE MÉDECINES SPÉCIALISÉES

PROFIL DE POSTE

Secrétaire du COREVIH – BRETAGNE

Codification du document :

Rédacteur(s) : Docteur ARVIEUX – Praticien Hospitalier

Date d'application : 1/03/2009

Approbateur(s) : Mme LORHO, directeur déléguée auprès du pôle
médecines spécialisées

Gestionnaire(s) :

LOCALISATION ET RATTACHEMENT

LIEU D'EXERCICE

- Poste basé au CHU de Rennes, avec des déplacements possibles dans les 4 départements bretons pour les réunions plénières et les réunions de bureau.

RATTACHEMENT HIERARCHIQUE : positionnement du poste dans l'organigramme

- L'ensemble des missions afférentes à ce poste sera accompli sous la responsabilité du Président et du bureau du COREVIH

RELATIONS FONCTIONNELLES PRINCIPALES

- La secrétaire sera en relation avec le président du COREVIH, les médecins, infirmiers, secrétaires, pharmaciens, biologistes, archivistes, membres d'associations et éventuellement patients concernés par la prise en charge du VIH sur le territoire.

ACTIVITES

ACTIVITES PRINCIPALES

- Assurer l'interface du COREVIH avec les usagers (téléphone, mail)
- Organisation des réunions du COREVIH
- Adresser les convocations aux réunions
- Organiser les réunions de bureau et les réunions plénières, favoriser l'organisation matérielle des groupes de travail
- Assister aux réunions plénières et aux réunions de bureau pour assurer la mise en forme des comptes-rendus, en coopération avec la coordination
- Gérer la logistique des salles et des repas, le remboursement des frais de mission.
- Organiser conférences téléphoniques et visioconférences
- Mettre en forme le rapport d'activité
- Mise en forme des présentations PowerPoint
- Assister la coordination et le bureau dans la gestion financière du COREVIH
- Gérer les archives (textes officiels, courriers)

EXIGENCES DU POSTE

EXPERIENCE(S), CONNAISSANCE(S) ET SAVOIR FAIRE REQUIS OU SOUHAITE(S)

- Bonne maîtrise de la langue française, parlée et écrite
- Bonne connaissance de la bureautique (Word, Excel, Powerpoint, Outlook)
- Respect de la confidentialité des données traitées

Bureautique	Maîtrise des outils de communication	Techniques d'organisation	Gestion budgétaire
3	3	3	1

1. Connaissances générales 2. Connaissances détaillées 3. Connaissances approfondies

QUALITES REQUISES

- Sens des relations publiques, ouverture d'esprit

CONDITIONS D'EXERCICE

- Poste à temps plein

**CE PROFIL DE POSTE PEUT ETRE MODIFIE EN FONCTION
DES EVOLUTIONS DU SERVICE OU INSTITUTIONNELLES**

ANNEXE 1.c : Fiche de poste Technicien d'Etude Clinique



PÔLE MÉDECINES SPÉCIALISÉES

PROFIL DE POSTE

Technicien d'études cliniques - COREVIH BRETAGNE

Codification du document :	Rédacteur(s) :	Docteur ARVIEUX – Praticien Hospitalier
Date d'application : Novembre 2009	Approbateur(s) :	Mme LORHO, directeur déléguée auprès du pôle médecines spécialisées
	Gestionnaire(s) :	

LOCALISATION ET RATTACHEMENT

LIEU D'EXERCICE

- CH de Vannes (1 poste)
 - CH de Quimper (1poste).
- ↳ Rattachement administratif du poste au CHU de Rennes

RATTACHEMENT HIERARCHIQUE : positionnement du poste dans l'organigramme

- L'ensemble des missions afférentes à ce poste sera accompli sous la responsabilité du Président et du Bureau du COREVIH

RELATIONS FONCTIONNELLES PRINCIPALES

- TECs du COREVIH (l'équipe régionale complète comporte 4 personnes)
- Ingénieurs du Département d'Informatique Médicale
- Equipes médicales et paramédicales de l'ensemble du COREVIH
- INSERM
- Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
- Président, Bureau du COREVIH
- Société Française de lutte contre le sida

ACTIVITES

MISSIONS

- Organiser, contrôler, réaliser le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales et épidémiologiques des patients infectés par le VIH en Bretagne, en coopération avec les équipes médicales des centres participant à l'activité du COREVIH-Bretagne.

ACTIVITES PRINCIPALES

- Mise en place et utilisation des outils bureautiques (logiciels dédiés)
- Recueil, saisie, traitement, codage et contrôle des données
- Vérification de la qualité et garantie de la confidentialité de l'information médicale recueillie
- Participation à la rédaction du rapport d'activité du COREVIH de Bretagne (recueil et mise en forme des données médico-épidémiologiques).
- Détermination d'une liste de patients pouvant participer à une étude clinique ou épidémiologique à partir de bases de données
- Organisation et suivi d'études épidémiologiques
- Suivi des déclarations obligatoires
- Assister aux réunions plénières du COREVIH-Bretagne (3 à 4 réunions par an)

**ANNEXE 2 : Correspondants « bases de données »
NADIS**

TABLEAU DES CORRESPONDANTS IDENTIFIES POUR LE RECUEIL INFORMATISE DES DONNEES

Centres	Adresse	Directeur Représentant	Titre représentant	Service(s)	Chef(s) de service	Référents Nadis + mails + téléphone	Correspondant DIM	Correspondants réseau et système d'exploitation
Coordinateur : CHU de Rennes	Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex	Monsieur FRITZ André	Directeur Général	Maladies infectieuses et réanimation médicale	Pr. Christian Michelet	Cédric Arvieux Cedric.arvieux@chu-rennes.fr 02 99 28 98 75 06 15 22 83 12	J-Paul Sinteff Jean-paul.sinteff@chu-rennes.fr	Arnaud Coursin Arnaud.coursin@chu-rennes.fr
Hébergeur	Centre Hospitalier de Nice Hôpital Cimiez 4 avenue Reine Victoria BP1179 – 06003 Nice Cedex 1	Monsieur BOUVIER – MULLER Emmanuel	Directeur Général					Monsieur MAYER
CH Brest	2 av Foch 29200 BREST	Monsieur Bernard Dupont	Directeur	Maladies Infectieuses Médecine Interne 2 Dermatologie	Pr. Michel Garré Pr Mottier Pr. Misery	Rozenn Le Berre Rozenn.leberre@chu-brest.fr 02 98 34 71 91	Monsieur Le Geas Yannick.legeas@chu-brest.fr	Monsieur Le Bars Raymond.lebars@chu-brest.fr et Yannick.legeas@chu-brest.fr
CHIC Quimper	14 av Yves Thépot 29000 QUIMPER	Monsieur PAUTONNIER J-René	Directeur	Réseau VIH	Dr. Rémy Bernard	Dédé Blouet dede.blouet@wanadoo.fr	Dr Jehan Patrick p.jehan@ch-cornouaille.fr	Mailfert Jean Yves jy.mailfert@ch-cornouaille.fr
Lorient	BP 2233 56322 LORIENT CEDEX	Monsieur GAMOND RIUS Thierry	Directeur	Hématologie	Dr. Philippe Moreau	Philippe Moreau p.moreau@ch-bretagne-sud.fr Niault Mathildem.niault@ch-bretagne-	Docteur BOUVIER Jean-Bernard	JOANNIC Christian

						sud.fr		
Pontivy	Ernest Jan 56300 PONTIVY	Monsieur DUPONT J-Pierre	Directeur	Médecine polyvalente	Dr. Jean Michel Leroux	Leroux J-Michel jean- michel.leroux@ch- pontivy.fr	Madame CLERET- LEROUX Mireille	Madame DEMAY M-Josée
CH St Briec	10 r Marcel Proust 22027 ST BRIEUC CEDEX 1	BRIANT J-Yves	Directeur	Médecine Interne	Dr. Claude Beuscart	Claude Beuscart claud.beuscart @ch-stbriec.fr	Pierre Henri THOREUX Pierre- henri.thoreux@ch- stbriec.fr	Didier Bonnet Didier.bonnet@ch- stbriec.fr
CH St Malo	1 r Marne 35400 SAINT MALO	Madame RADUREAU Dominique (par intérim)	Directeur	Pneumologie	Dr. Eric Goarant	Mathieu Dupont m.dupont@ch- stmalo.fr 02 99 21 21 70	Dr Tanquerel JJ (Médecin Dim), jj.tanquerel@ch- stmalo.fr	ROBERT Gilles g.robert@ch- stmalo.fr responsable reseaux-sécurité informatique
CHBA Vannes	20 bd Gén Maurice Guillaudot 56000 VANNES	Monsieur LATINIER Alain	Directeur	Médecine Interne et Maladies Infectieuses	Dr. Henri Jardel	Anabele Dos Santos anabele.dos_sant os@ch-bretagne- atlantique.fr	Docteur JOURNEL Hubert (par interim)	Monsieur BAREL Roland

ANNEXE 3 : Comptes-rendus des réunions de BUREAU

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU BUREAU DE COREVIH DU 25 MARS 2009

Réunion en visioconférence

Etaients présents : Yves POINSIGNON, Hadija CHANVRIL, Pierre GAUTIER, Marie Christine DERRIEN, Cédric ARVIEUX.

Absents excusés : Ghislain LE BOËTTE, Claude BEUSCART, Marie-Claire Le MARTELOT.

La réunion débute à 9 h 30 et se termine à 11 h 15

Ordre du jour :

- Modalités de fonctionnement des conférences téléphoniques et visioconférences
- Information sur l'avancement des recrutements
- Information sur le dossier NADIS
- Rapport d'activité 2008-2009 : quelles modalités de recueil des données dans les différents centres hospitaliers du COREVIH ?
- Mise à jour de la composition des groupes de travail.
 - Grandes orientations des groupes.
- Préparation de la réunion plénière du 29 avril à Concarneau.
- Choix du thème de la réunion scientifique de juin 2009
- Préparation de la rencontre avec l'ARH du 28 avril.
 - Thèmes à aborder.
 - Grands messages à faire passer
- Questions budgétaires
- Fixer les dates ultérieures des réunions de bureau et leurs modalités.

1. Le système par visioconférence semble convenir à la majorité, nous essaierons de renouveler cette expérience le plus fréquemment possible, d'autant plus que les réunions téléphoniques sont moins conviviales et d'un coût beaucoup plus élevé (environ 40 euros par participant et par conférence de 2 heures).

2. Information sur l'avancée des recrutements :

- Les deux postes de TEC vont être mis au recrutement, le premier est disponible actuellement, le second sera disponible au départ de Mme DELMONT en retraite, en octobre 2009.

Un contact va être pris avec l'ANRS pour savoir s'il serait envisageable de positionner un moniteur d'études cliniques sur la Bretagne afin de recruter dans les études d'ANRS. En effet, le rôle des TEC va essentiellement être d'entretenir les bases de données, on les voit mal pouvoir en plus jouer le rôle de moniteur d'études cliniques dans le cadre de la recherche.

Concernant le poste de technicien d'études cliniques hors Rennes, le bureau propose que celui-ci soit positionné dans la ville où l'activité est la plus importante. Il sera donc important de disposer rapidement des chiffres d'activité 2008 des différents centres. Un courrier va être fait dans ce sens à tous les services.

3. Information sur le dossier NADIS :

- Actuellement, nous en sommes au stade discussion de la rédaction de la convention, afin d'éviter que chaque établissement ait à signer plusieurs conventions avec le fournisseur d'accès et GSK. Nous mettons tout en œuvre pour que la base de données puisse être installée rapidement. Il est important que chaque centre dispose d'un correspondant NADIS, d'une part un médecin dans un service prenant en charge l'infection VIH, et d'autre part un élément du département d'informatique

médicale. Afin que chacun se fasse une idée des obstacles que l'on peut rencontrer à la mise en route de NADIS, les éléments de réflexion du COREVIH Antilles Guyane qui nous avaient été transmis par André CABIER, vont être transmis à l'ensemble du bureau et à Rozen LE BERRE, le correspondant médical pour NADIS à Brest.

4. Rapport d'activité 2008 :

Il sera particulièrement important à la suite de la réunion du 29 avril, que les commissions puissent faire l'état des lieux de l'avancée de leurs travaux et c'est cet état des lieux qui tiendra lieu de rapport 2008, en plus des données chiffrées concernant la file active.

Il est important que chaque centre réfléchisse actuellement à sa façon de présenter son activité. Un nombre minimum d'indicateurs sera à recueillir. Ceux-ci seront transmis ultérieurement à l'ensemble des centres dès que le COREVIH disposera d'un secrétariat (mai 2009 ?).

5. Mise à jour de la composition des groupes de travail :

- Un groupe d'éducation thérapeutique va se mettre en place sous la houlette d'Yves POINSIGNON, en plus des groupes déjà antérieurement cités dans le compte rendu de la réunion plénière du mois de février.

6. Préparation de la réunion plénière du 29 avril à Concarneau :

Cette réunion, pour plus de simplicité se tiendra dans le même lieu que la réunion scientifique du soir, raison pour laquelle elle aura lieu à Concarneau et non à Quimper comme initialement prévu. L'essentiel de la réunion sera consacré à la présentation des travaux des différents groupes.

7. Choix du thème de la réunion scientifique de juin 2009 :

Le bureau a abordé les différents thèmes de réunion qui pouvaient être proposés pour 2009. Les options retenues sont les suivantes :

- Métabolisme osseux
- Tuberculose et VIH
- Gynécologie et prise en charge des femmes
- Tabac et VIH.

Les trois premières pourraient avoir lieu en 2009, la dernière plutôt au début de l'année 2010. La prochaine réunion est prévue le 18 juin à Rennes, et le Professeur Pascal GUGGENBUHL viendra présenter les données principales concernant le diagnostic et le suivi des ostéoporoses, et nous soumettrons un certain nombre de dossiers clinique afin de discuter des problématiques spécifiques des patients infectés par le VIH.

8. Préparation de la rencontre avec l'ARH du 28 avril :

Les thèmes à aborder ont été listés :

- l'éducation thérapeutique et son financement ;
- les hôpitaux de jour
- les modalités de recueil épidémiologique clinique et l'absence de postes de technicien d'études cliniques dans chaque département ;
- la valorisation de la coopération internationale
- l'harmonisation des pratiques (visioconférences mensuelles) et l'évaluation des pratiques professionnelles
- le travail des commissions.

9. La question budgétaire :

- Les conventions inter hospitalières pour le remboursement des frais de déplacement sont en cours de signature, de même que la convention entre l'établissement siège (CHU de Rennes) et l'Association pour la formation et la recherche en réanimation pour le remboursement des frais de déplacement des associations.

10. Date ultérieure des réunions de bureau et modalités :

Ce thème a été abordé en début de réunion (cf. supra), on part sur le principe d'une réunion tous les deux mois, fixes, à priori le mercredi matin sauf opposition du vice-président ou d'autres membres du bureau qui n'étaient pas présents à la réunion du 25/03/2009.

Compte rendu rédigé par C. Arvieux, relu et approuvé par les membres du bureau.

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU BUREAU DE COREVIH DU 13 MAI 2009

Etaient présents pour le bureau : Hadija CHANVRIL, Pierre GAUTIER, Ghislain LE BOËTTE, Cédric ARVIEUX., Marie-Claire Le MARTELOT

Assistait également à la réunion : France FREMAUX

La réunion, qui se tient dans les locaux du CDAG de Lorient, débute à 10h et se termine à 12h30

Ordre du jour :

- Point sur les recrutements
- Répartition des tâches pour le rapport d'activité
- Sélection des indicateurs d'activité des structures participant au COREVIH (hospitalières et associations) pour le rapport 2008
- Etablissement du calendrier des réunions plénières, réunions de bureau et réunions scientifiques jusqu'à la fin de l'année 2009
- Questions diverses

1. RECRUTEMENT

- Le jury de recrutement **pour le poste de secrétariat** s'est réuni début mai : deux candidates internes au CHU avaient postulé, la candidature de l'une d'entre elle nous est apparue comme étant très prometteuse. Nous avons donc donné un avis favorable pour Madame Halima CAMPEAUX. La date de prise de fonctions n'est pas encore connue, mais elle devrait se situer à la mi-juin. Il est demandé à chaque membre du bureau de réfléchir aux tâches que nous pourrions lui confier, notamment en attendant le recrutement d'un coordonnateur. Une information va être réalisée auprès des différentes commissions pour signaler le recrutement de Madame CAMPEAUX, à qui nous souhaitons la bienvenue au sein de l'équipe du COREVIH.
- **Concernant les postes de techniciennes d'études cliniques**, il y a eu une candidature provenant du CHU de Brest ; cette candidature est intéressante ; néanmoins, les deux atouts essentiels, que nous souhaiterions voir au niveau des candidats (connaissance du DMI2 ou de la base de données de NADIS) ne sont pas réunis. Un avis de vacance de poste a été publié au niveau du site internet de la Société Française de Lutte contre le Sida. Le bureau s'est positionné pour une prise de fonction sur ce poste à Quimper, afin qu'un des CHG participant au COREVIH puisse bénéficier de la présence d'un TEC et pour le caractère un peu plus central du positionnement du fait de la vocation régionale de ce poste.
- **Pour le poste de Coordonnateur**, nous avons eu relativement peu de demandes : Madame Eglantine MOUSIS, dont le profil est assez éloigné de ce que nous recherchons (il s'agit d'une candidature très « administrative »).

Nous allons vérifier auprès de la Direction du CHU de Rennes que le profil de poste est bien parti à l'ANPE, au niveau du collège coopératif et de la Fédération Hospitalière de France. Le bureau souhaiterait organiser un jury de recrutement le 1^{er} juillet [*entre temps, 10 candidatures de TEC et 10 de coordonnateurs sont parvenues, les CV vont être photocopiés et adressés aux membres du bureau*].

2. REPARTITION DES TACHES POUR LE RAPPORT D'ACTIVITE

Nous allons attendre la mise en place du poste de secrétariat, afin de pouvoir donner les indicateurs concernant le nombre de réunions, les commissions et leur composition, l'avancée des travaux dans ce domaine.

Chaque commission est chargée de fournir un petit tableau synthétique des problèmes identifiés et des actions à mettre en place.

3. SELECTION DES INDICATEURS D'ACTIVITES : un certain nombre d'indicateurs devraient pouvoir être recueillis de façon systématique auprès des services prenant en charge des patients VIH. Parmi ceux-ci, dans un premier temps nous avons identifié :

- La file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année), le nombre de nouveaux patients pris en charge, le nombre de patients nés hors de France.
- Les délais d'attente pour les rendez-vous non programmés.
- L'offre de soins :
 - La présence d'une assistante sociale, d'une psychologue, d'une consultation d'éducation thérapeutique formalisée, d'une consultation de diététique (pourcentage d'équivalents temps pleins pour l'ensemble de ces fonctions).
 - La notion de correspondants spécialistes identifiés (Dermatologie, Cardiologie, Gynécologie, Nutrition-Métabolisme-Endocrinologie, Sexologie, Psychiatrie, consultations douleurs, Rhumatologie).
 - Qualité de l'accueil : salle d'attente avec documentation et affichage, coin café.
- La présence d'une organisation systématisée de la prise en charge des accidents d'exposition.
 - Nombre de prises en charge d'accidents d'exposition.
- Des indicateurs de « volume » :
 - Volume horaire des consultations proposées.
 - Présence d'horaires décalés (12 h – 14 h, soirée, samedi).
 - Nombre d'inclusions dans des protocoles de recherche.
- Concernant la documentation accessible aux patients :
 - Présence d'une fiche d'information sur les activités développées par le service.
 - Existence d'une documentation destinée aux patients en salle d'attente.
 - Périodicité de sa mise à jour.

4. CALENDRIER DES REUNIONS

- Le planning suivant est adopté :
 - Une fois sur deux, la réunion de bureau aura lieu le mercredi matin, à 10 h 00, sous forme présentielle.
 - Une fois sur deux, elle aura le mardi soir, de 17 h 30 à 19 h 00, plutôt sous la forme de visioconférences.

Le planning est le suivant :

- **1^{er} juillet 2009**, Rennes : la réunion sera essentiellement consacrée au recrutement du coordonnateur et du technicien d'études cliniques.
- **Mardi 8 septembre** : visioconférence à 17 h 30.
- **14 octobre** : Brest ? – suivie d'une réunion plénière.
- **24 novembre** : visioconférence à 17 h 30.
- **6 janvier 2010**, 10 h 00 : lieu à déterminer.

☞ La prochaine réunion plénière aura lieu le 14 octobre (Brest ?).

☞ La prochaine réunion scientifique aura lieu le 18 juin à Rennes (Ostéoporose et VIH).

5. QUESTIONS DIVERSES

- Il sera nécessaire, pour la réunion plénière du 14 octobre, d'envisager une mise à jour de la participation aux réunions de bureau. En effet, certains membres semblent avoir des difficultés importantes pour se libérer, il est important que le bureau reste « opérationnel ».
- Nous avons reçu une demande d'Olivier JOSEPH pour que nous puissions parler de prévention avec l'ensemble des médecins DDASS : nous proposons la date du 14 octobre, au moment de la réunion de bureau ou de la réunion plénière (décision à prendre ultérieurement).
- Le bureau se questionne concernant l'utilisation des tests rapides : quelles sont vos possibilités actuellement pour utiliser ce type de test « hors recherche ». Olivier JOSEPH et Willy ROZENBAUM vont être contactés afin de savoir où nous en sommes.
- Parmi les projets de la commission « dépistage », il paraît important de pouvoir disposer d'une unité mobile « camion » qui pourrait passer de département en département et éventuellement servir à d'autres actions que celles du dépistage (hors COREVIH).
- L'un des travaux du futur coordonnateur sera donc d'écrire et de présenter ce projet au bailleur potentiel.

Compte-rendu rédigé par C. Arvieux, relu et approuvé par les membres du bureau.

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU BUREAU DE COREVIH DU 1^{er} juillet 2009

Réunion à Rennes

Etaient présents : Marie-Christine DERRIEN, Marie-Claire Le MARTELOT, Ghislain LE BOËTTE, Pierre GAUTIER, Cédric ARVIEUX

L'essentiel de la réunion a été consacré au recrutement des T.E.C. et Coordonnateur.

La méthodologie retenue était de sélectionner les 4 premiers candidats pour chaque poste, afin de les convoquer en entretien.

1) - Résultat de cette première phase de jury

 Concernant les T.E.C. : Madame Ghislaine COTTEN est recrutée comme Technicienne d'Etudes Cliniques à Rennes, en remplacement de Madame DELMONT-HENRY. Une prise de fonction est demandée pour le 15 septembre afin que la passation d'activités puisse se faire dans de bonnes conditions (départ de Madame DELMONT-HENRY le 1^{er} octobre).
Il s'agit d'une mutation entre l'AP/HP et le CHU de Rennes.

Suite à la réunion plénière du mois de mai et au bureau qui a suivi, il a été décidé de situer le 2^{ème} poste de T.E.C. à Quimper : d'une part, pour des raisons géographiques afin de couvrir la région Brest/Quimper/Lorient et d'autre part, pour qu'un poste soit disponible en CHG.

Les deux candidates retenues pour ce poste sont :

- Karen TOUBILIC
- Jennifer ROHAN

☞ Nous leur proposons un entretien le 2 septembre afin de choisir définitivement la candidate. Entre temps, Jennifer ROHAN est jointe afin de savoir si elle est intéressée par un poste à Quimper (il n'était pas très clair dans la publication du poste que celui-ci pouvait ne pas être situé à Rennes) ; Karen TOUBILIC habite à proximité de Quimper et elle est à priori intéressée par la situation du poste.

 Concernant les coordonnateurs, 4 candidatures ont été retenues pour entretien :

- Hadija CHANVRIL
- Sarah LACOMBE
- Céline FLEURY
- Iven GASTARD

☞ Ils seront vus en entretien le 2 septembre au matin.

2) - Autres points vus au bureau

 Pour la réunion du 14 octobre, celle-ci n'aura pas lieu à Brest, comme envisagé initialement, mais à Rennes. En effet, Cédric ARVIEUX a un jury de thèse à 18 h 00 (Direction de thèse) et ne peut s'absenter de Rennes. La réunion suivante pourra être réalisée à Brest.

☞ Pour cette réunion, nous inviterons à la fois les titulaires et les suppléants.

 Un recensement des personnes qui sont toujours disponibles pour le COREVIH va être effectué à l'occasion de la prise de fonctions d'Halima CAMPEAUX au secrétariat à partir du 8 juillet.

- ✚ Les membres du bureau sont informés de l'organisation par la SFLS d'une formation/action des COREVIH, avec choix de 5 COREVIH pour la 1^{ère} série de réunions, dont fait partie le COREVIH de Bretagne. Il est proposé que le vice-président, le président et les responsables de commissions participent à cette réunion. Le programme va être transmis à l'ensemble des intéressés. Il s'agit d'une formation/action destinée à mieux organiser le travail du COREVIH.

 - ✚ Des fiches types pour les remboursements de déplacements vont être transmises par AIDES, via Ghislain LE BÔETTE, afin de faciliter le travail du secrétariat du COREVIH. Les conventions entre les hôpitaux sont signées, la convention pour les associations qui passe par l'Association pour la Formation et la Recherche en Réanimation et en Infectiologie (AFRRI) est actuellement à la signature et devrait être prête pour le 15 juillet. Restera à mettre en place la convention avec le Conseil Général du Morbihan, qui a été un peu oublié...
- ☞ La prochaine réunion de bureau aura lieu le 2 septembre pour le recrutement du T.E.C. restant et du coordonnateur.
- ☞ Prochaine réunion groupée bureau-plénière le 14 octobre. La visioconférence de bureau prévue au début du mois de septembre est ainsi annulée.

Compte rendu rédigé par C. Arvieux et relu par mes membres du bureau présent.

COMPTE-RENDU REUNION BUREAU DU COREVIH DE BRETAGNE DU 3 DECEMBRE 2009

Le jeudi 3 décembre 2009 à 17H30, sous forme de visioconférence

Ordre du jour :

- Avancées concernant la base de données « NADIS ».
- Site Internet
- Point sur le recrutement des TECs et leur localisation géographique
- Reprise réflexion choix du jour des visioconférences comité des antiviraux
- Formation continue des membres du COREVIH
- Modalités de remboursement des frais de déplacement, de restauration et de formation
- Orientations de travail pour 2010 : quels sont les axes prioritaires du COREVIH
- Stratégie de nos relations avec la future ARS de Bretagne
- Programme de travail d'Hadija Chanvril
- Rapports d'activité 2008 et 2009

Etaient présents : Arvieux Cédric, Beuscart Claude, Campeaux Halima, Chanvril Hadija, Derrien M-Christine, Gautier Pierre, Le Martelot M-Claire, Loyer Emmanuel, Poinsignon Yves

Excusés : Blouet André, Le Boette Ghislain

1 - AVANCEES CONCERNANT LA BASE DE DONNEES « NADIS »

Une réunion « Nadis » a eu lieu à Paris le 4 décembre 2009. Au titre du COREVIH étaient présent Ghislaine COTTEN, Dédé BLOUET et Jean Paul SINTEFF.

Le démarrage de la base Nadis est prévu en 2010 et nous attendons toujours les conventions que chaque établissement doit signer avec Fedialis, ainsi que le devis de l'hébergeur pressenti (CHU de Nice)

Yves Poinsignon insiste pour que l'hébergement des données soit effectué par une structure publique ; le bureau y est globalement très favorable. Le problème actuel est que ces structures sont encore mal organisées, ce qui explique qu'après 6 mois de tractation nous n'avons toujours pas le devis du CHU de Nice alors que celui de la société SNR était disponible une semaine après que nous l'ayons demandé. Les structures publiques vont être relancées.

2 - SITE INTERNET

Hébergeur potentiel : AEI (même hébergeur que la SFLS, fabricant du site du COREVIH Ile de France Est), en attente de proposition.

Les échanges autour d'un regroupement de sites internet des Corevih :

- Emmanuel Loyer : Il avait été question à la dernière réunion plénière d'un site regroupant l'ensemble des sites Internet des différents Corevih.

- Cédric Arvieux : De nombreux Corevih ont déjà mis en place un site. Il serait bien que chacun aille voir ce qui se fait sur les différents sites existant en tapant Corevih sur un moteur de recherche, et ainsi faire remonter les idées concernant les thèmes, les infos utiles afin de concevoir le nôtre.

Le regroupement n'est donc pas envisageable pour le moment, peut-être à l'avenir une fois que chaque Corevih sera mieux structuré.

3 - POINT SUR LE RECRUTEMENT DES TECs ET LEUR LOCALISATION GEOGRAPHIQUE

Un nouvel appel à candidatures a été lancé puisque les 3 candidatures reçues ne correspondent pas vraiment aux profils de poste. Seulement une candidature intéressante venant de l'hôpital Saint-Antoine à Paris.

Les CV des candidats seront envoyés aux membres du bureau pour pré-sélection.

- Marie-Christine Derrien propose de revoir les anciennes candidatures mais Cédric Arvieux fait remarquer qu'une seule candidature était réellement intéressante en dehors des personnes déjà recrutées. La personne en question s'était désistée avant l'entretien.

- Yves Poinsignon : Une personne de Vannes susceptible d'être intéressée
- Cédric Arvieux : Lui demander d'envoyer son CV rapidement au Corevih
- Yves Poinsignon : Quel statut aura-t-elle ? Sera-t-elle salariée de l'hôpital de Vannes ou du CHU de Rennes comme l'ensemble du Corevih ?
- Cédric Arvieux : Elle pourra demander une mutation pour intégrer le CHU de Rennes ou possibilité de mise à disposition à Vannes.
- Yves Poinsignon : répartition du temps de travail de la TEC (Lorient, Vannes ou Pontivy ?)
- Cédric Arvieux : A voir en fonction des besoins. Il faut plutôt voir en objectif que le temps de travail.

Il a été demandé aux centres accueillant les TEC de s'occuper de la mise à disposition des bureaux. Le Corevih financera le matériel informatique.

4 - REPRISE REFLEXION CHOIX DU JOUR DES VISIOCONFERENCES COMITE DES ANTIVIRAUX

Ces comités ont lieu le 3^{ème} mercredi de chaque mois pour traiter des dossiers compliqués. Sont présents l'ensemble des médecins du Corevih (Lorient, Vannes, Rennes, Saint-Brieuc et Quimper). Un changement de date a été proposé par certains médecins, car le mercredi pose problème pour des raisons de travail à temps partiel dans certaines équipes.

- Claude Beuscart se positionne sur le lundi car il travaille seul le mercredi ; Yves Poinsignon se positionne aussi le lundi. De plus, Mathilde Niault (Lorient) a des difficultés pour le mercredi car elle ne travaille pas ce jour là.

- Cédric Arvieux propose de refaire un sondage, le premier ayant été mal formulé, avait été interprété comme une notification de changement de date et non comme une demande d'avis. Plusieurs personnes concernées n'ont donc pas répondu. On propose donc de refaire ce sondage en décembre, fixer le jour de réunion avant le début du mois de janvier et prévoir de changer effectivement ce jour au mois de mars (pour des raisons d'organisation). Yves Poinsignon souligne la nécessité de bien se connaître en tant que spécialistes du VIH en Bretagne et demande plus particulièrement aux Brestoïses d'intégrer ces réunions. Cédric Arvieux se propose de relancer les équipes de Brest.

5 - FORMATION CONTINUE DES MEMBRES DU COREVIH

Un budget a été prévu pour la formation continue d'un montant de 10 000 € validé lors de la plénière du 14 octobre 2009. Ce budget concerne les membres du COREVIH, titulaires ou remplaçants, ainsi que les personnels employés par le COREVIH.

Reste à déterminer les critères ou les modalités (quel type de formation ?, qui suit la formation ? etc,)

Ces formations peuvent être nationales ou internationales. Concernant les congrès médicaux, Yves Poinsignon pose la question d'un regroupement des financements au sein du COREVIH pour une meilleure redistribution. Cédric Arvieux fait remarquer que cela est déjà très difficile avec l'industrie pharmaceutique pour partager des invitations au sein d'un même service, une organisation régionale risque de poser pas mal de difficultés

On rappelle que pour le congrès et les assises de la SFLS, celle-ci a mis en place un système de bourses qui est assez peu sollicité, qui peut servir à la formation des infirmières, TECs, etc

Il a été demandé à chaque membre du bureau et à Hadija de recenser les formations qui pourraient potentiellement être éligibles au financement. La coordination travaillera dans un 1^{er} temps sur les critères d'accès à ce financement, et les critères définitifs seront fixés au cours d'un prochain bureau, puis diffusés à l'ensemble des membres. Il sera nécessaire de modifier la convention avec l'AFRRI pour les membres du COREVIH non hospitaliers ; pour les conventions hospitalières, il est important que les futures conventions non encore signées intègrent cette donnée.

6 - MODALITES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DEPLACEMENT, DE RESTAURATION ET DE FORMATION

La procédure des remboursements a été envoyée à l'ensemble des membres du bureau (cf ci-joint) sur le modèle du Corevih Pays de Loire et sur la base de la fonction publique. Un fichier spécifique a été créé par Halima, qui devra être complété pour chaque demande de remboursement. Aucune remarque n'a été émise.

7 - ORIENTATIONS DE TRAVAIL POUR 2010 : QUELS SONT LES AXES PRIORITAIRES DU COREVIH

❖ Nadis

- Yves Poinsignon : articulation du travail des TECs entre terrain et soins
- Hadija Chanvril : en formation à la SFLS à Paris, nous avons échangé avec des TECs qui participaient à Nadis, aux autres relevés épidémiologiques et investis dans les commissions (perdus vus, etc ...). Il est important de maintenir le lien entre les besoins en indicateurs des commissions et le travail des TECs.

❖ Communication et visibilité

- Yves Poinsignon propose une coordination régionale du 1^{er} décembre avec la possibilité pour le Corevih d'organiser, dans les lieux où il n'y a pas d'action de prévue, un événement. Les missions du Corevih n'étant pas d'organiser de tels événements, le Corevih se propose de communiquer autour des événements, et d'inciter à une généralisation pour une bonne couverture régionale (travail de la commission prévention)

❖ Education thérapeutique

- Emmanuel Loyer : où en sommes-nous de la commission éducation thérapeutique ?
- Yves Poinsignon : Il faudrait faire un état des lieux des pratiques en Bretagne
Pour démarrer, il faudrait se rapprocher des membres du Corevih afin qu'il y ait plus de monde investi. Actuellement, Yves Poinsignon et Cédric Arvieux dans cette commission. Hadija va se charger d'un premier recensement auprès des structures de soins et élaborer une « grille » pour interroger ces structures.

❖ Mutualisation des outils

Recensement des documents jugés essentiels pouvant être intégrés dans la boîte à outils du futur site internet.

❖ Recensement des formations

Les formations régionales, nationales, voire internationales (Croix, etc ...)

❖ Yves Poinsignon propose que le COREVIH s'intéresse aux liens avec les autres spécialités auxquelles les spécialistes du VIH doivent avoir recours (cancérologie, cardiologie, rhumatologie etc...). Il sera nécessaire là aussi de passer par un recensement des activités de chaque structure. Les réunions scientifiques autour d'un thème « multispécialités » sont également l'occasion de travailler ensemble, comme nous l'avons fait en novembre avec les épidémiologistes et les pneumologues pour la tuberculose.

8 - STRATEGIE DE NOS RELATIONS AVEC LA FUTURE ARS DE BRETAGNE

Non abordée lors de la séance

9 - PROGRAMME DE TRAVAIL D'HADIJA CHANVRIL

❖ Priorité au rapport d'activité

❖ Communication :

- auprès des institutions
- auprès des acteurs de la prise en charge du VIH afin de leur permettre d'intégrer les commissions
- mise en place, suivi des procédures et des orientations 2010

10 - RAPPORTS D'ACTIVITE 2008 ET 2009

❖ 2008 : le Corevih Bretagne est dynamique mais nous n'avons à ce jour aucun rapport d'activité. Il sera finalisé fin décembre 2009.

❖ 2009 : il doit être terminé pour mars 2010

11 - QUESTIONS DIVERSES :

En décembre 2009, préparation d'un calendrier annuel des réunions de bureau et séances plénières pour l'année 2010, en essayant de faire à ce que l'ensemble des membres du bureau puisse être présent aux trois réunions plénières (sondage Doodle imminent...)

ANNEXE 3.a : Comptes-rendus des réunions PLENIERES

COMPTE RENDU DE LA REUNION DE COREVIH DU 20 FEVRIER 2009

Ordre du jour

1. Approbation du compte rendu la réunion du 27 novembre 2008
 2. Validation du règlement intérieur
 3. Dernières informations budgétaires
 4. Remboursement des frais de déplacement
 5. Profil de poste de coordonnateur et de TEC du COREVIH: discussion sur les profils proposés
 6. Dossier informatisé « Nadis » : point de situation
 7. Constitution et méthode de travail des commissions
 8. Rapport d'activité 2008 : répartition des tâches
 9. Réunions scientifiques : programmes et lieux des réunions
 10. Questions diverses
-

La réunion débute à 14h15.

1. **Compte rendu de la réunion plénière du 27 novembre 2008** (en annexe 1)

Celui-ci est validé à l'unanimité des présents

2. **Règlement intérieur** (en annexe 2)

Le projet de règlement intérieur proposé lors de la dernière réunion plénière a été modifié en fonction des remarques et commentaires. Une proposition définitive a été expédiée aux membres titulaires du COREVIH en janvier 2009. Cette version est adoptée à l'unanimité des présents.

3. **Informations budgétaires**

A la date du 20 février, la situation budgétaire est la suivante :

L'assemblée plénière du COREVIH, suite à la réunion du 27 novembre 2008, a demandé une rallonge budgétaire pour 2009 afin de pouvoir engager un TEC par département (et non deux TEC seulement pour l'ensemble de la région). Une nouvelle proposition budgétaire a été effectuée par le COREVIH, d'un montant de 419 985€ (hors budget d'investissement à prévoir pour 2008). Pour mémoire, les règles de calculs de la DHOS attribuent au COREVIH de Bretagne, dans le cadre de la MIG, un budget de 559 752€

Pas de modifications importantes proposées par le CHU de Rennes (CR de la réunion du 19/1/2009 en annexe 3), le budget reste de 311 160€, permettant de fonctionner avec deux TEC seulement (l'une déjà en place, le second poste à créer).

Un courrier a été fait à M. Perrin, directeur de l'ARH, pour l'informer de cette situation. Nous avons eu un contact avec le Dr Olivier Joseph (DRASS), qui se charge d'organiser une rencontre ARH/COREVIH/CHU afin que la situation puisse être parfaitement claire, l'insuffisance budgétaire ayant pour conséquence l'impossibilité d'assurer un recueil de données conforme à ce qui nous est demandé dans le modèle de rapport d'activité.

Nous pouvons néanmoins dès aujourd'hui, une fois les profils de poste validés par l'assemblée plénière, procéder au recrutement d'une secrétaire, d'un/une TEC et un/une coordinateur/coordinatrice.

4. **Remboursement des frais de déplacement**

Les frais de déplacement des associatifs seront remboursés dans le cadre d'une convention signée entre l'association pour la formation et la recherche en réanimation et maladies infectieuses (AFRRI, régie par la loi de 1901). Cette convention est actuellement à la signature des deux parties; les frais des membres hospitaliers non titulaires du CHU de Rennes, par leur établissement dans le cadre d'une convention avec le CHU de Rennes (qui remboursera l'établissement employeur). Pour les autres

organismes (conseil général etc...), une convention entre le CHU de Rennes et l'employeur devrait pouvoir être signée également.

5. Profils de poste

Les profils de poste de TEC et de coordonnateur (Annexe 4), qui ont été établis par le bureau et adressés à l'ensemble de l'assemblée sont validés par les membres présents. Il est rajouté sur le profil de poste de TEC une mention particulière sur la confidentialité des données traitées et une sur la mobilité. Un profil de poste de secrétaire va également être établi par le bureau afin de permettre un recrutement rapide. Il est proposé que le profil de poste de coordonnateur soit diffusé sur différents supports : SPILF, SFLS, ANPE, AIDES, ASH, APEC, VTF. Myriam Besse se charge de la diffusion auprès des organismes impliqués dans la prévention.

6. Dossier informatisé Nadis

Le projet de mise en place d'une base de données commune ayant été validé lors de la dernière assemblée (sous réserve, pour certains centres, de pouvoir disposer des moyens humains nécessaires), un point sur la situation est fait : nous avons provisionné sur les crédits 2008 la somme de 30 000€ afin de financer l'opération pour l'ensemble des sites souhaitant participer au projet régional eNadis. Cette somme permet de couvrir l'hébergement des données (7 000€ par an), la récupération des données figurant dans d'autres bases quand cela est possible, et la formation de l'ensemble des équipes. Le logiciel est mis à disposition gratuitement. Le calendrier de mise en place est en cours de discussion. Chaque centre sera libre de choisir le rythme de mise en place qui lui convient. A défaut de pouvoir recruter un « data manager », le COREVIH aura, sur ses frais de fonctionnement, la possibilité de contractualiser soit avec une société externe soit avec un individu (pour une prestation de suivi de la base).

L'une des questions posée est de savoir quel est le retour que nous avons des patients dans les sites où Nadis est installé depuis longtemps, puisqu'une partie de la saisie se fait au moment de la consultation ; les médecins interrogés affirment que les patients sont plutôt favorables à cette évolution, qui leur permet de mieux suivre les résultats sous forme de courbes... Cédric Arvieux se renseigne auprès du groupe de suivi Nadis pour savoir si une « enquête patient » a déjà été réalisée.

Ghislain Le Boëtté souhaite que les associations siégeant au COREVIH soient bien informées des avancées du projet et puissent participer à la mise en place, notamment pour suivre les problématiques de confidentialité (jusqu'à maintenant, seuls les médecins et les administrateurs de base des services hospitaliers avaient été contactés dans ce cadre).

7. Composition et méthodes de travail des groupes

Une longue discussion a eu lieu pour la mise en place définitive des groupes de travail, dont nous avons défini les thèmes lors de la réunion du 27 novembre. En dehors des groupes « dépistages », « AES » et « Base de données », il n'y a pas encore eu d'avancées en terme de travail.

Un début de constitution des groupes de travail est effectué au moment de l'assemblée, en fonction des candidatures reçues depuis la dernière réunion (peu nombreuses...), et de ce que chacun sait des engagements possibles de ses collègues. En plus des groupes déjà évoqués, un groupe de travail autour de l'éducation thérapeutique se constitue. Certains centres ont récemment obtenu des moyens au titre de l'éducation thérapeutique (VIH et non VIH), dans le cadre de l'appel à projet de l'ARH dans ce domaine.

Il est rappelé qu'il n'est pas nécessaire d'être titulaire ou suppléant du COREVIH pour participer à un groupe de travail, et que chacun des groupes devra s'entourer des participants qui lui paraissent les mieux à même de faire avancer le sujet. En gras figurent les responsables de groupe (ayant déjà accepté la charge ou qui vont être sollicités pour cela). La première tâche des responsables de groupe sera de constituer le groupe en prenant des contacts avec des personnes non membres du COREVIH, ou non présents à la réunion.

Il est demandé aux groupes de travail d'essayer de se réunir au moins une fois (réunion téléphonique possible du fait des délais courts) et de définir leurs objectifs et leurs stratégies afin que les

responsables de groupe puissent faire une présentation de ces éléments lors de la prochaine réunion plénière, le **Mercredi 29 Avril 2009 à Quimper**. Les objectifs de chaque groupe seront à transmettre pour la 15 avril, afin qu'ils puissent être diffusés à l'ensemble des membres avant l'assemblée.

- ✘ Dépistage : **Marie Claire Lemartelot**, Laurent Mériaux, Françoise Morin, Marie Christine Derrien, Myriam Besse.
- ✘ Accidents d'exposition : **Hadija Chanvril, Pierre Gautier**, Mathilde Niault, Faouzi Souala, Pascale Perfezou, Emmanuel Loyer. Frédéric Dézé, qui avait présenté l'expérience de la mise en place de la gestion des AES au CU de Rennes va être sollicité, la présence d'un urgentiste dans ce groupe paraissant particulièrement indispensable.
- ✘ Médecine de ville : Ghislain Le Boëtté ; le Dr **Jean Marc Chapplain**, PH au CHU de Rennes, président du réseau ville hôpital 35 va être sollicité. Il est indispensable que nous arrivions à recruter également dans ce groupe un médecin généraliste de ville impliqué dans la prise en charge du VIH. La méthode pour les contacter sera à définir par le groupe de travail.
- ✘ Milieu carcéral : Marie Raynaud, Antony Brouard. **Claudine Costiou**, suppléante du Dr Chapplain au COREVIH qui s'intéresse particulièrement au sujet, va être contactée par C. Arvieux. Marie Raynaud se charge également de voir, dans les UCSA, les personnes intéressés en Ile et Vilaine, mais le même travail sera effectué dans les autres départements. Yann Quintec (CHU Brest) va être contacté par MC Derrien, Pierre-Olivier Le Clanche (AIDES) par Ghislain Le Boëtté.
- ✘ Prévention : Emmanuel Loyer, **Myriam Besse**, Fabrice Guillard, Marie Claire Lemartelot.
- ✘ Événementiel : Myriam Besse et André Blouët.
- ✘ Base de données : **Cédric Arvieux**, Ghislain Le Boëtté et André Blouët.
- ✘ Éducation thérapeutique : **Yves poinsignon**, Cédric Arvieux. Les associations membres du COREVIH vont également rechercher une personne issue du monde associatif pour participer à cette commission.

8. Rapport d'activité

Le modèle de rapport d'activité, proposé en annexe de la circulaire de création des COREVIH, est discuté. Celui-ci apparaît comme une arme à double tranchant : les financements dont le COREVIH sera doté dépendront directement de ce rapport d'activité, il a été évoqué notamment la possibilité que des transferts de financement inter régionaux puissent être effectués d'un COREVIH peu productif vers un COREVIH plus productif si nécessaire... Il est important que le rapport soit un bon reflet de notre activité, qui n'a pas été nulle malgré l'absence totale de financement en 2008. Néanmoins, il faut bien qu'apparaisse la limitation des activités « non financées » comme cela a été évoqué plus haut (impossibilité de recueillir les données, absence de secrétariat en 2008). Un projet de rapport va être élaboré par Cédric Arvieux avec l'aide de Mme Delmont, technicienne d'étude clinique et d'Anne Hubert qui fait actuellement office de secrétaire du COREVIH. Ce rapport devra comporter la constitution des groupes de travail et leurs objectifs. Il devrait théoriquement être transmis pour le 30 mars 2009, mais nous convenons que l'absence de financement pour 2008 nous autorise à reporter cette date au 30 avril 2009, après la prochaine assemblée plénière.

9. Réunions scientifiques

Une première réunion a déjà eu lieu en partenariat avec le COREVIH de Basse-Normandie les 29 et 30 janvier 2008 au Mont St Michel sur les thèmes de l'économie de la santé, des manifestations cérébrales du VIH et de la lecture critique d'article.

Le COREVIH a prévu de poursuivre le rythme de 4 à 5 réunions par an :

- ✘ 19 mars à Rennes : compte-rendu du congrès américain sur le VIH et les infections opportunistes, avec une première partie scientifique et une seconde de « résumé pratique » pour les associations et les paramédicaux.
- ✘ 29 Avril à Quimper, après la réunion plénière du COREVIH : implication des équipes du COREVIH de Bretagne dans la coopération internationale.
- ✘ Une quatrième réunion pourrait avoir lieu en juin sur le thème « femmes et VIH » et une cinquième au dernier trimestre autour de la pratique de ville et de la médecine générale.

10. Questions diverses

- ✘ Marie Claire Lemartelot propose qu'une deuxième suppléante soit nommée pour son siège. Elle propose Fabienne Le Nevez, infirmière du centre de dépistage de Lorient.
- ✘ Il est également proposé que Marie Noëlle Trevidic puisse assurer la suppléance de Michelle Tréllu. Ces deux propositions sont acceptées à l'unanimité, ces personnes pourront siéger aux différentes réunions du COREVIH en fonction des modalités habituelles. Il est rappelé que les nominations devant passer par un arrêté préfectoral, elles ne seront proposées à titre définitif qu'un moment où nous établirons de nouveau une liste complète des personnes « actives » dans le COREVIH (tous les deux ans, tel que nous l'avions décidé en 2008).
- ✘ Carole Bernard ayant quitté ses fonctions d'assistante sociale au CHU de Rennes et n'étant plus impliquée dans la prise en charge du VIH, elle a présenté sa démission de son poste de titulaire. Elle est remplacée par Françoise Morin, sa suppléante.
- ✘ Calendrier des prochaines réunions :
 - Bureaux
 - Le 25 mars à 14h à Rennes
 - Le 13 mai à Lorient
 - Une réunion en juin, date à déterminer (date initiale prévue le 24 juin mais C. Arvieux sera en déplacement).
 - Réunions plénières
 - Le 29 avril après-midi à Quimper
 - Possibilité d'une réunion en juin s'il paraît nécessaire entre temps d'avoir une 3^{ème} réunion plénière avant les congés d'été. Sinon, elle sera prévue en septembre ou octobre 2009.

La réunion est déclarée close à 17h15

COMPTE RENDU DE LA REUNION PLENIERE DU COREVIH DU 29 AVRIL 2009

Ordre du jour

11. Approbation du compte rendu la réunion du 20 février 2009
12. Rencontre ARH du 28 avril
13. Recrutements
14. Point financier
15. Dossier informatisé « Nadis » : point de situation
16. Etat d'avancement des commissions
17. Rapport d'activités
18. Planning des réunions scientifiques

11. Compte rendu de la réunion plénière du 20 février 2009

Celui-ci est validé à l'unanimité des présents

12. Rencontre ARH du 28 avril 2009.

A eu lieu à l'ARH une réunion regroupant André Fritz, directeur du CHU de Rennes, M. Perrin, directeur de l'ARH et un de ses directeurs financiers, Mme Lorho, directrice du site de Pontchaillou en charge du dossier COREVIH, Olivier Joseph, médecin DRASS, Cédric Arvieux et Ghislain Le Boëtté

Il apparaît que l'ARH connaît peu le fonctionnement du COREVIH. Nous avons donc pris le temps d'exposer les missions du COREVIH et le travail entamé.

Le directeur du CHU a insisté sur la différence entre le budget alloué (320 000 euros) et sa modélisation selon le guide des missions d'intérêt généraux (580 000 euros).

L'ARH a paru favorable à une demande au ministère pour obtenir le financement permettant le recrutement de techniciens d'études cliniques supplémentaires.

La rencontre a été globalement positive, avec une mise en avant de la dimension régionale et du respect du principe de démocratie sanitaire. La direction de l'ARH a demandé à ce qu'un mémorandum lui soit adressé concernant la problématique des TECs, ce qui a été fait dans le courant de la semaine suivant la rencontre.

Cependant, il faudra rester vigilant et les avancées futures dépendront également de notre rapport d'activités 2009.

13. Recrutements

Secrétaire

Le jury du recrutement était prévu la semaine suivant la réunion présente.

Depuis, le recrutement a eu lieu. Il s'agit d'Halima Campeaux, qui a pris ses fonctions le 8 juillet dernier.

TECs

2 postes sont à pourvoir (1 création et 1 départ à la retraite en octobre).

La discussion s'engage sur leur positionnement géographique. 2 options sont envisagées :

Tous les postes à Rennes et une exigence de mobilité

1 poste à Rennes et 1 ailleurs

Il est souligné que le travail en équipe est important. Cependant, il y a aussi des TECs sur d'autres sites (Brest par exemple) où un travail en équipe serait possible. Des candidatures sont déjà déposées par une personne travaillant déjà à Brest.

Quimper serait central par rapport à Brest, Lorient et Vannes.
S'il n'y a que deux TECs, leur tâche se limitera à gérer la base de données NADIS. On ne pourra augmenter les missions que s'il y a de nouveaux recrutements.

Coordinateur

Le recrutement est en cours

Le jury de recrutement des TECs et du coordinateur est prévu le 2 septembre prochain.

14. Point financier

La proposition de budget de l'ARH et du CHU est la suivante. Les charges directes sont maintenues à 20% et le coût de la base de données NADIS est « à part ».

NATURE DEPENSES		MONTANT
Secrétariat médical	1	44 400
PH	0,5	60 000
TEC	2	100 000
Adjoint des cadres	1	46 800
Total 1		252 200
Charges directes	20%	50 240
Frais de gestion	8%	20 160
Total 2		322 600 €

15. Base de données NADIS

Ce dossier médical informatisé pour le suivi des patients infectés par le VIH et/ou le VHC a pour fonctions :

- Le suivi clinique et biologique des patients
- La veille épidémiologique (Ex: Fonction spécifique AES)
- L'extraction des données automatique vers le DMI
- L'intégration des critères de recrutement pour les études, le rapport du COREVIH...

La mise en place comportera les étapes suivantes :

- Formations sur chaque site
- Récupération des données antérieures

- Mise en place des interfaces (viro, biologie standard, administratif)
- Paramétrage local de chaque site (ordonnance, papier à lettre, habilitations etc...

Le budget est acquis (7000 euros pour l'hébergement et 1000 pour l'entretien)

Reste à trouver un hébergeur (une piste est explorée avec le CHU de Nice)

L'objectif est une mise en place progressive à la rentrée et une effectivité début 2010.

La possibilité pourra être donnée aux généralistes qui ont une file active importante d'accéder à NADIS.

La sécurisation et la gestion des droits d'accès devront être surveillées.

16. Etat d'avancement des commissions

AES

La dernière réunion s'est tenu le 10 mars.

Le travail sur le questionnaire est bien entamé. Se pose la question d'un questionnaire patient.

Dans cette commission manque la représentativité des Côtes d'Armor et d'un urgentiste.

Dépistage (voir tableau en annexe)

Milieu carcéral

L'envie de cette commission naissante est d'établir un état des lieux régional.

Les partenaires envisagés sont l'UCSA et les associations de familles de détenus.

Un lien pourra être établi avec les commissions dépistage et prévention.

Une attention particulière est à apportée à la sortie et à l'organisation du réseau de soins à ce moment-là.

17. Rapport d'activités

Il devra comporter les éléments suivants les données de file active de chaque établissement/service (et des associations ?), des données qualitatives de suivi (est-ce possible ?), des données d'activité (tableaux des commissions...)

18. Planning des réunions scientifiques

La prochaine réunion scientifique aura lieu le 18 juin sur le thème « Os et VIH ». Deux sont prévues pour octobre et décembre avec pour thème les propositions suivantes : Dépistage, tuberculose et VIH, gynécologie et prise en charge des femmes et/ou tabac et VIH.

Annexe : de la commission dépistage

OBJECTIFS	RESULTATS (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.
Favoriser des actions spécifiques de dépistage	Développer le partenariat divers : associations, CADA dès 2009	Par le biais de rencontres semestrielles avec les différents partenaires	Bilan des actions menées
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

COMPTE-RENDU REUNION PLENIERE DU COREVIH DE BRETAGNE DU 14 OCTOBRE 2009

Le 14 Octobre 2009 de 14h30 à 17h30
Maison départementale des sports à Rennes

Ordre du jour :

- Approbation du compte rendu de la réunion du 29 avril 2009
- Présentation des personnels recrutés en 2009
- Prévention du VIH : présentation de la situation en Bretagne par les médecins DDASS et DRASS
- Compte rendu du travail de chaque commission
- Présentation du rapport d'activité 2008
- Orientations du COREVIH en 2010
- Préparation du budget 2010
- Renouvellement partiel du bureau, réactualisation de la liste des participants aux réunions du COREVIH
- Programmation des réunions scientifiques
- Questions diverses

Etaient présents : Ansart Séverine, Arvieux Cédric, Besse Myriam, Beuscart Claude, Blouet André, Chanvril Hadija, Chapplain J-Marc, Derrien M-Christine, Gautier Pierre, Guyard Fabrice, Herault Myriam, Jaouen Sandrine, Le Boette Ghislain, Le Mabec Bernadette, Le Martelot M-Claire, Loyer Emmanuel, Michelet Christian, Perfezou Pascale, Reynaud Marie,

Invités : Aubry Michel, Campeaux Halima, Cotten Ghislaine, Epailard J-Pierre, Joseph Olivier, Maniscalco Eric, Rohan Jennifer

Excusés : Bellein Véronique, Bronnec Eliane, Brun-Fitton Anne, Costiou Claudine, De Saint Martin Luc, Le Hello Roland, Mériaux Laurent, Morin Françoise, Nialt Mathilde, Poinignon Yves, Ruffault Annick, Sanchez M-Pierre, Santi-Perrin Brigitte

1 – APPROBATION DU COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 29/04/2009

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité. La liste des membres présents a été oubliée, elle sera annexée dans la version définitive.

2 – PRESENTATION DES PERSONNELS RECRUTES en 2009

- ❖ Halima Campeaux, qui assure la fonction de secrétariat du Corevih a pris son poste le 8 juillet 2009
- ❖ Ghislaine Cotten, Technicienne d'Etudes Cliniques est arrivée le 15 septembre 2009 en remplacement de Madame Delmont. Cette dernière assurait les fonctions de Technicienne d'Etudes Cliniques du Csih et est partie en retraite le 24 septembre 2009.
- ❖ Jennifer Rohan, Technicienne d'Etudes Cliniques a été recrutée comme Technicienne du Corevih Bretagne avec une prise de fonction à compter du 19 octobre 2009. Ce poste est actuellement localisé à Quimper.

Hadija Chanvril, actuellement coordinatrice de l'association Aides pour le Finistère et le Morbihan a été recrutée comme coordinatrice du Corevih de Bretagne. Elle prendra ses fonctions le 2 décembre 2009. Son poste est régionalisé mais elle disposera d'un espace de travail à Rennes proche du secrétariat du Corevih et un espace de travail à Quimper, proche du réseau ville hôpital et de la Technicienne d'Etudes Cliniques.

3 – COMPTE-RENDU DE CHAQUE COMMISSION

❖ Commission dépistage – M-Claire Le Martelot

Principaux points abordés relatif à la commission dépistage :

Consensus pour le délai du test : 6 semaines (cf. : HAS)

- Dépistage hors-murs : suivant les recommandations DGS,
- travail en partenariat avec les associations (mutualisation des savoir-faire)

Achat d'un véhicule destiné aux actions de prévention « hors les murs » :

- Pour les 4 départements
- CIDDIST - CDAG et associations....
- Dépistage, prévention, journées nationales, etc... .

Le COREVIH n'est pas normalement «opérateur» mais l'assemblée générale est d'accord pour une action «ponctuelle et seulement ponctuelle» : le COREVIH coordonnerait ce projet et injecterait le cas échéant «le budget manquant» cette année en précisant qu'en aucun cas, il n'en assurait, par la suite, l'entretien, etc...

Reste à trouver les partenaires financiers (DDASS, DRASS, Conseil Régional) et le propriétaire adéquat : il n'apparaît pas souhaitable que ce soit le CHU de Rennes mais plutôt le Conseil Régional.....

Sont cités les points qui seront abordés par la suite par la commission de dépistage :

- Formation
- Recueil épidémiologique informatisé commun
- Dépistage en milieu carcéral

❖ Commission AES – Hadija Chanvriil

Pour la commission AES, Pierre Gautier est aussi co-pilote. Concernant les protocoles AES, beaucoup de documents existent mais les problèmes de prises en charge persistent. La commission s'oriente vers un état des lieux mais pas que par le biais de questionnaires : l'idée étant de former des binômes pour effectuer des "testing" dans les structures pour comparer les pratiques et les protocoles écrits. La commission peut aussi aider une structure en phase de questionnements autour des AES et l'accompagner à chaque étape pour analyser le processus et émettre un avis sur les phases nécessaires à une bonne prise en charge des AES.

La composition de cette commission est assez en accord avec l'esprit du Corevih. En effet, dans cette commission, se trouvent des membres du Corevih et du bureau, mais aussi des acteurs de la lutte contre le sida tel le SNEG ou un urgentiste de Rennes.

En termes de territoire, les 4 départements sont représentés. De plus, Fabrice GUYARD, membre du Corevih Bretagne mais aussi du Corevih Pays de la Loire, pourra être consulté pour faire un lien avec une autre commission AES.

❖ Commission prévention – Myriam Besse

Membres du groupe : Fabrice Guyard (sida info service), Emmanuel Loyer (AIDES 29), Myriam Besse (PCPPS)

Différentes pistes de travail ont été mises en avant par le groupe :

- favoriser l'accès aux messages de prévention des populations en situation de vulnérabilité spécifique (personnes prostituées, usagers de drogues, détenus, homosexuels/bisexuels masculins, hétérosexuels multipartenaires (échangistes) et celles n'ayant peu ou pas accès à l'information (personnes à la rue, gens du voyage, migrants, personnes souffrant de handicap mental...).
- harmoniser les messages de prévention
- réalisation d'un état des lieux des actions de préventions mises en place dans la région.

La question autour de ce groupe de travail était de savoir si la prévention devait faire l'objet d'un groupe de travail à part entière, vu que le thème est transversal aux différents groupes de travail (AES, dépistage...).

Il a été décidé de maintenir, pour l'instant, ce groupe et que cela serait rediscuté ultérieurement, en fonction des orientations que prendront les différents groupes de travail.

❖ Commission médecine ville et réseau – J-Marc Chapplain

La commission comprend pour l'instant Ghislain Le Boëtté et Jean-Marc Chapplain. Une première réunion s'est tenue en juin 2009 afin de réfléchir sur les personnes à impliquer dans le travail de commission et d'en définir les objectifs.

Il apparaît que l'implication des médecins de ville dans la prise en charge des patients infectés par le VIH semble difficile devant le faible nombre de patients consultant en médecine générale, de la complexité des traitements et de leurs effets secondaires nécessitant des mises à jour régulières.

Cependant un travail de thèse de médecine générale se propose d'évaluer les freins relatifs à cette prise en charge en ville et pourrait être un bon début pour trouver des axes de travail à poursuivre. Un médecin généraliste nouvellement installé en Ille-et-Vilaine est partant pour participer à ces réflexions.

Par ailleurs, il semble également important de valoriser le dépistage et la prévention en médecine de ville. Promouvoir le dépistage pourrait en effet correspondre à une activité plus constante du médecin généraliste et c'est d'actualité.

Il est prévu une réunion de la commission le 17 novembre afin de poursuivre la mise en place de ce programme, que nous souhaitons plus actif en 2010.

4 – PREVENTION DU VIH : Présentation de la situation Bretagne par Olivier Joseph.

Olivier Joseph nous présente la situation actuelle en termes de financement des actions de prévention Bretagne, via le GRSP (Groupement Régional de Santé Public). La présentation peut-être retrouvée en annexe de ce compte-rendu.

La question importante pour le Corevih est de savoir comment se positionner vis-à-vis des futures Agences Régionales de Santé (ARS) puisque le système actuel est destiné à disparaître.

Le Corevih est donc chargé (article D.3121-35 du décret N°2500-1421 du 15 novembre 2005) de participer à l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la prise en charge des patients, aussi bien que l'évaluation de cette prise en charge et l'harmonisation des pratiques. Il apparaît clairement qu'il est nécessaire de positionner le Corevih au sein de la future ARS de Bretagne, afin d'être à la fois plus efficient dans le travail accompli et éviter un travail redondant.

En effet, le Corevih étant constitué de membres représentatifs des différents acteurs de la lutte contre le VIH en Bretagne, recréer une autre structure ayant des responsabilités dans le même domaine ne paraît pas spécifiquement opportun.

Néanmoins, à l'heure actuelle, il n'y a pas eu de positionnement « national » des Corevih vis-à-vis des futures ARS. ***Nous n'avons pas d'instruction ministérielle concernant ce positionnement.*** Un des rôles du Corevih, dans ce cadre, pourrait être de participer à l'analyse des projets actuellement proposés au GRSP afin de donner un avis consultatif. La difficulté sera de gérer les conflits d'intérêts puisque les membres du Corevih, pour leur grande partie, déposent actuellement des projets au GRSP pour le financement de leurs activités.

Une réflexion du Corevih sera nécessaire afin de se positionner avant de prendre contact avec le futur Directeur de l'ARS de Bretagne.

5 – BUDGET DU COREVIH

❖ Budget 2008

Le résumé des comptes est joint en annexe. Celui-ci est mis au vote, adopté à l'unanimité.

❖ Budget 2009

La ligne « Mission d'Intérêt Général » destinée au Corevih est de 321 160 €. Une grande partie de ce montant est destinée à financer les postes qui finalement n'ont été créés que tardivement dans l'année. Le résultat est qu'une grande partie des crédits ne seront pas engagés pour 2009.

Dans une réunion préparatoire du budget au CHU de Rennes (en présence de Madame Lorho, Directrice déléguée auprès du Corevih, de Madame Sal-Simon en charge du financement) il apparaît que pour 2009, il est possible de provisionner des sommes nécessaires pour des projets envisagés en 2010. C'est néanmoins probablement la dernière année que ce type de provisionnement est possible, ceci étant lié au fait que la tutelle admet que la mise en place du Corevih se fait relativement progressivement et qu'une période de trois ans (2008-2010) de mise en place est admissible.

A la fin de l'année 2009, la consommation budgétaire prévue devrait résulter en une somme résiduelle d'un peu moins de 130 000 €.

Il est décidé sur cette somme, d'engager les points suivants :

* prévoir un équivalent temps plein d'ingénieur du département d'informatique médical à Rennes pour superviser la mise en place de l'ensemble du projet « Nadis » (50 000 €).

* prévoir un mi-temps d'ingénieur DIM localisé au CHU de Brest dans la même optique (25 000 €).

* une discussion s'engage sur la possibilité que le Corevih participe, dans le cadre des actions de prévention, au budget de l'achat d'une unité mobile de dépistage et de prévention à l'échelle régionale.

Il est mis au vote le principe de cette participation qui est adopté à l'unanimité. En pratique, la future coordinatrice et les commissions dépistage et prévention vont être chargées de la création d'un dossier de demande de financement auprès des différentes instances de la région qui pourront être intéressées. Si cette action se met en place, le Corevih pourra participer au financement sur la base d'une partie du reliquat budgétaire 2009.

Le budget 2009 est adopté à l'unanimité des présents.

❖ Préparation du budget 2010

Le corevih va bénéficier en 2010 d'une augmentation de son budget, avec pour le CHU l'obtention exceptionnelle pour un an d'une ligne hors MIG de 100 000 € permettant d'initier la mise en conformité du budget du Corevih avec les indications de la MIG.

Pour le Corevih cela signifie qu'à compter du 01/01/2010, il disposera du budget nécessaire à l'emploi de deux Techniciens d'Etudes Cliniques supplémentaires (100 000 €).

Le budget de base du Corevih sera donc de 422 500 € auquel il faut ajouter 30 000 € provisionnés en 2008 pour la mise en place de la base de données « Nadis » et 75 000 € provisionnés en 2009 pour les ingénieurs DIM.

Le reliquat budgétaire du budget 2009 est engagé sur le projet prévention, sous réserve que celui-ci voit le jour en 2010.

Le projet budget 2010 est adopté à l'unanimité des présents.

6 - RENOUVELLEMENT PARTIEL DU BUREAU

- ❖ Hadija Chanvril quitte son poste au bureau pour celui de Coordinatrice, le siège est libéré
- ❖ Hélène Danielou n'a pas renouvelé sa candidature au Bureau, un second siège est libéré

Deux personnes se proposent pour participer au bureau :

- ❖ André Blouet, infirmier Coordonnateur du Réseau ville Hôpital de Quimper
- ❖ Emmanuel Loyer, Président d'Aides Finistère.

Les candidatures sont mises au vote, elles sont acceptées à l'unanimité des présents.

7 - QUESTIONS DIVERSES

❖ Création d'un site internet

Après discussion au bureau et à l'assemblée plénière, il apparaît opportun d'envisager la création d'un site internet. En effet, l'idée d'un site national des Corevih avec une déclinaison régionale ne semble pas faire son chemin au niveau national : il va donc être nécessaire de créer un site local qui servira à la fois d'interface avec le public, avec les acteurs de la lutte contre le VIH et également un outil de travail interne pour le Corevih (compte-rendu des commissions, planning des réunions, programme des réunions scientifiques, etc...).

Des devis de réalisation vont être demandés et seront notamment ciblées les sociétés ayant déjà réalisé des sites internet de Corevih paraissant de bonne qualité.

Cédric Arvieux souligne l'importance lors de la création d'un site de prévoir « l'alimentation » de ce site et la nécessité de prévoir la façon dont les informations seront diffusées. En effet, l'administrateur du site, qui est un professionnel, ne peut mettre en forme et en page que les contenus qu'on lui transmet avec la nécessité d'une réactualisation permanente de la mise en ligne des données.

❖ Station de visioconférence

Le Corevih étant très étendu, celui-ci favorise les communications par téléconférence ou visioconférence. Une station de visioconférence dédiée au Corevih va être installée au CHU de Rennes. Il est effectué un tour de table pour savoir s'il est nécessaire d'envisager la création de nouvelles stations dans d'autres lieux, notamment non-hospitaliers. Le Corevih pourrait notamment proposer l'installation d'une station visioconférence sur une plateforme associative qui soit facilement accessible aux acteurs associatifs de la lutte contre le VIH. Les devis sont en cours d'élaboration.

Etait également à l'ordre du jour du Corevih mais n'ont pu être abordés faute de temps :

- ❖ les orientations pour 2010 (mais ceux-ci ont largement été abordées dans les discussions de travail des commissions)
- ❖ la réactualisation de la liste des participants aux réunions du Corevih : ceci n'est obligatoire, dans le règlement intérieur, que tous les 4 ans mais nous avons décidé d'un dépoussiérage intermédiaire : il est proposé que celui-ci soit réalisé lors de la prochaine séance.
- ❖ Le programme des réunions scientifiques n'a pas été abordé en sachant que les réunions de novembre, janvier et mars sont déjà programmées :

* 3 novembre 2009 - Rennes : Tuberculose et VIH

* 14 /15 janvier 2010 - Mont Saint Michel : Lecture critique d'article, cas cliniques, aspects ethnologiques de notre activité.

En coopération avec le Corevih de Basse Normandie comme chaque année.

* Compte-rendu de la conférence sur les rétrovirus et infections opportunistes qui a lieu cette année à San Francisco mi février: le compte rendu de la réunion devrait avoir lieu le 18 mars 2010 (la date sera confirmée ultérieurement)

Les dates et lieux de réunions des prochaines assemblées plénières du Corevih vont être fixés très rapidement afin que le calendrier puisse être bloqué pour l'année 2010.

ANNEXE 4 : Grille de recueil à minima

Rapport d'activité 2009

Indicateurs quantitatifs

file active

:

Nombre de cas de séroposivité au VIH	
nombre de cas sida	

Nombre de nouveaux patients pris en charge en 2009	
--	--

sexe :

nombre de femme	nombre d'homme

âge :

moyen d'âge

0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	plus de 80

mode de transmission :

hétérosexuel	homosexuel	toxicomanie	materno-fœtal	Transfusion	hémophilie	autre

hospitalisations / consultations :

nombre d'hospitalisations complètes	
nombre d'hospitalisation de jour	
nombre de consultations	

AES :

nombre de prise en charge d'AES	
---------------------------------	--

Notion de correspondants spécialistes identifiés

	oui	non
Dermatologie		

Cardiologie			
Gynécologie			
nutrition-métabolisme-endocrinologie			
sexologie			
psychiatrie			
consultations douleurs			
rhumatologie			
	oui	non	%age d'équivalent temps pleins
Assistante sociale			
Psychologue			
Consultation d'éducation thérapeutique			
Consultation diététique			

Indicateur de "volume"

Volume horaire des consultations proposées
 Présence d'horaires décalés (12h-14h, soirée, samedi)
 Délai d'attente pour les RDV non programmés

Indicateurs qualitatifs :

la salle d'attente comprend-t-elle :

	oui	non
documentation et affichage		
coin café		
autre :		

la documentation

Quels types de documentations est mise à la disponibilité du patient ?
 Quelle est la périodicité de sa mise à jour ?

ANNEXE 5 : Règlement intérieur COREVIH Bretagne

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 établi 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 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

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)

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 son 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 sources 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 informé.
- 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



ANNEXE 6 : Compte-rendu rencontre SFLS du 20 et 21 octobre 2009

PROPOSITION DE SYNTHÈSE DES DEUX JOURS DE REGROUPEMENT DE LA FORMATION ACTION POUR LES COREVIH

Introduction

Cette formation action est un des deux axes du projet d'appui méthodologique aux COREVIH porté par la SFLS et soutenu par Sidaction. L'autre axe du projet étant la boîte à outils pour les COREVIH, espace d'échanges d'expériences sur <http://www.sfls.aei.fr/corevih/corevih-bao.asp>

Elle a été mise en place par la chargée de ce projet au sein de la SFLS, en lien avec la SFLS et la commission thématique de formation de celle-ci ainsi que dans le cadre général du projet, après avis des membres du groupe de suivi du projet général sur les axes stratégiques.

Pour la préparer, une consultation des COREVIH a été effectuée en juin 2008 sur les thèmes qu'il serait souhaitable d'aborder. Ensuite lorsque le choix des cinq COREVIH a été fait sur les critères de diversité (taille /géographique et de mise en place suffisante pour profiter de la formation, ...) un questionnaire spécifique et plus précis leur a été envoyé

Lors de cette formation action, des éléments évoqués durant le regroupement de deux jours qui a eu lieu à Paris nous semblent susceptibles d'intéresser un plus grand nombre. C'est pourquoi nous avons réalisé ce document de synthèse. Il présente en première partie, le déroulement de la formation action puis en deuxième partie la synthèse des éléments qu'il nous semble utile diffuser.

Partie 1 : Méthodologie- Programme

La formation a été conçue **en trois phases** (phase 1 : consultation des Corevih participants, phase 2 : regroupement à Paris puis une troisième phase qui comporte un appui spécifique à chaque Corevih sur un thème qu'il a choisi)

Le principal objectif de la formation est d'apporter un appui méthodologique aux COREVIH, en les aidant notamment à mieux comprendre l'intérêt et les enjeux de cette organisation, à la replacer dans le contexte de santé publique et à favoriser la mise en place d'actions concrètes.

Le public cible appartient aux 4 collèges des COREVIH.

Les participants à ces deux jours étaient des acteurs des 5 COREVIH participants à la première session (IDF Est, IDT Nord, Bretagne, Lorraine Champagne Ardennes, Nord Pas de Calais) avec la présence des coordonnateurs, des vice-présidents, des secrétaires et des TEC ainsi que

des personnes concernées par des thèmes choisis par les COREVIH pour la formation (dépistage, accès au soins...).

Le déroulement de cette phase de regroupement, dont ce document fait la synthèse, comporte 5 temps différents : Brain storming, ateliers thématiques, présentation de la Boîte à outils, Elaboration d'une fiche action par COREVIH puis clôture par une table ronde

1) **Brainstorming** sur le Corevih et les attentes vis-à-vis des différentes fonctions et /places

Les outils utilisés : la technique d'animation de groupe du Philips 6/6 et métaplan

Trois questions ont été abordées :

- Les COREVIH : à quoi ça sert ?? 3 certitudes ? 3 questions ? 3 rumeurs ?
- Les attentes vis-à-vis des postes de Président/coordonnateur, commissions thématiques, coordonnateurs, secrétariat, débat démocratique, des institutionnels (pour des contraintes de temps, tous ces thèmes prévus n'ont pu être abordés)
- Qu'est ce qui favorise l'efficacité d'un Corevih ? Qu'est ce qui nuit à l'efficacité d'un Corevih?

2) **Atelier thématiques** (sur les thèmes choisis par les 5 Corevih) :

* Deux thèmes liés au fonctionnement des COREVIH

- * comment ne pas faire du Rapport d'activité un document inutile ?
- * Comment dynamiser les commissions thématiques ?

* Deux thèmes liés à l'activité des COREVIH

- * Les perdus de vue
- * La prévention

3) **Présentation de la boîte à outils** pour les COREVIH

4) Regroupement par COREVIH pour ébauche **d'une fiche –action** sur le thème choisi en vue de la phase 3

En fonction des présences lors des deux jours de regroupement, 4 fiches actions seulement ont pu être rédigées. Elles ne sont qu'une ébauche rapide de la mise en place de l'action prévue en phase 3.

Elles portent sur :

- Le rapport d'activité : COREVIH Nord - Pas de Calais
- Les commissions thématiques : COREVIH Bretagne et Lorraine Champagne –Ardennes
- Les perdus de vue COREVIH IDT EST et Nord

Un appui méthodologique par la chargée de mission sur ce projet de la SFLS, Véronique Tirard- Fleury, est prévu lors de la concrétisation de cette troisième phase dans laquelle elle pourra agir comme personne-ressource.

5) **Une table ronde** destinée à apporter un autre éclairage aux participants de la formation a réuni des membres du COPIL national, des associatifs, des institutionnels et des présidents de COREVIH.

Partie 2 : Différents éléments évoqués durant ce regroupement (phase 2 de la formation action)

2.1 Les COREVIH : à quoi ça sert ??

:

3 certitudes :

- Apporte une richesse liée à la diversité des acteurs impliqués et favorisent le lien entre eux (possibilité d'écoute/actions concrètes partagées)
- Apporte un élargissement par rapport aux CISIH (acteurs/géographique) et est plus transparent
- devrait apporter une exhaustivité de recueil épidémiologique géographique

3 Questions

- Quelle efficacité concrète des commissions thématiques (quel impact du travail sur la politique régionale de santé ? Recommandations ? avis ? Décisions sur des axes stratégiques et quid avec l'instauration des ARS ?)
- Quelle transparence/indépendance vis-à-vis des fonds privés ?
- Le COREVIH peut-il être opérateur direct ? (Exemple reliquat d'argent pour effectuer un dépistage hors les murs ?)

3 Rumeurs

- « Tout se décide au bureau »- quelle articulation avec l'AG ? Avec les commissions ?
- « le Corevih a un rôle de contrôle des actions financées –GRSP »
- « quelle durée de vie pour les COREVIH ? Ne va-t-on pas y rajouter d'autres pathologies ? » Inquiétudes en // à l'évolution des réseaux.
- « L'argent reste dans les CHU », « la direction hospitalière peut-elle être garante de la bonne attribution de l'argent » / pose la question de la représentativité hospitalière dans les COREVIH

La discussion qui suit permet d'évoquer des fonctions du COREVIH non apparues spontanément lors du brain-storming. Cela conforte dans l'idée qu'un travail pédagogique sur l'utilité du COREVIH est encore nécessaire, notamment sur son rôle politique dans l'élaboration et suivi des politiques de santé liées au VIH :

- Le rôle politique des COREVIH permettant de faire porter par l'ensemble du COREVIH un problème spécifique à certains acteurs parce qu'il retentit sur l'ensemble de la prise en charge des PVVIH (exemple SSR) et qui

peut se traduire par le lien avec les institutions (entre autres, par la réunion annuelle prévue avec les institutions) n'est pas perçu.

- Des inquiétudes fortes sont exprimées en lien avec les profonds changements actuellement en cours de notre système de santé publique.

2.1.1 Les attentes vis-à-vis des postes de président ? coordonnateur ? secrétariat ?

Les attentes

- Diversité importante **du profil du coordonnateur** (incluant ou non par exemple la gestion administrative). En tous cas, un travail de lien entre les commissions et au-delà de ce lien une dynamisation des commissions paraît lui être attribuée
- Pour **le président** : Il s'agit de « ne pas décider tout seul », un rôle de communication en externe et interne et il est responsable de la mise en œuvre des décisions. Il a un rôle, avec le vice président de lien avec les institutions (interne à l'hôpital mais aussi externes : instances régionales)
- **Le poste de secrétariat** est défini comme un poste particulier de secrétariat avec nécessité d'initiatives et un rôle de lien et de diffusion des documents

La discussion fait apparaître :

- la nécessité de mieux formaliser le profil du poste de coordonnateur et d'aider les COREVIH à cadrer ce poste (profils d'embauche,..)
- La faible perception du lien nécessaire avec les institutionnels /ARS porté par le COREVIH
- La justification du poste de secrétariat crée (entre autre l'établissement et la mise à jour des listes de diffusion des acteurs représentés par les membres et la mise en place d'un circuit de diffusion) n'est pas comprise. Point majeur au démarrage des COREVIH pour que l'ensemble des acteurs s'approprie l'outil COREVIH et qu'il ne soit pas seulement celui des 30 membres (cf ci-dessous).

2.2.3 Les fonctionnements qui sont des freins et leviers du COREVIH

Les principaux éléments identifiés :

Les freins :

Les commissions thématiques, essentielles, car considérées comme « cheville ouvrière du COREVIH », ont « un déficit en méthodologie de travail et gestion de projet » et règles de bonnes pratiques professionnelles (odj, compte-rendu, cr réunion (délais), transparence) ».

« Si le pilote ne fait pas, rien ne se fait. » Celles qui semblent fonctionner sont « *les commissions homogènes voire les groupes habitués à travailler ensemble* ». Ceci est un réel problème avec un risque de perdre « la philosophie des COREVIH » par des groupes de travail « homogènes ». « *Entre deux réunions, il ne se passe rien* ». La question de la représentativité de la commission est posée (mais n'est pas davantage un groupe de travail en lien avec le COREVIH. Le lien du travail des commissions avec le bureau et assemblée plénière n'est pas toujours bien identifié et formalisé. Cela est à rapprocher de la mauvaise identification de l'objectif concret des commissions (à court et moyen terme) : « *a quoi cela va servir ?* ». et aussi des questions relatives à « *quelle est ma place au sein de la commission ?* ». La question de la l'utilité d'un état des lieux au démarrage de la commission est discuté et c'est à apprécier en fonction de la balance investissement temps/bénéfices et en fonction des thèmes)

« **Le Corevih, je n'en fais pas partie** » : alors que le COREVIH est défini par l'ensemble des acteurs régionaux, il se réduit, parfois, dans l'esprit des personnes aux 30 membres. L'identification et l'établissement de liste de diffusion des acteurs par le secrétariat et la mise en place d'un circuit d'information transparent (odj avant les réunions, comptes-rendus...) permettraient de faire évoluer ce « frein ». « Leur rôle de porte-parole n'est pas intégré par les membres »

Lenteurs administratives, « lourdeur de l'administration hospitalière », la persistance de problèmes budgétaires en lien avec le circuit MIGAC

L'éclatement géographique

La difficulté de participation effective de l'ensemble des collègues prévus

Il y a une certitude (Table ronde), le COREVIH ne doit pas se résumer à l'hôpital et aux associations (plein d'autres acteurs sont concernés et ont été intégrés aux COREVIH : ACT, UCSA, Médecine de ville++,.... Le collège 3 a parfois du mal à faire entendre sa voix. Certains fonctionnements trop proches de l'ancien CISIH ne favorisent pas l'esprit d'ouverture voulu.

Les leviers

La bonne compréhension des missions –La lisibilité de celles-ci

La pluridisciplinarité, la bonne connaissance des acteurs et la convivialité

La vigilance à avoir des objectifs réalisables et concrets

La facilitation du débat démocratique et de la prise de parole

L'écoute auprès des institutions

L'échange d'expériences entre COREVIH

Des outils de travail à distance

En conclusion- Quelques points-clés

Ce regroupement, phase 2 de la première session de la formation action pour les COREVIH met en évidence les points – clés suivants

1) la nécessité d'un travail pédagogique sur l'intérêt des Corevih auprès de leurs membres et acteurs (y compris auprès des membres des commissions thématiques). En particulier sur le lien avec la politique régionale de santé et la mise en œuvre concrète d'actions.

2) Une meilleur formalisation de certains points afin d'aider les Corevih, comme par exemple : le poste de coordonnateur, le rôle du secrétariat (notamment sur l'identification des acteurs et la mise en place d'un circuit d'information entre membres et ceux qu'ils représentent :les acteurs)

3) la difficulté de fonctionnement des commissions thématiques pour plusieurs raisons : (intérêt du COREVIH mal perçu donc difficile d'avoir la motivation nécessaire et manque de méthodologie de gestion de projet)

4) L'intérêt des échanges d'expériences entre COREVIH

ANNEXE 7 : Fiche action « élargir l'offre de dépistage en Bretagne »

Contexte :

85.000 personnes sont prises en charge au titre de l'infection par le VIH en France, mais, si la prise en charge s'améliore, "36.000 personnes ignorent qu'elles sont infectées ou ne se font pas suivre", et le dépistage reste "insuffisant et tardif". De ce fait, la prise en charge de nombre de patients intervient alors que la maladie est avancée : 33% des patients arrivent à l'hôpital en situation de sida déclaré, ou quand leur taux de lymphocytes CD4 (marqueurs de l'immunité) est descendu en-dessous de 200/mm³ (niveau normal : plus de 500).

Un "objectif essentiel" serait de parvenir à un dépistage "large en phase précoce de l'infection", entraînant la reconstitution rapide d'une immunité normale, ce qui n'est le cas que dans 40% des patients traités, constate le rapport Yéni.

L'optimisation du dépistage passe tant par une meilleure utilisation des structures existantes que par l'augmentation du dépistage dans les régions prioritaires et auprès des populations les plus exposées. En ce qui concerne les moyens d'optimiser le dépistage, le rapport du CNS propose que les Coordinations Régionales de Lutte contre l'infection à VIH (COREVIH) contribuent à l'évolution de l'offre de dépistage tandis que les Consultations de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) orientent leurs actions vers les communautés qui font face à de fortes prévalences. Le CNS constate que les personnes à fort risque d'exposition au VIH doivent bénéficier d'une offre mieux adaptée.

La procédure nationale repose sur 4 principes en France :

- La proposition de test devant une situation particulière: exposition à risques (sexuelles, sang,...), pathologies (IST, tuberculose,...), évènements de la vie (entretien pré-nuptial, grossesse, IVG,), incarcération, don du sang, organes, agression sexuelle....

- Le dispositif de dépistage spécialisé anonyme et gratuit : CDAG / CIDDIST.

- La prescription de tests préférentiellement fondée sur : une information, le consentement de la personne, les conseils pré et post test : counseling.

Actuellement en France, sur l'utilisation de deux tests ELISA. Des études sur l'utilisation des tests à lecture rapide sont en cours.

Dans ce contexte et pour répondre à un besoin de proximité, d'accessibilité au dépistage précoce, le dépistage hors murs élargit l'offre de test. Les intérêts du dépistage hors mur sont la possibilité de toucher une population peu ou pas accessible (tant sur le plan géographique que culturel et émotionnel...); de contribuer à améliorer le recours au dépistage des populations vulnérables et de faciliter une connaissance rapide du statut sérologique.

En Bretagne, le dépistage hors les murs est réalisé de manière variée et orienté vers des populations différentes, suivant la stratégie des acteurs locaux (ci-joint une enquête réalisée par la commission dépistage auprès des différents centres de dépistage de la région Bretagne). Nous allons développer le cas du Morbihan car les modalités de cet exemple ont été un moyen d'évaluer, de tester auprès du public l'intérêt pour ce type d'interventions.

Le partenariat AIDES- CDAG vise par ces interventions la population gay en se rendant sur les lieux de rencontres extérieurs ou même à la sortie de boîtes gays. Ces interventions ont reçu un avis très favorable de la part des personnes concernées. Pour réaliser ces interventions des campings cars ont été loués. Cependant, des difficultés apparaissent. Le camping car n'est pas toujours adapté en terme pratique (fauteuils fixes, coût de la location,

disponibilité des camions, rendus de résultats...). L'espace est réduit pour réaliser des entretiens (4 personnes maximum). Les rangements sont insuffisants et la visibilité est faible car il n'y a pas de véhicule identifiable et identifié à disposition.

Tout ceci a conduit la commission dépistage du COREVIH Bretagne à recommander la mise en place d'un outil adapté, fonctionnel, accessible et mutualisable à l'échelle régionale : un camion aménagé et parfaitement adapté. L'avantage de ce type d'investissement est que ce camion pourra être mis à disposition des membres du COREVIH (tout acteur de la lutte contre le sida) pour d'autres actions de prévention et /ou de prise en charge du VIH.

Les membres du COREVIH Bretagne ont approuvé ses orientations en votant en assemblée la possibilité d'une aide ponctuelle (ci-joint le compte-rendu de la réunion plénière), attribuant une contribution financière à cet achat). Ainsi le COREVIH Bretagne remplit l'une de ces missions en permettant l'harmonisation des propositions de dépistage sur l'ensemble du territoire Bretagne.

L'objectif général :

Elargir la proposition de dépistage sur la région Bretagne suivant les recommandations nationales

Les objectifs spécifiques :

- Elargir l'offre de dépistage sur la région Bretagne
- Contribuer à améliorer le recours au dépistage des populations vulnérables
- faciliter une connaissance rapide du statut sérologique

Déroulement :

Les actions menées seront définies en fonction des réalités et suivant les préférences des acteurs de terrain en maintenant une philosophie générale. Les intervenants des actions de prévention auprès des gays, migrants et consommateurs de produits psychoactifs, proposeront aux personnes rencontrées de discuter du dépistage. Les discussions permettront d'informer les personnes sur l'importance de connaître précocement son statut sérologique, sur l'offre de dépistage existante, sur la gratuité, sur les avantages et les inconvénients d'un recours au dépistage en CDAG ou en laboratoire privé. En parallèle, les personnes rencontrées seront invitées à discuter de leurs prises de risques, de leurs craintes par rapport au dépistage, et de leurs bonnes et/ ou mauvaises expériences en la matière. Cet échange permettra de trouver avec les personnes les moyens de surmonter leurs éventuelles craintes et de les encourager à recourir au dépistage à une fréquence adaptée à leurs prises de risques.

Les éventuels dysfonctionnements observés par les personnes rencontrées en action seront compilés et remontés aux structures par le biais de la commission Dépistage du COREVIH Bretagne afin d'améliorer la qualité du dépistage proposé.

Moyens de l'action :

Moyens matériels :

Un camion de dépistage aménagé avec 3 espaces distincts, un fauteuil de prélèvement, des rangements, un auvent intégré (peu de manipulation), des toilettes (prélèvements urinaires si nécessaires), compact et nécessitant seulement un permis B.

Matériel de prélèvements, matériels de réduction des risques

Documentation

Charte d'utilisation

Moyens humains :

Personnels des CDAG et les associatifs

Moyens financiers :

Camion : COREVIH Bretagne, GRSP et le Conseil régional

Matériels et essence : chaque structure en fonction du nombre d'interventions prévues devra inclure dans ses demandes de subventions les charges liées à cette action.

Calendrier :

Janvier/ mars 2010: rédaction du projet, réalisation des devis,

Mars 2010: Réunion d'information aux intervenants avec la présentation de l'outil

Avril / juin 2010 : présentation du projet aux financeurs

Septembre/octobre : commande du véhicule

Evaluation : (elle sera tant qualitative que quantitative)

- Nombre d'actions menées
- Nombre de personnes touchées
- Population touchée
- Nombre de sites différents
- Participation et implication département
- Nombre de partenaires
- Nombre de test réalisés dont test positif au VIH et / ou VHC
- Nombre d'autres actions hors dépistage réalisées
- Impact sur les recommandations de la commission dépistage du COREVIH Bretagne

Partenaires :

Partenaires opérationnels : CDAG, les structures associatives

Partenaires financiers : COREVIH Bretagne, GRSP et le CONSEIL REGIONAL

Suivi du projet : Commission Dépistage du COREVIH Bretagne

ANNEXE 8 : TPE - Etat des lieux auprès des services d'urgence bretons

COREVIH DE BRETAGNE

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

COMMISSION AES

Accidents d'exposition à risque de
transmission virale non professionnels et
Traitement Post-Exposition

Etat des lieux auprès des services d'Urgence
bretons

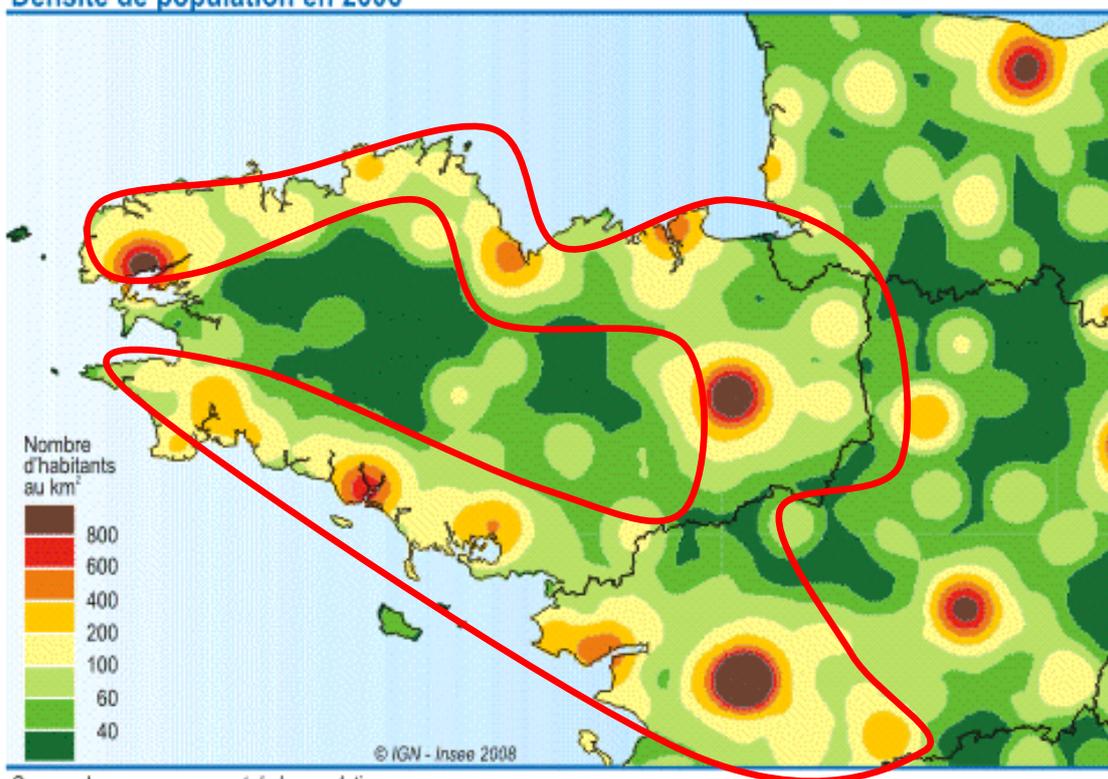


Enquête sur questionnaire juin / juillet 2009

Dr Frédéric DEZE
SAU – CHRU de Rennes
1^{er} novembre 2009

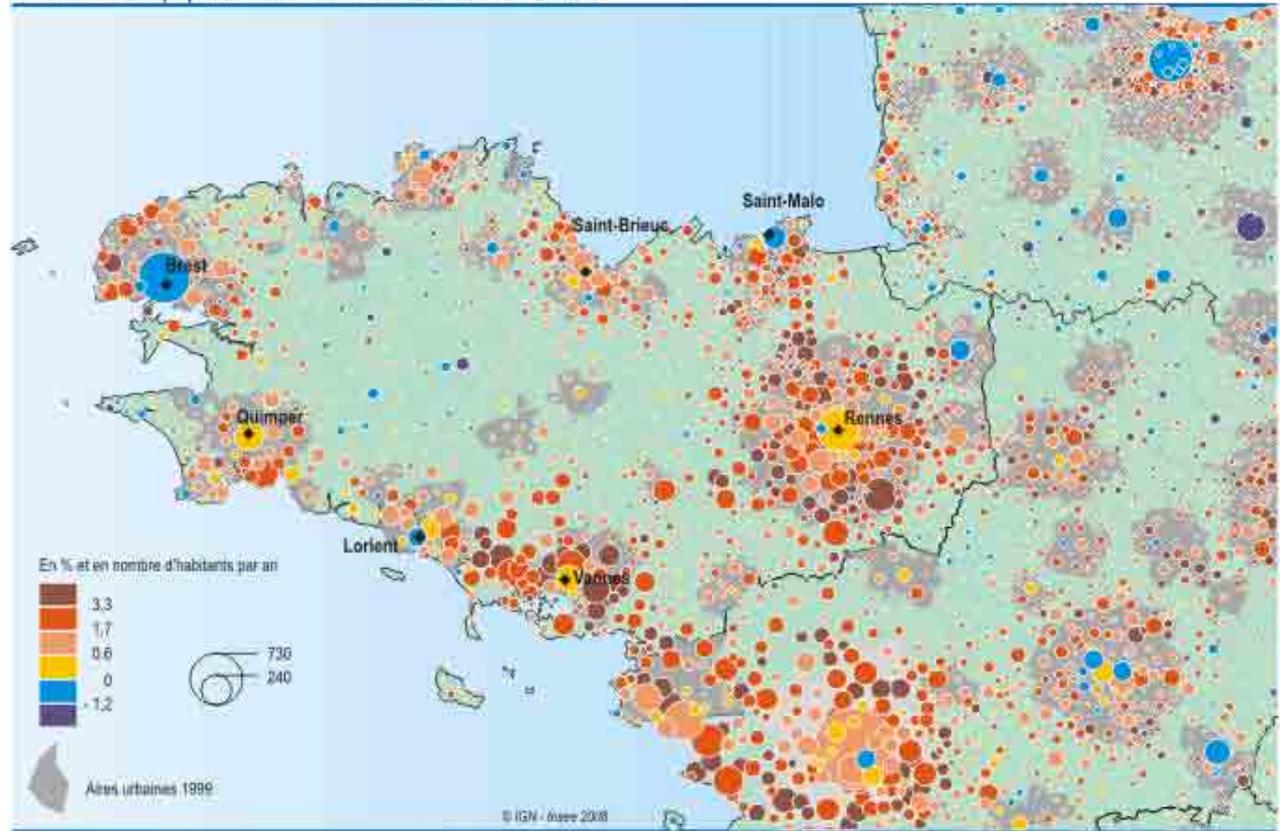
La région Bretagne compte 31 services habilités à recevoir des urgences dont 24 dépendant du service public et 7 établissements privés. Leur répartition correspond à la distribution de la population sur le territoire breton, qui est principalement rassemblée sur un axe Nantes – Rennes et sur l'ensemble de la bordure côtière. Le Centre Breton, dont la densité de population est moindre, ne comporte que 3 établissements.

Densité de population en 2006



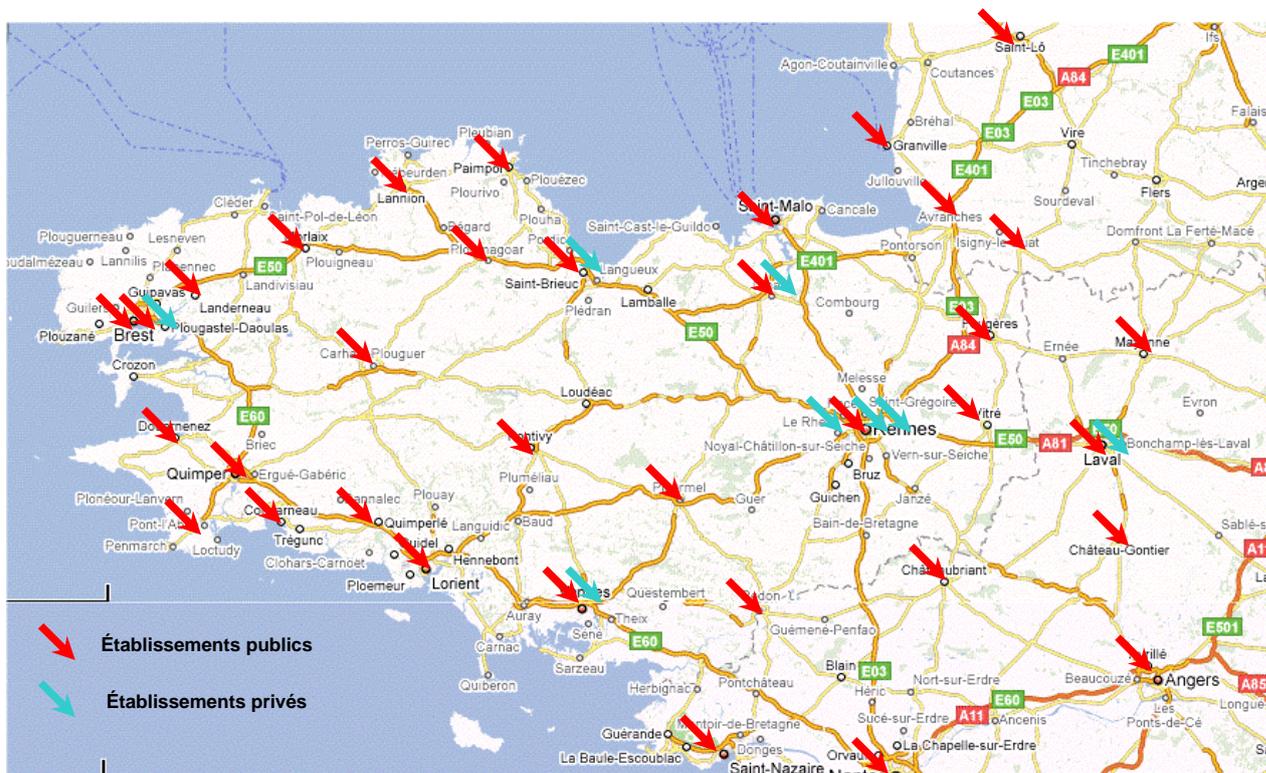
Source : Insee, recensement de la population

Évolution de la population des communes entre 1999 et 2006



Source : Insee, recensements de la population

Services d'Accueil Urgent susceptibles de prescrire un TPE



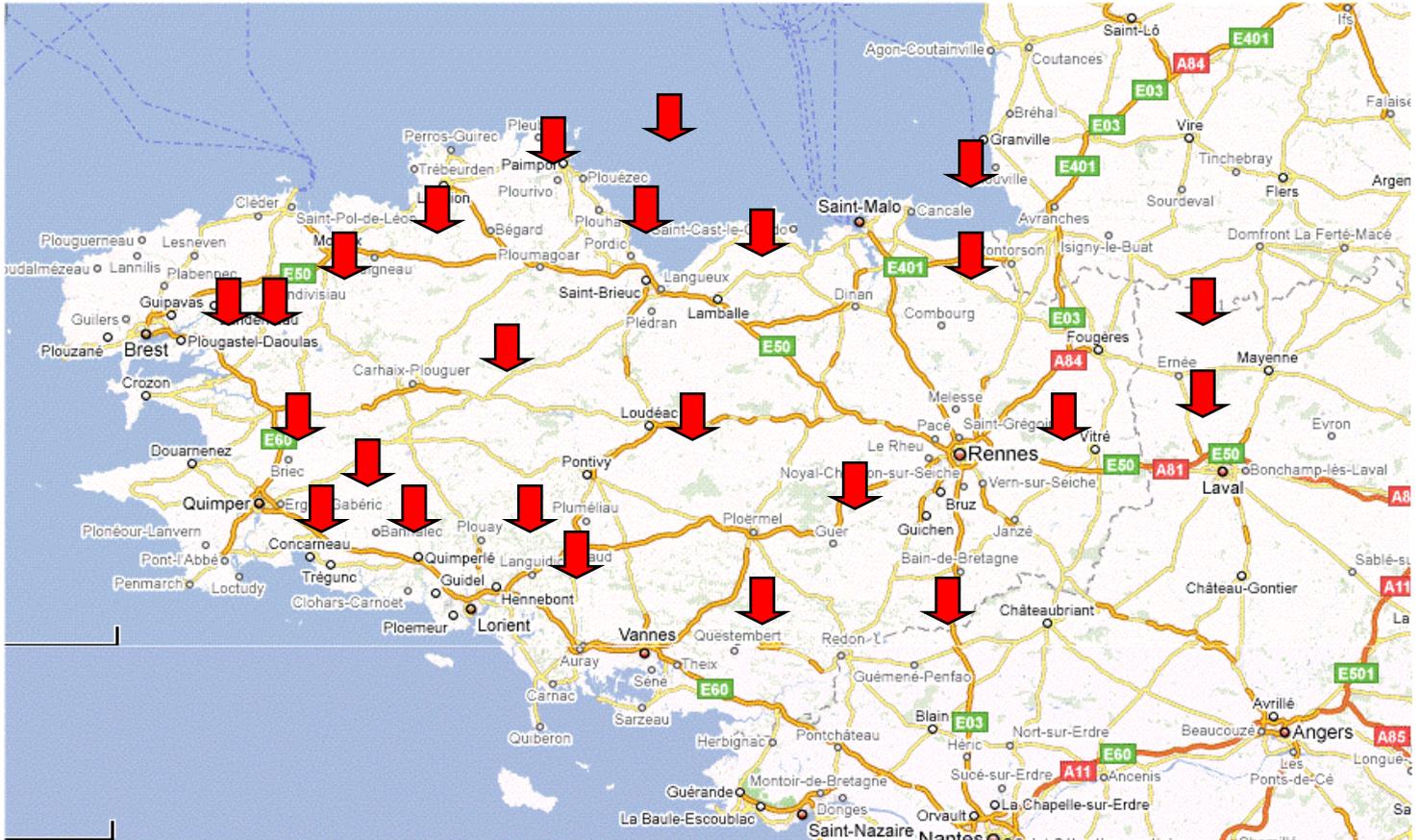
Les services d'urgence en Bretagne et le Grand Ouest

1) Accueil et disponibilité :

La totalité des sites d'accueil et de traitement des Urgences des hôpitaux publics de Bretagne se déclare disponible 24h / 24 pour l'évaluation et la prise en charge des accidents d'exposition à risque de transmission virale (AERV) (24 services / 24). Certains services – essentiellement en CHU – travaillent en collaboration étroite la journée avec les services d'Infectiologie de leur établissement.

Cette activité n'est pas prise en charge dans les établissements privés (aucune réponse sur les 7 établissements concernés).

On observe cependant quelques différences entre les établissements : si 100% des SU (Services d'Urgences) déclarent prendre en charge les AERV d'origine sanguine (piqûres par aiguille etc.), 92% déclarent prendre en charge les AERV d'origine sexuelle et **seulement 67% les AERV d'origine sexuelle dans le cadre de violences sexuelles**. Cette différences semble due aux différentes organisations internes d'accueil des victimes de violences sexuelle – dont le nombre est très variable selon les sites – mais cela a un impact sur la rapidité d'évaluation et la délivrance du TPE. Une évaluation spécifique serait nécessaire.



Cartes des services d'urgence bretons prenant en charge les TPE

2) Protocoles et référents :

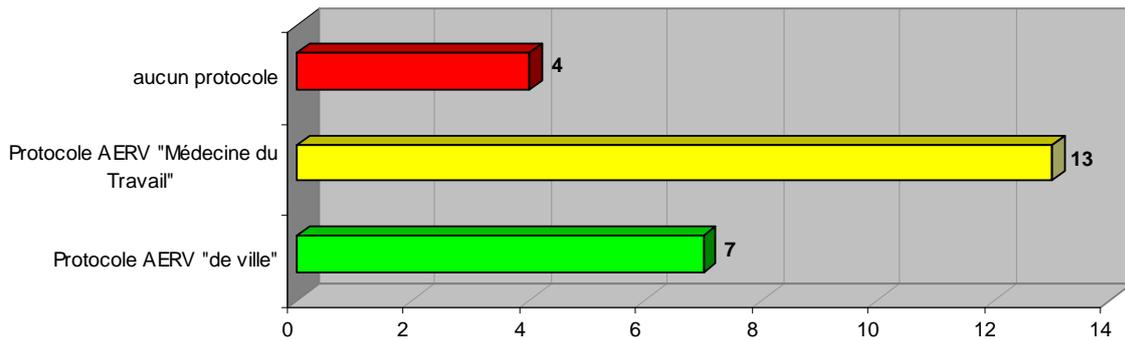
L'existence d'un protocole de prise en charge, basé sur des guidelines validés, permet une prise en charge optimale du patient. Son existence est le gage d'une réflexion préalable sur une pathologie donnée et une filière de soins, organisée à un échelon local.

Seuls 29% des services ont un protocole spécifique à la prise en charge des AERV « de ville ».

54% des SU utilisent les protocoles d'AES établis pour les personnels de santé par les CLIN et les services de Médecine du Travail. Cet usage est fait « par défaut », les indications au TPE sont alors à chaque fois décrites mais la filière de suivi est absente.

17% des SU n'ont aucun protocole de prise en charge.

Existence de protocole aux Urgences



Seuls **8% des SU** ont au sein de leur équipe un **médecin référent**. Son rôle ne consiste pas à accueillir spécifiquement les consultants mais plutôt à conseiller ses collègues et établir un suivi qualité des prises en charge, en encadrant une formation continue de l'équipe des urgences et en tissant des liens avec les services de spécialité poursuivant la prise en charge des patients.

L'absence de formation spécifique des urgentistes aux accidents d'exposition ressort clairement puisque **seulement 17%** des services déclarent en avoir organisée une. Cette méconnaissance du risque est souvent source d'inquiétudes et d'interrogations de la part des médecins qui font face à une demande jugées au mieux inhabituelle, et dont le caractère urgent ne leur est pas évident.

3) Sérologies :

Les sérologies du sujet source – si il est disponible – peuvent être obtenues dans les 2h pour 82% des services, en moins de 24h pour 96% des services.

La réalisation des sérologies initiales du patient (J0) est effectuée dans 87% des SU de Bretagne. Ses sérologies sont souvent sources de tracas pour les services d'urgence et plusieurs cas de figure se présentent :

- **les sérologies sont systématiquement faites (J0) – absence de filière interne de suivi :**

Exemple : CH Carhaix

- o les résultats sont alors gérés par les médecins prescripteurs aux urgences qui les transmettent soit directement aux patients soit aux médecins traitants.
 - o la transmission de ces résultats quand un suivi est organisé est souvent problématique (résultats non transmis ou perdus, problèmes de confidentialité).
 - o la réception d'un résultat négatif par le patient peut être alors source d'une fausse réassurance de celui-ci, qui souvent confond cette 1^{ière} sérologie avec la sérologie définitive.
- **Les sérologies J0 sont faites aux Urgences et une filière interne de suivi existe :**

Exemple : CH Quimper

- les résultats sont transmis directement par les laboratoires au service (en général Infectiologie) ce qui évite la perte des résultats
- cette transmission est parfois (souvent) aléatoire
- les patients sont en général inquiets de ces résultats
- le taux de retour des patients à la consultation précoce (J3) étant faible, les services accumulent des résultats non rendus au patient, dont la prise en charge n'aboutira pas.

- **Aucune sérologie prélevée en urgence :**

Exemple : CHU Brest et Rennes

- simplification de la prise aux Urgences en éliminant la phase « prise de sang »
- simplification de la gestion des résultats...
- pas de fausse réassurance des patients possible
- les sérologies seront toutes réalisées à la consultation J3, si le patient consulte...
- cela complique par contre la consultation J3 qui doit alors organiser les prélèvements
- absence des résultats de sérologie HBV retardant alors une éventuelle sérovaccination

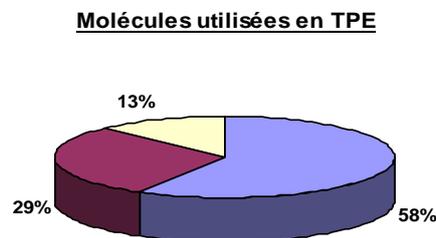
- **Solution mixte : prélèvement des patients ayant une indication à un traitement post exposition dans un établissement ayant une filière établie :**

Exemple : CH Vannes

- transmission des résultats directement au service assurant le suivi
- pas de gestion des résultats aux urgences
- pas de fausse réassurance des patients possible car le suivi est organisé
- résultats à disposition dès la consultation J3

4) Traitements anti rétroviraux Post Exposition :

Molécules utilisées :

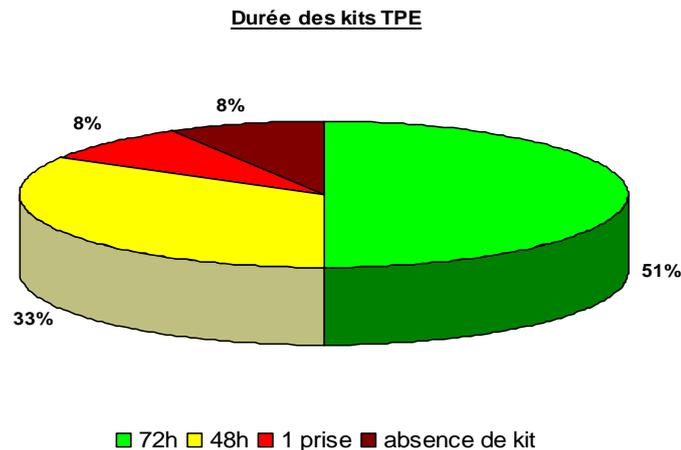


- lamivudine + zidovudine + lopinavir + ritonavir (Combivir / Kaletra)
- lopinavir + ritonavir + emtricitabine + ténofovir (Kalétra / Truvada)
- non précisé

Des kits de traitements sont disponibles 24h / 24 dans les services d'urgence dans 92% des cas. Seuls 2 établissements n'en ont pas d'immédiatement disponible. Les durées de ces kits sont par contre très variables.

Les recommandations nationales préconisent 3 à 4 jours de traitement, permettant au patient de passer le temps d'un week end et d'obtenir un rendez vous de suivi dans un centre de référence.

Actuellement en Bretagne la moitié des centres délivrent un traitement de 3 jours et un tiers un traitement de 2 jours. 16% des kits ne permettent pas une antiviroprophylaxie compte tenu de leur durée trop courte.



5) Filières de suivi :

La filière de suivi, organisant la prise en charge des patients consultant suite à un AERV, est pour les services d'urgence la principale difficulté. 71% des services ont une procédure organisée mais celle-ci est plus souvent théorique que pratique.

Seuls les grands établissements ont une filière interne organisée (Brest, Lorient, Rennes, Quimper, St Brieuc, Vannes).

Pour les autres hôpitaux, des protocoles entre services existent, comme par exemple entre le service des Maladies Infectieuses du CHU de Rennes et l'ensemble des hôpitaux périphériques de Haute Bretagne mais dont l'organisation pratique reste souvent difficile pour le patient et pour les urgentistes. Des protocoles communs sont utilisés dans les différents sites du Centre Hospitalier de Cornouaille associant les hôpitaux de Quimper, Concarneau, Douarnenez et probablement bientôt Pont l'Abbé.

Après leur consultation aux Urgences les patients sont orientés :

- dans une filière interne à l'établissement : 6 / 24 **soit 25%**
- vers un service référent VIH d'un autre établissement : 15 / 24 **soit 62,5%**
- soit vers un service référent VIH interne en cas de mise en route d'un TPE, ou vers une CDAG en absence de celui-ci : 2 / 24 soit 8%
- vers le médecin traitant : 1 / 24 soit 4%

Cette enquête permet de délimiter des **bassins de prise en charge** :

 Bassin drainé par centre de référence

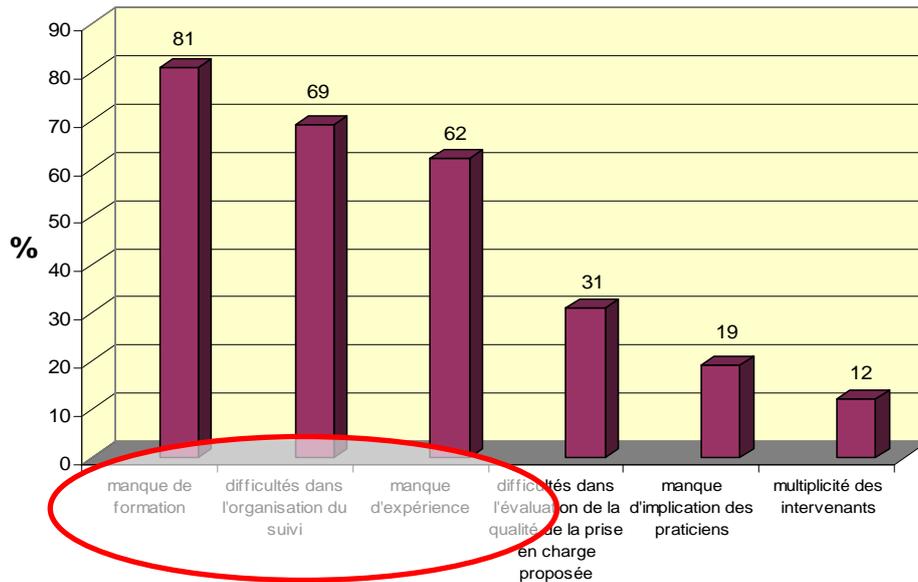
 Centre de référence VIH pouvant poursuivre un suivi TPE



6) Difficultés ressenties :

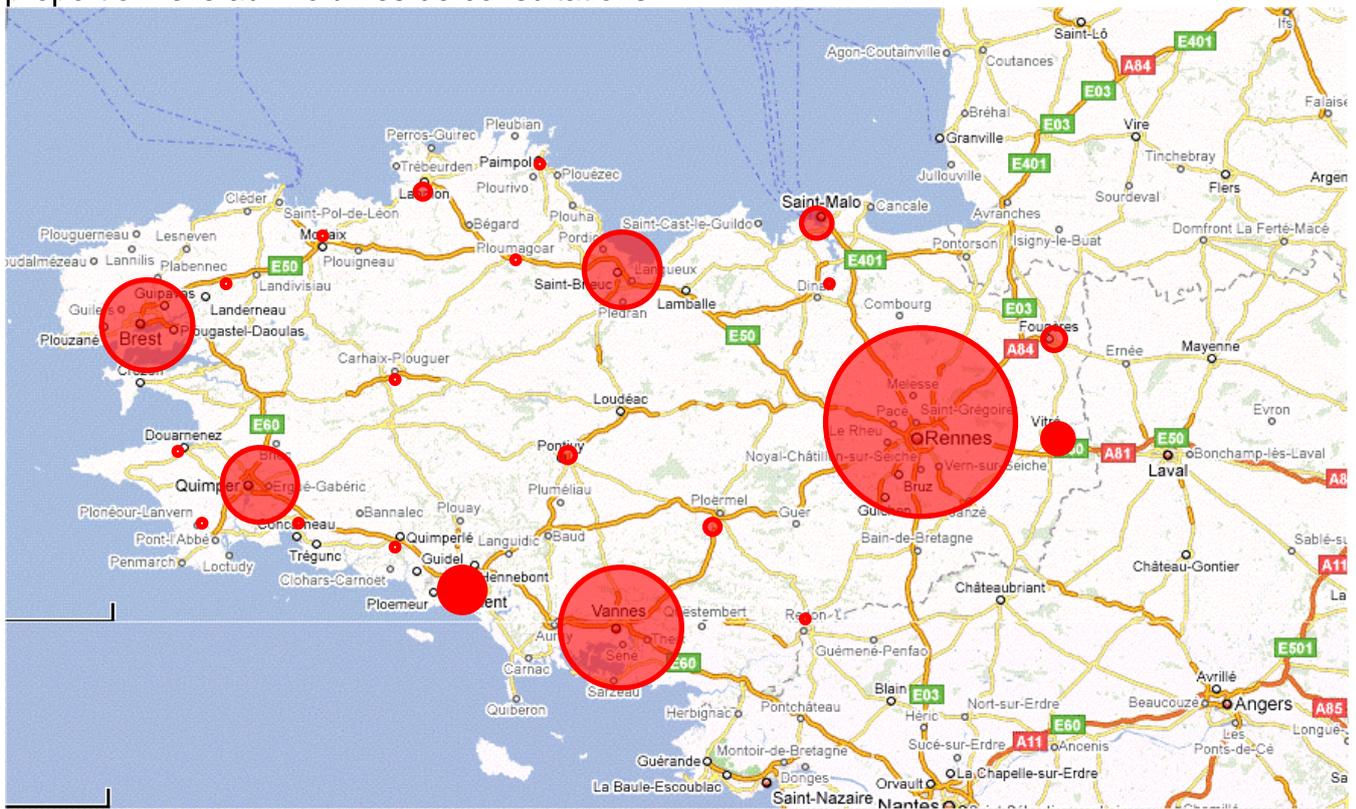
Le manque de formation et d'expérience ainsi que les difficultés d'organisation de la prise en charge et du suivi des patients sont retenus par les urgentistes comme les principales difficultés rencontrées.

Difficultés ressenties par les services d'urgence



7) Une région non homogène :

La demande en TPE n'est pas homogène en Bretagne. Rennes (150 consultations urgentes / an), Brest, Vannes, Quimper et St Brieuc sont les principaux centres assurant la délivrance de TPE « de ville ». Les autres centres ont une demande très faible voire inexistante. Sur la figure ci-dessus la taille des cercles est proportionnelle aux volumes de consultations.



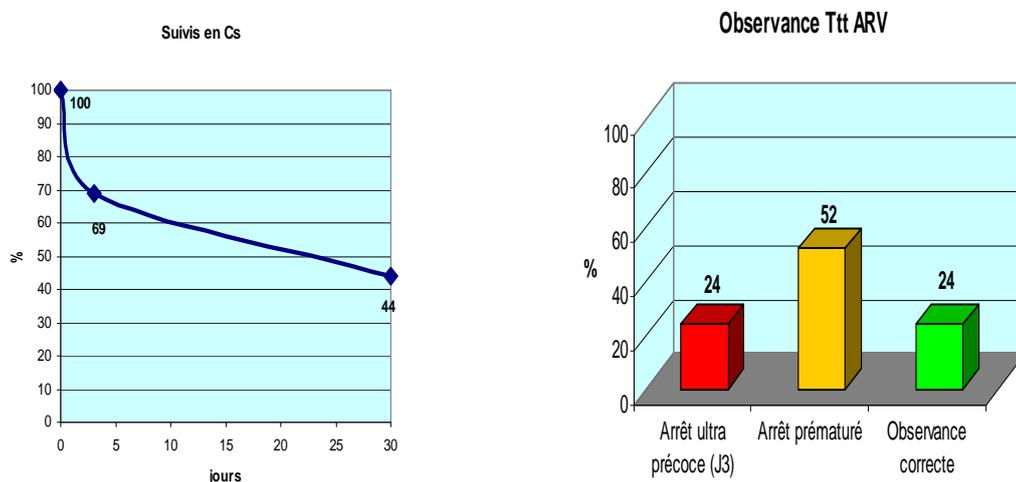
8) Un patient à suivre :

La filière de prise en charge des AERV doit répondre à plusieurs critères :

- Une **couverture sanitaire couvrant les besoins de la population**
- Une **évaluation initiale de qualité par des professionnels formés**
- Un **protocole de prise en charge validé en accord avec les recommandations actuelles**
- Une **filière de suivi par un centre de référence clairement établi, facilement mobilisable**. Elle ne doit cependant pas désorganiser des services qui fonctionnent en général en consultations programmées (la disponibilité 24h / 24 étant l'apanage des services d'urgence »)
- Pour un patient dont l'observance du suivi proposé est souvent médiocre !

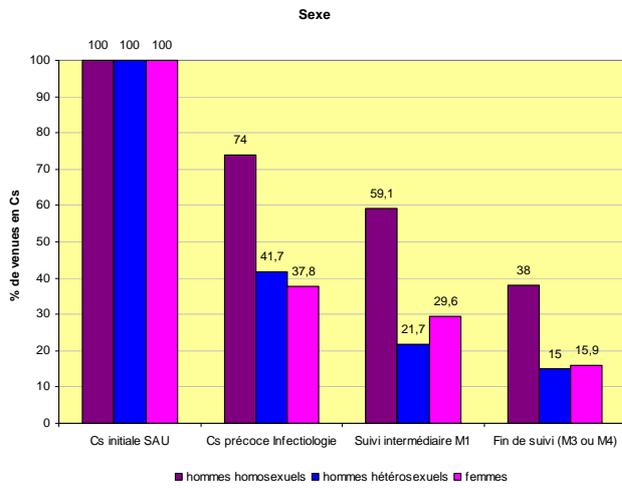
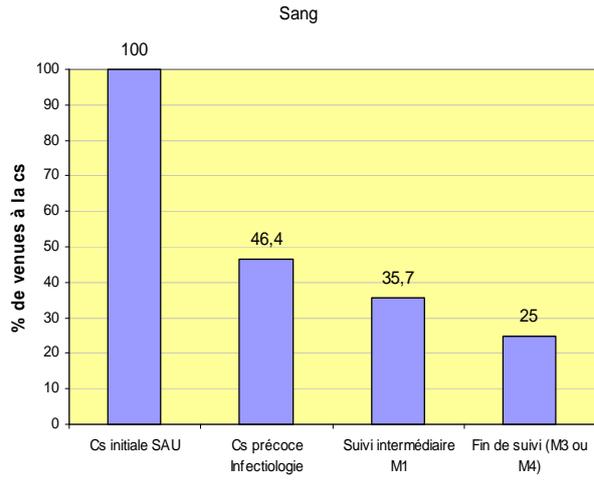
Plusieurs travaux montrent les difficultés de suivi des patients ayant consultés suite à un AERV, en dehors des accidents de travail.

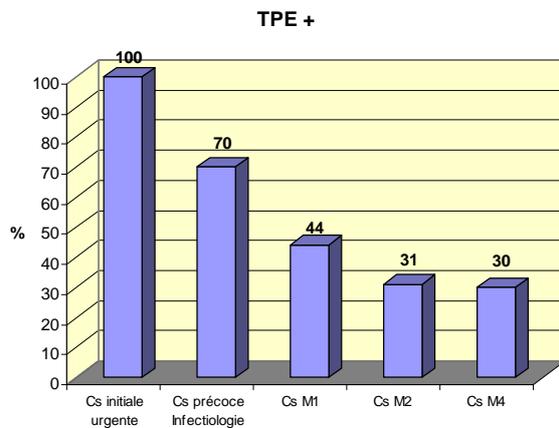
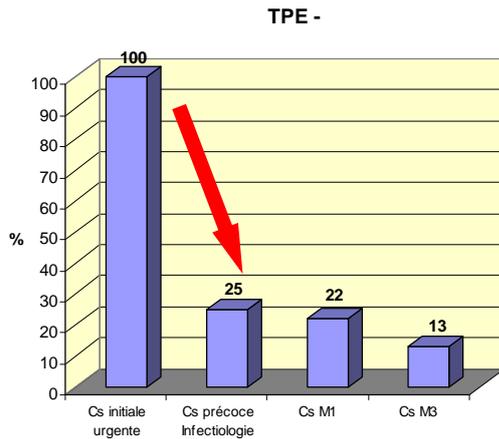
Exemple : Prophylaxie antirétrovirale après agression sexuelle : Expérience d'une UMJ
Annie SOUSSY, Odile LAUNAY, Michèle AUBERT, Michel CHOUSTERMAN, Jeanne CAUDRON –
UMJ InterCo Créteil - BEH électronique, 8 aout 2000



Exemple : un an de suivi des patients au CHU de Rennes

Observance du suivi proposé aux patients ayant consulté aux Urgences suite à un AERV, selon le type d'accident (contact sanguin ou voie sexuelle, et selon la prescription ou non d'un TPE) :





Les patients chez qui un TPE a été prescrit se présentent dans 70% des cas à la consultation précoce, les autres dans seulement 20%, la consultation aux Urgences ayant souvent eu une fonction de ré assurance.

Il paraît licite de prévoir 2 filières distinctes de prise en charge, en fonction de la prescription ou non d'un TPE :

- 1) TPE (+) : suivi spécialisé en centre de référence
- 2) TPE (-) : orientation vers un centre de dépistage ou le médecin traitant.

On pourrait considérer également que parmi les patients TPE (-) ceux relevant d'un accident du travail ou d'une agression sexuelle (36% des femmes consultant pour AERV aux Urgences de Rennes sont victimes d'une telle agression) relèvent d'un centre de référence.

9) Une organisation simplifiée pour le patient et le médecin :

L'utilisation de documents pré établis permettant l'information du patient sur sa prise en charge et son orientation vers un centre de référence, sur les traitements qui lui son prescrit et des conseils d'information / prévention sont particulièrement utiles et font gagner du temps lors de la consultation initiale.

Le système de prise de rendez-vous pour la consultation doit être simple à mettre en œuvre, tant pour le patient que pour le médecin receveur (appel simple du patient, plages de consultations réservées disponibles etc.).

La transmission de l'information entre l'urgentiste et le référent VIH doit également être la plus simple possible tout en restant efficace, sans perte d'information. Les systèmes de dossiers informatisés en réseaux sont idéaux pour cela mais ne sont utilisables que si le service des Urgences et le centre de référence appartiennent au même établissement. Le courrier circonstancier a encore de beaux jours.

En conclusion :

- La couverture du territoire breton par les services d'urgences semble en adéquation avec la répartition de la population et permet de pouvoir répondre aux consultations urgences liées à un AERV.
- L'AERV entre pleinement dans la mission des services d'urgences.
- Un protocole spécifique devrait être mis en place dans chaque service.
- La formation initiale des urgentistes à cette activité est insuffisante et doit être améliorée. Une formation continue est souhaitable.
- Un médecin référent urgentiste est utile afin d'animer l'équipe et évaluer la qualité des prises en charge.
- Des kits de traitement ARV de 3 jours doivent être immédiatement à disposition dans chaque service d'urgence. Il existe une vraie urgence thérapeutique.
- Les examens complémentaires sérologiques sont :
 - o indispensables et urgents pour les sérologies du sujet source si il est disponible
 - o à discuter en fonction de l'organisation locale pour le patient consultant.
- La filière de suivi vers un centre de référence doit être clairement établie et doit être facilement accessible tant pour le patient que pour l'urgentiste.
- Le centre de référence doit pouvoir se rendre disponible pour accueillir des consultations non programmées au moins 5 (voire 6) jours sur 7 tout au long de l'année.
- Les modalités de transmission de l'information doivent être simples et efficaces.

- Le patient doit repartir du service des urgences avec des documents d'information auxquels il pourra se référer ultérieurement.
- Le COREVIH de Bretagne doit aider les services à organiser la prise en charge des AERV afin d'améliorer la prise en charge globale sur son territoire. Une évaluation régulière des pratiques est nécessaire (EPP).

**ANNEXE 9 : Rapport d'activité Centre Hospitalier Universitaire
de Rennes**

Infection par le VIH

Rapport d'activité 2009

Centre Hospitalier Universitaire
de Rennes

Sommaire

A- La prise en charge des patients infectés par le VIH au CHU de Rennes : modalités d'organisation	5
A.1 Consultations spécialisées, hôpital de jour en Maladies Infectieuses.....	5
A.2 Unité d'hospitalisation conventionnelle des Maladies Infectieuses et de Médecine Tropicale.....	5
A.3 Consultation d'éducation thérapeutique	5
A.4 Consultations spécialisées – Suivi des accidents d'exposition au VIH et au VHC (professionnels et non professionnels).....	6
A.5 Le personnel du SMIRM participe à l'enseignement, à la coordination des soins, à la prévention.....	6
A.6 Autres services prenant en charge les patients infectés par le VIH.....	7
A.7 Services de biologie coopérant dans le cadre de la prise en charge du VIH - Sida.....	7
B- Prise en charge sociale dans le service de maladies infectieuses	8
B.1 Introduction.....	8
B.2 Analyse de l'activité « sociale » en 2009	8
B.2.1 Caractéristiques démographiques	8
B.2.2 Origine géographique	9
B.2.3 Type de logement	9
B.2.4 Situation socio-professionnelle	10
B.2.5 Bénéficiaire de prestations.....	10
B.3 Principaux modes d'interventions.....	11
B.4 Conclusions.....	13
C- Prise en charge psychologique	14
C.1 Jours de présence.....	14
C.2 Activités au sein du service	14
C.3 Objectifs pour l'année 2010.....	14
D- Activité en centre pénitentiaire et maison d'arrêt	15
D.1 Centre pénitentiaire	15
D.2 Maison d'Arrêt	15
D.2.1 Prévention.....	15
D.2.2 Suivis des patients.....	15
E- Activité d'éducation thérapeutique – Année 2009	16
E.1 Bilan d'activité	16
E.2 Temps infirmier consacré à l'éducation thérapeutique en 2009 : 110 heures.....	16
E.3 Les points positifs en 2009	16
E.4 Les problèmes rencontrés.....	16
E.5 Projection pour 2010	17
F- Collaboration avec les pays en voie de développement	18
F.1 Burundi.....	18
F.2 Liberia	18
G- Recherche clinique	19
G.1 Les acteurs de la recherche	19
G.2 Les études.....	19
G.3 Récapitulatif des essais cliniques et cohortes des unités de maladies infectieuses du SMIRM : activités liées au VIH	20
H- Rapport d'activité du Centre de dépistage anonyme et gratuit	21
H.1 Bilan d'activité de dépistage	21
H.1.1 Evolution de l'activité de dépistage	22
H.1.2 Evolution du nombre de passages au CDAG de 1998 à 2009.....	22
H.1.3 Baromètre – évolution de l'activité	23
H.1.4 Activités de la CIDAG (consultation et biologie) - Année 2009	24
H.1.5 Activités totales – bilan annuel 2009.....	24

H.1.6	Bilan épidémiologique annuel de l'activité des CDAG - Année 2009 (selon l'âge et le sexe)	26
H.1.7	Consultations d'accueil – Année 2009	27
H.1.8	Activité de dépistage.....	27
H.2	Bilan d'activité d'information et d'expertise.....	28
H.3	Principales actions pour améliorer le dispositif de dépistage de l'infection par le VIH, les hépatites et les IST en France.....	29
I-	Activité «Accidents Exposant au Sang et aux liquides biologiques» (AES).....	30
I.1	Relevé annuel des activités AES.....	30
I.2	Evolution de l'activité des AES – Consultations initiales et prophylaxie	31
I.3	Consultations et suivis après exposition aux virus transmissibles VIH, VHC et VHB (A.E.V.) - Année 2009	31
I.4	Bilans réalisés dans le cadre des consultations «A.E.V.» Année 2009.....	32
I.5	Traitements des A.E.V.	33
J-	Données d'activité concernant l'infection par le VIH : Données issues de la base de données DMI-2.....	34
K-	Les indicateurs	35
K.1	Indicateurs quantitatifs 2009.....	35
K.1.1	File active.....	35
K.1.2	Hospitalisations/Consultations 2009	35
K.1.3	AES en 2009.....	35
K.1.4	Notion de correspondants spécialisés identifiés	35
K.1.5	Indicateur de «volume».....	35
K.2	Indicateurs qualitatifs.....	35
L-	Les statistiques.....	36
L.1	Evolution de la file active	36
L.2	Démographie 2009.....	37
L.2.1	Répartition des données en fonction du genre	38
L.3	Patients en cours de traitement ARV.....	40
L.4	Patients mis sous traitement ARV au cours de la période.....	43
L.5	Patients sans traitement ARV.....	45
L.6	Activité hôpital	46
L.7	Patients nouvellement dépistés.....	48
L.8	Répartition des traitements ARV	53
L.9	Répartition des patients traités en fonction des CD4 et de la Charge Virale.	56
L.9	Répartition des patients traités en fonction des CD4 et de la Charge Virale.	57
L.10	Patients co-infectés VIH/Hépatites	59
L.11	Pathologies.....	60
L.12	Evolution du pourcentage de patients : <200 CD4/mm ³ et >30 000cp/ml, >500 CD4/mm ³ et charge virale indétectable.....	61
L.13	Cas pédiatriques	62
L.14	Procréation Médicalement Assistée	64
L.15	CECOS	65
L.16	Patients infectés par le VIH et décédés en 2009, toutes causes confondues	66
M-	CONCLUSIONS.....	67

A- La prise en charge des patients infectés par le VIH au CHU de Rennes : modalités d'organisation

La prise en charge est organisée autour de deux unités de consultation, une unité d'hôpital de jour et une unité d'hospitalisation conventionnelle. Ces unités sont regroupées au sein du service de maladies infectieuses et réanimation médicale, pôle « Médecines Spécialisées » (Chef de service et chef de pôle : Pr. Christian Michelet). L'ensemble de ces unités bénéficie du soutien d'une psychologue, d'une diététicienne et d'un assistant social. Des filières de consultations spécialisées (cardiologie, proctologie, gynécologie etc...) se sont par ailleurs développées sans être strictement formalisées.

A.1 Consultations spécialisées, hôpital de jour en Maladies Infectieuses

L'hôpital de jour est sous la responsabilité médicale du Dr Cédric Arvieux et paramédicale de Mme Elisabeth Bougeard. Les intervenants médicaux sont les mêmes qu'en consultation.

Les consultations et l'hôpital de jour sont ouverts tous les jours de la semaine (sauf le mercredi pour l'hôpital de jour), avec des plages horaires spécifiques en soirée et le week-end pour les patients ne pouvant se rendre aux consultations aux heures d'ouverture habituelles. Ces consultations et séances d'hôpital de jour sont assurées par :

Professeur C. MICHELET
Docteur C. ARVIEUX
Docteur J.-M. CHAPPLAIN
Docteur M. DUPONT
Docteur F. FILY
Docteur J.-Y. GUILLO
Docteur M. REVEST
Docteur F. SOUALA
Docteur P. TATTEVIN

Les consultations et l'hôpital de Jour fonctionnent avec quatre infirmières (Mesdames M-P. GELEBART, V. HUET, E. LABBAY et F. MORIN) et une aide-soignante (Madame I. MONNIER) qui sont parfois remplacées par un membre de l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation Claude Bernard

Les rendez-vous sont pris par les infirmières ou les secrétaires.

Madame E. BAZANTAY – psychologue
Monsieur P. GILOIS – assistant social
Madame E. MATHERON – diététicienne

A.2 Unité d'hospitalisation conventionnelle des Maladies Infectieuses et de Médecine Tropicale

Elle est sous la responsabilité du Pr. C. Michelet et comprend 22 lits dont un nombre variable est occupé par des malades infectés par le VIH. L'ensemble du personnel a reçu une formation sur la prise en charge de la douleur, directement applicable auprès des malades. Une infirmière assure les consultations d'éducation thérapeutique liée au VIH au lit du malade (Mme L. MARGOTIN).

A.3 Consultation d'éducation thérapeutique

Cette consultation est assurée une fois par semaine par les infirmières (Mesdames MORIN, LABBAY et MARGOTIN) dans les locaux de l'Hôpital de jour ou en hospitalisation, et sur rendez-vous (cf. bilan spécifique)

Le service de Maladies Infectieuses dispose également :

- ⇒ D'une Monitrice d'Etudes Cliniques ANRS (Docteur M. RATAJCZAK) à ½ temps
- ⇒ D'un poste temps plein de technicienne d'étude clinique fourni par le COREVIH (Mme DELMONT, jusqu'à son départ en retraite le 1^{er} octobre 2009, puis un poste et ½ (Mesdames G. COTTEN et J. ROHAN) à compter du 15 octobre 2009

A.4 Consultations spécialisées – Suivi des accidents d'exposition au VIH et au VHC (professionnels et non professionnels)

Le centre de dépistage anonyme et gratuit et sous la responsabilité médicale du Dr. F. SOUALA, en charge de l'organisation de la prise en charge des accidents d'exposition.

Du lundi 8 H 30 au vendredi 17 H 00 et le samedi de 9 H 00 à 12 H 00 les permanences téléphoniques et les consultations d'urgence sont réalisées dans le cadre du CDAG, lorsque celui-ci fonctionne, ou dans le cadre du Service par le Docteur F. SOUALA ou un autre médecin du Service selon les disponibilités.

De 17 H 00 à 8 H 30 les jours de semaine, les samedis, dimanches et jours fériés, les accidents d'exposition non professionnels sont pris en charge par le service des urgences du CHU de Rennes

Ces consultations d'AEV fonctionnent avec les quatre infirmières (Mesdames M-P. GELEBART, V. HUET, E. LABBAY et F. MORIN) en charge des consultations, de l'hôpital de jour et du CDAG. Il n'y a pas de secrétariat dédié.

Les rendez-vous et la facturation concernant les accidents d'exposition sont effectués par les secrétaires des unités de Maladies Infectieuses du SMIRM (Mesdames E. GADBOIS, C. GROUAZEL, A. HEARD, A. HUBERT).

A.5 Le personnel du SMIRM participe à l'enseignement, à la coordination des soins, à la prévention.

⇒ Médecins : Enseignement Universitaire, écoles paramédicales, Formations dans les associations d'aide aux malades, travailleurs sociaux, Enseignement Post-Universitaire, (interventions auprès des médecins, et des paramédicaux), enseignement et formation dans le cadre du Réseau Ville/Hôpital VIH 35, enseignement au DIU de prise en charge du VIH-SIDA de la région des grands lacs (Burundi/Rwanda/RDC).

⇒ Paramédicaux (unités de soins infirmiers, écoles d'aides-soignants, écoles de sages-femmes) et des travailleurs sociaux (formations et informations réalisées par l'ensemble des personnes travaillant dans la prise en charge du VIH).

A.6 Autres services prenant en charge les patients infectés par le VIH

Service de Pédiatrie (Chef de service : Professeur E. LE GALL)

- ⇒ Consultations et Hôpital de Jour Docteur V. GANDEMER
- ⇒ Hospitalisation Docteur C. DUPRE

Service des Maladies du Foie (Chef de Service : Professeur P. BRISSOT)

- ⇒ Consultations et prise en charge des patients co-infectés par le VHB et/ou le VHC :
Professeurs P. BRISSOT, D. GUYADER
Docteurs A. DANIELOU, A. GUILLYGOMARC'H
- ⇒ Consultations de transplantation hépatique
Docteurs M. MESSNER, C. CAMUS

Département de Cardiologie (Chef de Service : Professeur P. MABO)

- ⇒ Consultations d'évaluation du risque cardio-vasculaire, de prise en charge des dyslipidémies, du syndrome métabolique
- Docteurs F. PAILLARD, G. TAPIN, C. DOURMAP-COLAS

Département de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction

(Chef de Service : Professeur J.Y. GRALL)

- ⇒ Consultations de suivi des grossesses de patientes séropositives
- Professeur P. POULAIN
- Docteur M.C. LAURENT
- Docteur L. LASSEL
- ⇒ Prise en charge Procréation Assistée (cf. rapport spécifique)
- C. ARVIEUX M.C. LAURENT, D. LELANNOU, A. RUFFAULT, A. MAILLARD, E. BAZANTAY, S. BAGOT, G. JOUVE, R. APPERANO.

A.7 Services de biologie coopérant dans le cadre de la prise en charge du VIH - Sida

Rétrovirologie

Docteurs A. RUFFAULT, O. GUIST'HAU & A. MAILLARD

Virologie non VIH

Professeur R. COLIMON,
Docteur S. MINJOLLE

Laboratoire de Bactériologie

Professeur M. CORMIER,
Docteurs P-Y. DONNIO, O. GAILLOT

Laboratoire de Parasitologie

Professeur C. GUIGUEN,
Docteurs J-P.GANGNEUX, S. CHEVRIER, B. DELEIGH

Laboratoire d'Immunologie (Chef de service : Professeur G. SEMANA)

Typage Lymphocytaire et Immunité Fonctionnelle
Professeur N. GENETET, Pr K. TARTE, Dr D. MONNIER

Laboratoire de Pharmacologie Clinique (Chef de Service : Professeur E. BELLISSANT)

- ⇒ Dosages des anti-rétroviraux
- Docteurs D. BENTUE-FERRER et O. TRIBUT
- ⇒ Laboratoire de Pharmacovigilance
- Dr. E. POLARD

Pharmacie de Pontchaillou (Chef de Service : Monsieur L. JAVAUDIN)

- Essais thérapeutiques - Mme C. HAMON

B- Prise en charge sociale dans le service de maladies infectieuses

B.1 Introduction

La prise en charge sociale des patients hospitalisés et suivis par le service des maladies infectieuses du CHU Rennes Pontchaillou est assuré depuis août 2008 par Pascal GILOIS assistant de service social.

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

- Hospitalisation complète
- Hôpital de jour
- Consultations externes
- Centre de dépistage anonyme et gratuit

Concernant les patients en hospitalisation complète, l'assistant social intervient suite au staff hebdomadaire du service où les situations sont présentées, ou suite aux sollicitations des patients eux-mêmes (ou de leur famille) via l'équipe soignante du service ou encore sur sollicitation du bureau des entrées qui signale les situations où apparaît une problématique de protection sociale.

Concernant les situations rencontrées dans le cadre des consultations externes et de l'hôpital de jour, l'assistant social assure des permanences quotidiennes tous les matins (de 10h à 13h). L'assistant social est sollicité directement par les patients (prise de rendez vous auprès du secrétariat du service social ou du secrétariat médical du service) ou sur orientation des médecins qui suivent les patients. Les situations des patients nécessitant une intervention sociale sont également présentées lors d'un staff hebdomadaire.

Les interventions sociales et les accompagnements réalisés auprès des patients suivis en consultations externes ou dans le cadre de l'hôpital de jour représentent la plus grande charge de travail de l'activité de l'assistant social du service des maladies infectieuses. En 2009, sur les 420 prises en charges sociales réalisées, 304 l'ont été dans le cadre des consultations externes et des hôpitaux de jour (soit 72, 38 %). Ceci peut être expliqué par la chronicité des pathologies rencontrées qui impliquent un accompagnement social sur le long terme, notamment pour les patients VIH qui représentent environ 85 à 90 % de ces 304 prises en charge.

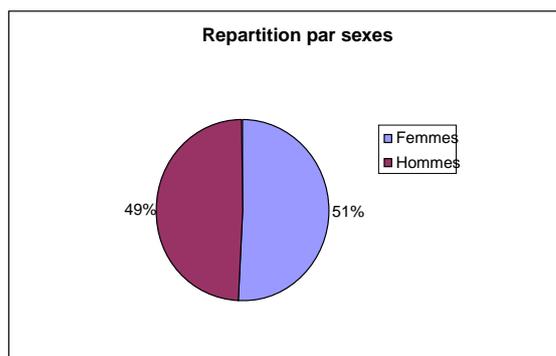
Il est à noter que l'analyse des données de l'activité 2009 est une étude de l'activité globale de l'assistant social du service des maladies infectieuses où la distinction patients VIH et patient non VIH n'est posée. Toutefois comme il l'est mentionné ci-dessus 85 à 90 % des prises en charges de patients infectés par le VIH.

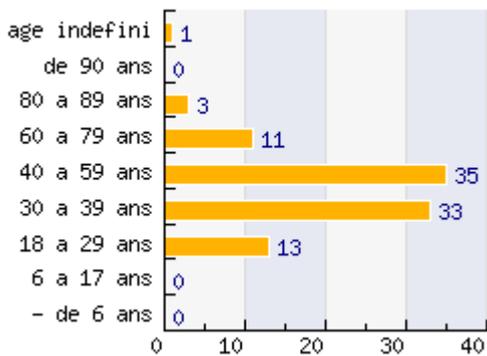
Dans le cadre des diagnostics de « découverte récente VIH » un entretien avec l'assistant social est systématiquement proposé au patient. Cet entretien permet par un premier contact d'informer la personne principalement sur l'accès aux soins et ouverture de droits. Cette démarche est le fruit d'une réflexion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

B.2 Analyse de l'activité « sociale » en 2009

B.2.1 Caractéristiques démographiques

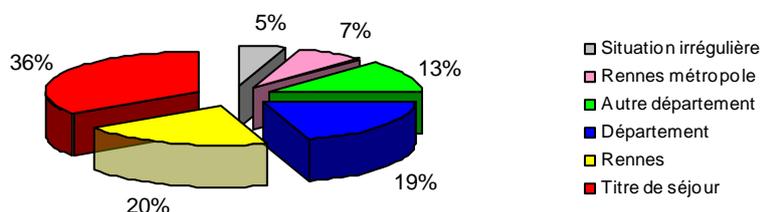
Répartition par âge et par sexe





La population rencontrée reste une population jeune et se situe principalement dans une tranche d'âge allant de 30 à 59 ans (soit 68% de la population rencontrée). La répartition par sexe est sensiblement identique 51% de Femmes et 49% d'Hommes

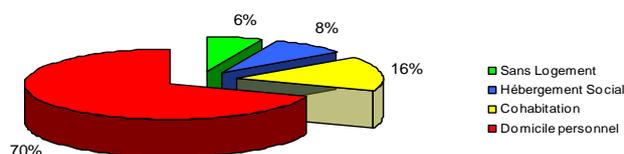
B.2.2 Origine géographique



Nous pouvons observer que 46 % des personnes suivies sont originaires du département d'Ille et Vilaine avec une prédominance urbaine (27% habitent sur Rennes et Rennes métropole).

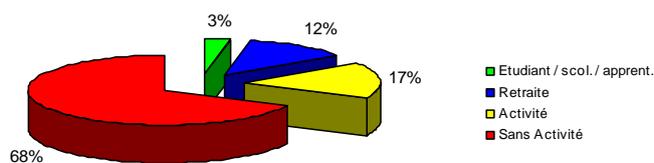
Il est important de noter que 41 % des personnes rencontrées sont des personnes d'origine étrangère en situation régulière (36%) ou irrégulière (5%). Cette spécificité du public nécessite une connaissance des dispositifs sociaux et d'accès aux droits en direction des personnes étrangères et également un travail de partenariat avec les intervenants extérieurs (réseau ville hôpital 35, Le Service d'Accueil et d'Orientation de la plate forme migrant, l'AFTAM, CDAS, préfecture).

B.2.3 Type de logement



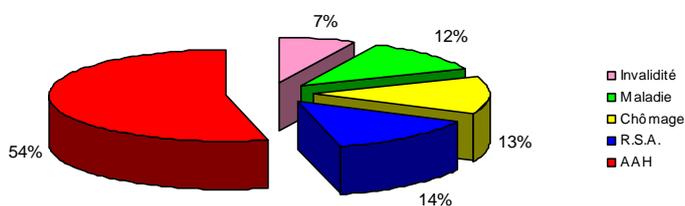
La question du logement et de l'hébergement reste une problématique importante pour 30% des personnes rencontrées qui sont soit en situation de cohabitation (16% d'entre eux) ou dans des situations plus précaires (8% en hébergement social et 6% sans logement). Ce point est important à noter et à recouper avec les principaux motifs d'intervention présentés ci dessous où nous verrons que dans 9% des prises en charges la question du logement est présente (accès à un logement et dispositif d'hébergement d'urgence)

B.2.4 Situation socio-professionnelle



La majorité des personnes rencontrées ne sont pas en situation d'activité professionnelle. Cela peut être expliqué par les pathologies dont souffrent les personnes suivies et qui peuvent avoir des répercussions importantes (de types fatigabilité, effet secondaires en lien avec des thérapies lourdes) sur l'accès ou le maintien dans l'emploi.

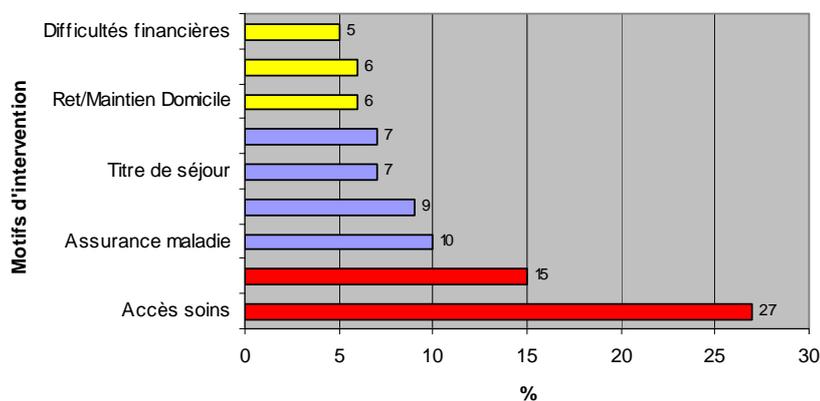
B.2.5 Bénéficiaire de prestations



La majorité des personnes rencontrées sans activité professionnelle et bénéficiaires de prestations sociales perçoivent l'Allocation Adulte Handicapé.

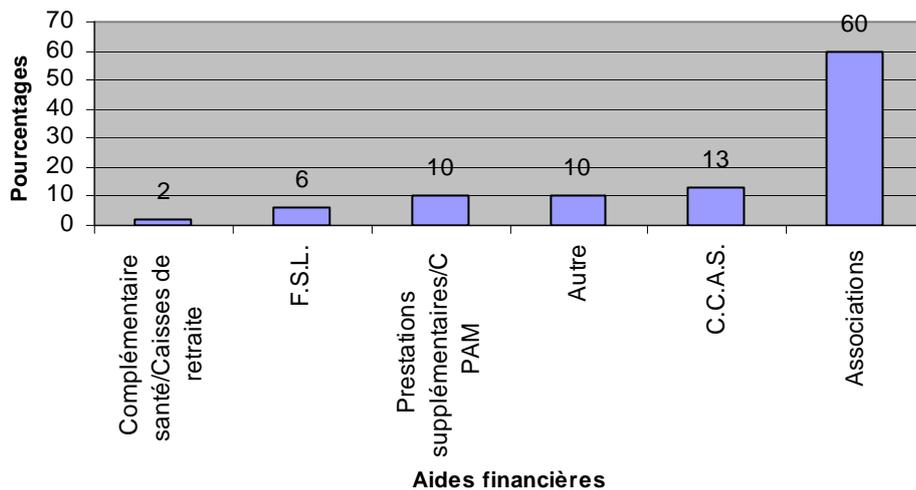
B.3 Principaux modes d'interventions

Motif d'intervention	Effectif	% des fiches	% des motifs
Accès soins	155	37	27
Aides financières	86	20	15
Assurance maladie	59	14	10
C.A.F	52	12	9
Titre de séjour	42	10	7
Logement	38	9	7
Ret/Maintien Domicile	36	9	6
MDPH / Pôle adultes	33	8	6
Difficultés financières	29	7	5
Total	577	137%	100%

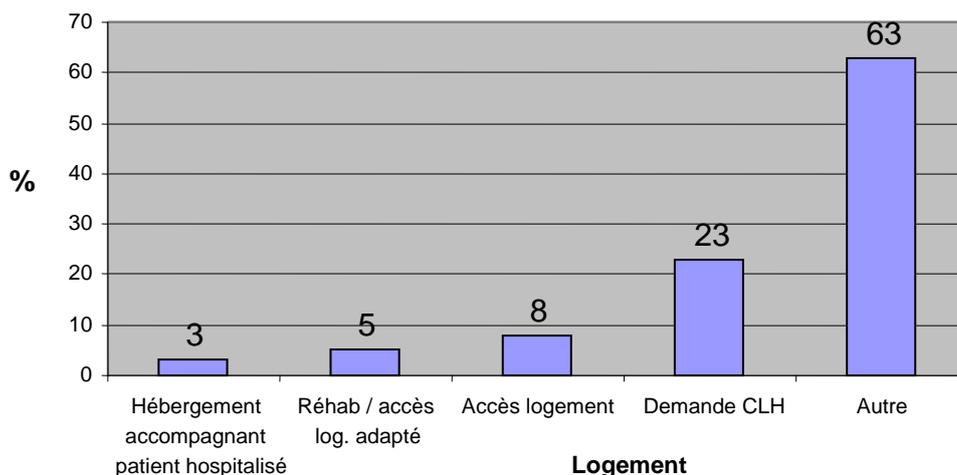


Sur l'activité 2009 nous pouvons dégager des axes principaux d'interventions à savoir :

- **l'Accès aux soins** : 37% des prises en charge. Concernant cet axe d'accès aux soins nous retrouvons les ouvertures de droits de sécurité sociale : AME, CMU + CMUC, Aide à la complémentaire santé (ACS) demandes de protocole de soins à 100%, déclaration médecin traitant...
Il est à noter que le dispositif ACS est souvent sollicité auprès de la CPAM, les bénéficiaires de l'AAH (cf. page précédente) dépassent les plafonds financiers pour pouvoir bénéficier de la CMU-C.
- **Les aides financières** : 20% des prises en charge. Cet axe est à mettre en lien avec l'item catégorie socio-professionnelle où nous avons pu observer que 68% des personnes rencontrées sont sans activité professionnelle et bénéficient de minima sociaux. Ces aides financières sont demandées auprès des partenaires extérieures : 60% vers le tissu associatif caritatif (secours catholique, secours populaire, restaurant du cœur, Aides 35), et 23 % vers les CDAS et CCAS.



- **Le logement** : même si cet item n'intervient qu'en sixième position des principaux motifs d'intervention (9% des principaux motifs d'intervention), la question du logement a une place centrale dans la prise en charge globale (médicale et sociale) des patients. Il est à noter que pour ces interventions, 31% relèvent d'un accès au logement et majoritairement via des relogements sociaux prioritaires au titre de la maladie. Une observance optimale des thérapeutiques proposées aux patients nécessite une stabilité de la vie sociale passant notamment par la question du logement ou d'un hébergement pérenne. Une difficulté rencontrée de plus en plus fréquemment concerne la prise en charge des patients migrants et plus particulièrement des migrants en situation irrégulière (5% des patients rencontrés) ou ne bénéficiant pas d'un titre de séjour leur donnant accès aux dispositifs du service habitat social. Sur le graphique ci-dessous où nous retrouvons un détail des interventions en lien avec le logement la rubrique « Autre » arrive en tête (63%) et représente pour plus des 3/4 des situations rencontrées des orientations vers le 115 (dispositif d'hébergement d'urgence) le quart restant correspond à des orientations en appartement de coordination thérapeutique (réseau ville hôpital)



B.4 Conclusions

En 2009 l'activité de l'assistant de service social intervenant auprès du service des maladies infectieuses du CHU Pontchaillou reprend d'un point de vue global les mêmes domaines d'intervention que les années précédentes.

La plus importante partie des prises en charge provient surtout des accompagnements sociaux et du travail réalisé auprès des patients rencontrés dans le cadre des consultations externes et des hôpitaux de jours (en lien avec les pathologies chroniques, notamment VIH).

Les demandes des patients recouvrent des domaines divers (accès aux soins, accès aux droits, logement, aides financières, aides aux démarches administratives...) et nécessitent un travail de collaboration et de réseau avec les partenaires extérieurs (CDAS, CCAS, CRAM, caisses d'assurance maladie, Réseau Ville Hôpital, AFTAM/Plate forme migrants, tissu associatif...).

C- Prise en charge psychologique

Elisabeth BAZANTAY : temps de travail : 50 %

C.1 Jours de présence

- lundi, mercredi 8h30 – 13h00
- mardi 13h30 – 17h30
- jeudi 13h00 – 17h30
- vendredi 8h30 – 10h30

C.2 Activités au sein du service

- Entretiens avec les patients hospitalisés ou leurs familles dans le service des maladies infectieuses, à l'hôpital de jour, en consultations et dans le cadre du CDAG.
- Participation au staff du service d'hospitalisation le jeudi et au staff de l'hôpital de jour le vendredi.
- Entretiens psychologiques avec des couples séropositifs demandant une PMA
- Participation aux réunions du CECOS pour le risque viral (Maladies Infectieuses, Maladies du foie).
- Nombre d'entretiens réalisés pendant l'année 2009 : 549

C.3 Objectifs pour l'année 2010

- Rencontrer de manière systématique, ce qui n'est pas le cas actuellement, les personnes pour lesquelles le diagnostic de VIH vient d'être annoncé
- Développer la prise en charge des adolescents séropositifs qui arrivent dans le service des adultes
- Assister plus régulièrement aux transmissions du service Claude Bernard.

D- Activité en centre pénitentiaire et maison d'arrêt

D.1 Centre pénitentiaire

En 2009, cinq patientes infectées par le VIH ont été suivies au centre pénitentiaire de Rennes. Une femme porteuse d'un déficit constitutionnel en CD4 est également prise en charge, hors VIH.

Parmi les cinq patientes, quatre ont été libérées dans le courant de l'année 2009. La première pour des raisons médicales, du fait d'une atteinte cérébelleuse n'ayant pas fait la preuve de son origine (atrophie cérébelleuse idiopathique) et induisant un état grabataire, alors que l'infection par le VIH paraît bien maîtrisée. La seconde et la troisième du fait de l'expiration de la peine. La quatrième a été transférée dans un autre établissement (était en maison d'arrêt et non en centre pénitentiaire, contrairement à la plupart des détenues de Rennes).

La sortie des trois premières patientes a pu être préparée et un suivi médical post incarcération organisé. Les médecins correspondants chargés du suivi ultérieur ont reçu l'intégralité du dossier avec les instructions de suivie. La sortie de la quatrième patiente n'a pu être préparée, mais son séjour à Rennes a été très bref (quelques semaines) et elle n'avait été vue en consultation qu'une seule fois. Néanmoins, le suivi de cette très jeune femme totalement désocialisée et dont la découverte de l'infection VIH s'est faite au moment de l'adoption en France à l'âge de 8 ans est considérablement entravé par les incarcérations multiples, à des endroits variés.

Le suivi des patientes se fait de façon trimestrielle. Les bilans sont réalisés par les infirmières des UCSA sur prescription du médecin spécialiste, faxé dans le service demandeur. Ainsi, au moment de la visite, l'intégralité des résultats est disponible. Les patientes n'ont pas rapporté en 2009 de difficultés d'approvisionnement pour leur traitement.

Au total, 19 consultations à l'UCSA du centre pénitentiaire de Rennes ont été réalisées (dont trois pour un déficit en CD4 non lié au VIH).

D.2 Maison d'Arrêt

D.2.1 Prévention

Le caractère temporaire et relativement bref des séjours en maison d'arrêt amène un renouvellement des prévenus important sur une année ; autour de 800 incarcérations pour 2009. Après une concertation entre le responsable médical de l'UCSA, le service de maladies infectieuses, le service des maladies du foie et le service de pneumologie, il a été décidé de proposer à chaque nouveau patient un dépistage et une information sur le VIH, les hépatites B et C et la tuberculose réalisé au cours de leur bilan de santé d'entrée obligatoire à l'UCSA.

D.2.2 Suivis des patients

En 2009, 7 patients ont été suivis à la maison d'arrêt de Rennes.

Quatre patients étaient déjà suivis antérieurement à l'incarcération : trois à la consultation du service de maladies infectieuses du CHU de Rennes et un dans le service d'Hématologie du Centre Hospitalier de Lorient.

Deux patients suivis à Rennes ont été libérés et ont pu réintégrer la consultation à leur sortie de la maison d'arrêt. Les deux autres patients sont toujours incarcérés et poursuivent leur suivi en prison. Il n'y a pas eu de rupture de traitement ni de suivi pour ces quatre patients.

Trois patients ont été découverts séropositif pour le VIH à l'occasion de leur bilan d'entrée. Un patient a été transféré dans une maison d'arrêt proche de son domicile familial en région parisienne. Le bilan initial clinique et biologique n'indiquait pas la mise sous traitement antirétroviral.

Deux patients ont été suivis avec un patient mis sous traitement antirétroviral qui a été libéré mais ne s'est pas présenté pour son suivi en maladies infectieuses. L'autre patient sans indication de traitement s'est présenté à sa sortie à la consultation au CHU.

L'organisation est proche du centre pénitentiaire, le médecin spécialiste se rend à l'UCSA afin d'examiner les patients, de prescrire les bilans et les traitements éventuels. Le résultat des bilans est ensuite faxé dans le service de maladies infectieuses.

Il y a eu une difficulté d'approvisionnement pour un patient sous Trizivir qui était substitué par du Viread et du Kivexa.

La difficulté d'anticiper les sorties tient au fait que le greffe du tribunal faxe à la maison d'arrêt un ordre de levée d'écrou (ce qui peut intervenir également le week-end), et oblige la maison d'arrêt à libérer le détenu dès réception de ce document.

Au total 6 demi-journées de consultation ont été réalisées pour l'année 2009 à l'UCSA de la maison d'arrêt pour un total de 22 consultations.

E- Activité d'éducation thérapeutique – Année 2009

Nombre de séances d'éducation thérapeutique (ETP) réalisées : 120

Nombre de patients concernés par ces séances d'ETP : 90

E.1 Bilan d'activité

60 patients ont bénéficié d'une seule séance d'ETP dans l'année, principalement au moment de l'annonce d'une séropositivité VIH ou lors de la mise sous antirétroviraux.

30 patients ont été vus au moins deux fois :

7 patients avaient été vus la première fois au cours de leur hospitalisation, ils ont été revus ensuite après leur retour à domicile pour un suivi éducatif. Celui-ci nous a permis de nous assurer que les objectifs éducatifs étaient atteints notamment en terme de prise de traitement et de prévention de la transmission du VIH.

3 patients ont été vus régulièrement pour la préparation hebdomadaire de leur traitement, car ces personnes n'étaient pas en mesure de le prendre en charge. La préparation des médicaments est un moment privilégié qui permet également de faire le point sur leur vie au quotidien. Ce temps d'ETP permet aussi d'évaluer leurs problèmes médico-socio-psychologiques avec l'objectif d'éviter la rupture de soins.

20 patients ont été vus en moyenne 3 fois en ETP. Ce sont des patients rencontrés avant de débiter un traitement : la première séance sert à expliquer l'importance de celui-ci, comment le prendre et à aborder les risques d'apparition d'effets secondaires. Pendant la première séance nous évoquons la place du traitement dans la vie du patient et nous le projetons dans des situations concrètes afin d'anticiper l'apparition d'éventuels obstacles à une prise journalière. Cette première séance permet d'évaluer la potentielle ou non adhésion au traitement. A l'issue de celle-ci, nous effectuons une synthèse orale et parfois écrite au médecin qui suit le patient. Le jour où sont initiés les antirétroviraux, nous revoyons le patient avec son traitement. Cette étape permet de réaborder ensemble les points importants. Au cours de cette séance, nous pouvons aussi lui proposer de préparer le traitement pour une semaine dans un pilulier. La troisième étape est une phase de suivi du traitement et de l'observance.

E.2 Temps infirmier consacré à l'éducation thérapeutique en 2009 : 110 heures

La durée moyenne des séances d'ETP est de 45 mn, elles ne s'effectuent jamais en moins de 30 mn et excèdent rarement 1h15. Nous avons remarqué que même si le patient est bien informé sur sa maladie et peu demandeur, le fait d'aborder la pathologie VIH de façon globale (informations biologiques, traitements, prévention de la transmission du VIH, hygiène de vie) nécessite un minimum de temps. A contrario, le patient peut être très demandeur, déprimé, il est alors nécessaire de lui donner plus de temps pour s'exprimer. Cependant, nous essayons de limiter la séance à une heure pour éviter une surcharge cognitive. S'il le souhaite, nous lui proposons un nouveau rendez vous afin de poursuivre le suivi éducatif.

Nous avons remarqué que le temps du bilan sanguin constitue souvent un moment privilégié d'échange avec les patients suivis en ETP. C'est un moment qui permet de reprendre certains points évoqués en ETP.

Cet entretien informel n'est pas pris en compte dans le temps dédié à l'ETP (ce qui pourrait expliquer que seulement 30 patients aient été vus plusieurs fois).

E.3 Les points positifs en 2009

Création d'un fichier «ETP» permettant de tracer les séances réalisées mensuellement. Ceci nous a permis de quantifier de façon précise notre activité de l'année. Par contre, ces données restent uniquement quantitatives.

La mise en place d'un temps dédié le vendredi à l'hôpital de jour nous a permis de faciliter la programmation des séances, de libérer une IDE uniquement sur cette activité : 4 créneaux horaires

E.4 Les problèmes rencontrés

Le manque de temps reste le problème majeur, il est souvent difficile de se dégager des autres activités du service pour réaliser les séances d'ETP. L'activité de consultation et hôpital de jour a beaucoup augmenté ainsi que le nombre de patients qui nécessiteraient d'être inscrits dans un programme d'ETP. Cette situation explique en partie pourquoi nous ne rédigeons pas systématiquement une synthèse écrite à l'issue des séances. De plus, le fichier Excel sur lequel nous les rédigeons n'est pas totalement adapté (espace de rédaction réduit).

En hospitalisation, les séances se font au détriment des autres patients ou sur du temps d'heures supplémentaires IDE

E.5 Projection pour 2010

Améliorer la traçabilité des séances : systématiser les synthèses écrites, avoir un espace dédié dans le logiciel Nadis qui sera installé prochainement.

Avoir un recueil de données formalisé, précis (nombre de séances par patient, objectifs des séances, temps soignants passé...) grâce au logiciel « Etp-chu » mis en place en janvier 2010 sur l'établissement.

F- Collaboration avec les pays en voie de développement

F.1 Burundi

Depuis 2005, les équipes des unités de maladies infectieuses se sont très fortement impliquées dans la coopération avec les pays en développement, essentiellement dans le cadre du partenariat « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER) au Burundi et au Liberia. En 2009, un nouveau partenariat s'est mis en place avec le Centre de Médecine communautaire de Buyenzi (CMC-Buyenzi) avec l'aide de la fondation GSK-France.

Le Budget prévisionnel ESTHER/CHU de Rennes pour la période juillet 2009-décembre 2010 est de 150 000.00 €. A compter du 1^{er} janvier 2011, les budgets ESTHER se caleront sur les années civiles pour une meilleure lisibilité. Le budget de la fondation GSK est de 88 276.00 €

Ces partenariats sont axés autour :

Du soutien de centres de prise en charge du VIH dans les structures hospitalières publiques du Burundi, notamment à l'hôpital Prince Régent Charles de Bujumbura et au Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi.

Du renforcement des capacités des équipes hospitalières du Burundi à travers l'accueil de stagiaires infirmiers et médecins au CHU de Rennes

Du transfert de compétence Sud-Nord, avec stages au Burundi des équipes infirmières du CHU de Rennes dans le cadre d'un programme de renforcement et d'évaluation de l'éducation thérapeutique dans les structures partenaires

De la formation des personnels médicaux, paramédicaux et associatifs impliqués dans la prise en charge du VIH au Burundi :

Co-organisation du diplôme inter-universitaire de prise en charge du VIH-Sida de la région des grands lacs en coopération avec l'université Paris Nord et l'université du Burundi.

Réalisation de formations autour de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Du renforcement des capacités de biologie avec la réalisation des tests de résistance des patients burundais au CHU de Rennes, ainsi que des charges virales de l'hépatites C, tout en mettant en place un compagnonnage qui permettra à court terme la réalisation de ces examens sur place au Burundi.

Les Comptes-rendus de missions sont disponibles sur demande.

F.2 Liberia

Concernant le Liberia, une convention inter hospitalière a été signée fin 2009 entre le CHU de Rennes et l'hôpital de référence pour la lutte contre le VIH à Monrovia : hôpital John Fitzgerald Kennedy (JFK).

L'année 2009 a essentiellement permis une visite d'évaluation des besoins de cet hôpital afin de finaliser le projet de coopération entre les hôpitaux.

Il s'agit d'un partenariat impliquant deux hôpitaux du Nord, outre le CHU de Rennes, le Centre Hospitalier de Tourcoing et plusieurs hôpitaux du Sud, outre JFK, le CHU de Treichville en Côte d'Ivoire et le CHU de Kumasi au Ghana.

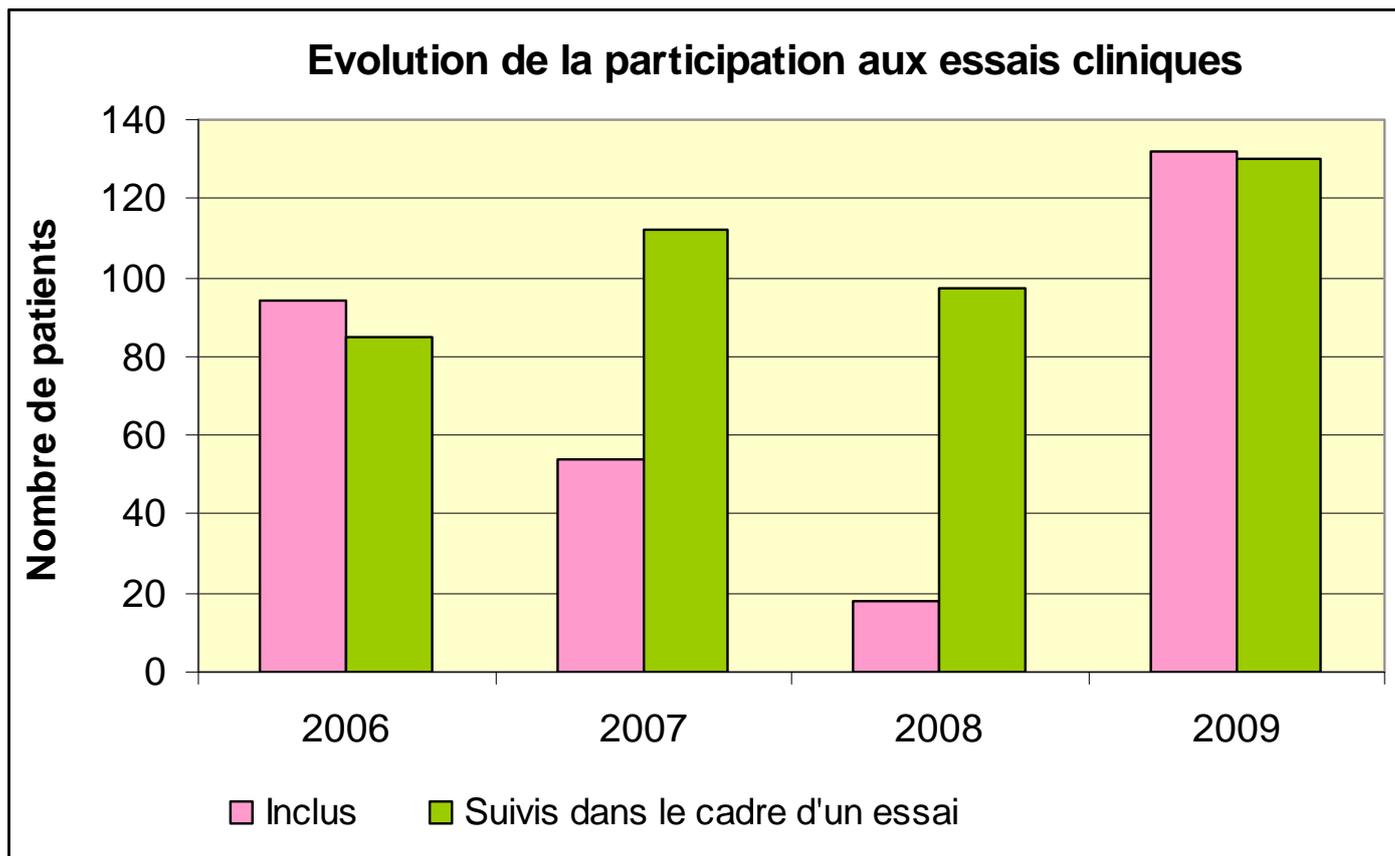
Les actions débiteront en 2010 et comprendront quatre axes principaux : limiter le nombre de perdus de vue parmi les patients initiant un suivi à JFK, renforcer la prise en charge des enfants infectés par le VIH, renforcer les capacités pour les diagnostics microbiologiques du laboratoire de JFK et assurer une aide technique à la collecte, validation et analyse des données de suivis des patients sur une base de données informatique.

Le budget global pour l'année 2010, destiné au CHU de Rennes, est de 12 000 €.

G- Recherche clinique

G.1 Les acteurs de la recherche

- ⇒ Pr C. MICHELET, Dr C. ARVIEUX, Dr F. SOUALA, Dr P. TATTEVIN, Dr J-M. CHAPPLAIN, Dr M. REVEST, Dr F. FILY, Dr H. LEROY et Dr T. GUIMARD (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, Mme G. COTTEN et Melle J. ROHAN (TECs), Mme M. RATAJCZAK-ENSELME (Coordinateur d'études cliniques ANRS à mi-temps),
- ⇒ Mme C. HAMON (pharmacien)
- ⇒ Mmes V. HUET, E. LABBAY, F. MORIN, M-P. GELEBART (infirmières)



G.2 Les études

Le service a participé en 2009 à **19 études cliniques ou cohortes** dans le cadre de la recherche contre Sida, dont 9 études et 7 cohortes ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida).

Deux nouvelles études cliniques et **4** nouvelles cohortes ANRS étaient ouvertes dans le service en 2009. En totale il y avait **132 inclusions** (protocoles publics et de laboratoires pharmaceutiques) et 130 patients étaient suivis dans le cadre d'un essai ou d'une cohorte courant l'année 2009.

G.3 Récapitulatif des essais cliniques et cohortes des unités de maladies infectieuses du SMIRM : activités liées au VIH

Récapitulatif des essais cliniques et cohortes du service

Nom de l'essai	promoteur	catégorie	Protocoles ouvertes en 2009	Nombre total des patients		Patients inclus en 2009	Patients suivis au 31/12/2009	Patients suivis courant 2009	Inclusion ouverte au 31/12/2009
				préinclus	inclus				
HIFLUVAC	ANRS	A, B	oui	14	14	14	14	14	non
APOLLO	ANRS	A	non	5	5	0	0	3	non
TRIO	ANRS	C	non	1	1	0	1	1	non
EMVIPEG	ANRS	B	non	2	2	1	0	1	oui
VIH-VO	ANRS	B	non	11	11	0	0	1	non
MONOI	ANRS	B	non	1	1	0	2	2	non
BKVIR	ANRS	A	non	1	1	0	0	1	non
B-BOOST	ANRS	D	non	5	5	3	0	5	oui
PRETHEVIC	ANRS	B	oui	2	2	2	0	2	oui
IGRAVIH	AP-HP	A	oui	35	35	35	35	35	oui
TMC114-C214	TIBOTEC	B	non	4	4	0	3	3	non
POEM	Pfizer	B	oui	1	1	1	1	1	oui
FORMVAC	ANRS	D	oui	70	70	70	0	0	oui
LYMPHOVIR	ANRS	D	oui	1	1	1	1	1	oui
VIH-controllers	ANRS	A	oui	4	4	4	4	4	oui
Cohorte COPILOTE	ANRS	D	non		27	0	0	27	non
Cohorte VIH-2	ANRS	D	non	4	4	0	3	4	oui
Cohorte PRIMO	ANRS	A	non	24	24	1	25	25	oui
Observatoire Opportunités	ANRS	D	oui	1	0	0	0	0	oui
TOTAL 19			6 ANRS	186	212	132	89	130	

Catégories

A : patients naïfs du traitement

B : ayant déjà été traité

C : déjà lourdement traité

D : Autres

H- Rapport d'activité du Centre de dépistage anonyme et gratuit

Le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, implanté au CHU Pontchaillou dans le service de Maladies Infectieuses, utilise les locaux de la structure dénommée « hôpital de jour » et est fonctionnel depuis 1988 à hauteur de 4 vacations hebdomadaires de 3 heures dont 2 vacations : le lundi (15 h-18 h) et samedi (9 h-12 h) sans rendez-vous : mardi/jeudi (16 h-19 h) sur rendez-vous.

Il est sous la coordination du Docteur SOUALA, avec deux médecins du service et un médecin hospitalier du service des Urgences Médico-Chirurgicales. Les infirmières qui officient appartiennent au pool des infirmières du service des Maladies Infectieuses.

La démarche de fréquentation de ce centre par le public est individuelle et volontaire : l'objectif initial tracé depuis 1988 par la DGS était de pallier à la barrière liée au coût et/ou au risque de non confidentialité. Par la suite, le dispositif gratuit a été étendu depuis 1992 aux CDDIST (ex. DAV), ainsi qu'aux centres de planification et d'éducation familiale, mais pour ces derniers, le dépistage est gratuit mais non anonyme.

Cinq objectifs prioritaires ont alors été définis :

- Effectuer un diagnostic précoce
- Diffuser les informations au public
- Faciliter l'accès au dépistage
- Renforcer la prévention des consultants
- Renforcer le lien entre prévention et les prises en charge des patients

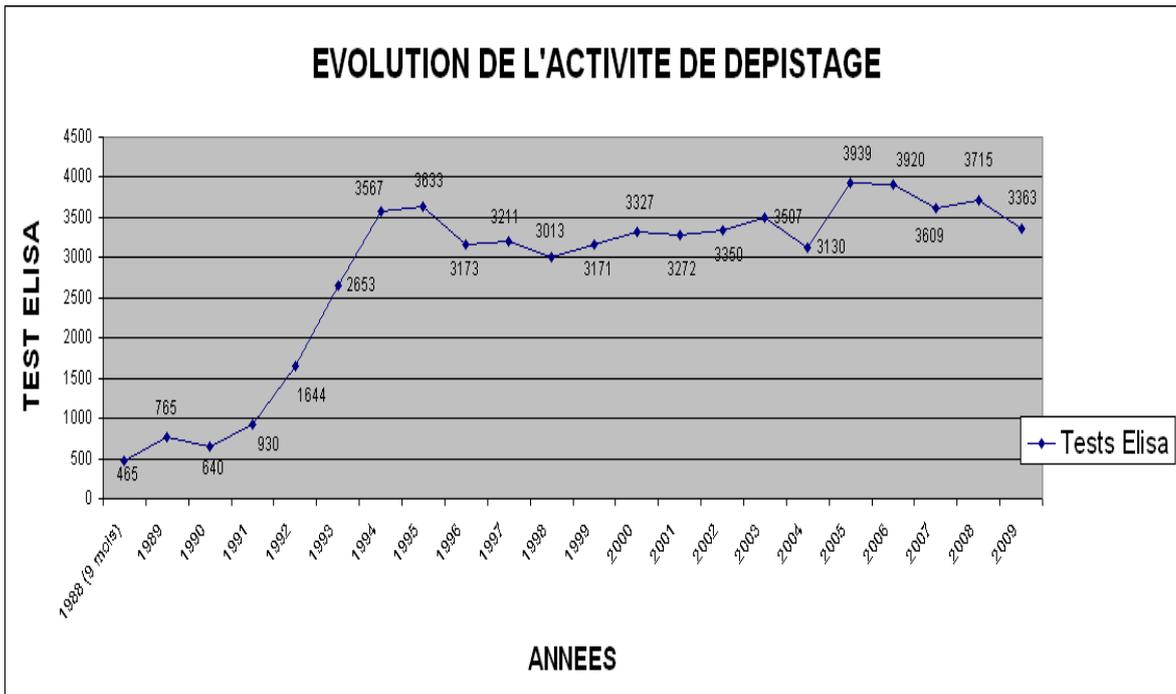
Ces actions doivent être menées selon des règles de bonnes pratiques.

H.1 Bilan d'activité de dépistage

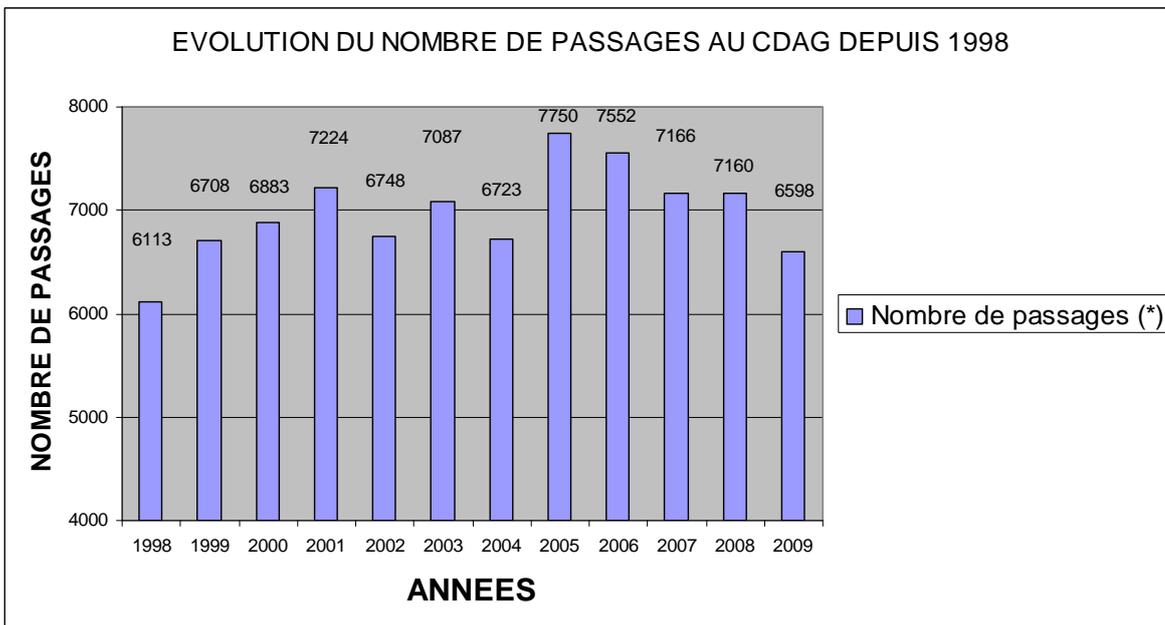
En 2009, le nombre de dépistages pour le VIH est de 3 363 contre 3 715 en 2008 (soit une baisse de 9.5 %). Le nombre de passages (consultations pré-tests et post-tests) est de 6 598, accusant un retrait de 7.8 %. Cette diminution de l'activité de dépistage est expliquée par la multiplication de l'activité information/formation dans les lycées et une activité de sensibilisation et information des relais naturels de lutte contre les IST, les hépatites et le VIH, et l'expertise apportée dans les réunions du PCPPS (rôle de coordination pour la prévention du SIDA) et du Centre Départemental « Vie Affective et Sexuelle » de la ville de Rennes pour :

- Fédérer et potentialiser les interventions de chacun (associations, Ville de Rennes, Planning Familial, RVH)
- Favoriser la promotion des relais locaux
- Associer les acteurs sociaux et sanitaires
- Préparer les dépistages « hors les murs »
- Préparer les activités de prévention (journée mondiale sur le VIH, hépatite et SIDACTION)

H.1.1 Evolution de l'activité de dépistage



H.1.2 Evolution du nombre de passages au CDAG de 1998 à 2009



Le pourcentage de positivité VIH est en augmentation (0.26 %) et égale les chiffres de 2002. Concernant les découvertes des hépatites C et B, l'incidence reste stable par rapport aux précédentes années avec 0.58 % pour le VHC et 0.97 % pour le VHB (3).

H.1.3 Baromètre – évolution de l'activité

ANNEE	Nombre de consultations	Tests Elisa VIH	Nombre de passages	Nbre de tests positifs		
				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 %) 12 faux positifs	4 (1,13 %)	1 (0,37 %)
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 %)
2009	3507	3363	6598	9 (0,26 %) 3 douteux	4 (0,58 %)	7 (0,97 %)

Pour les IST et la syphilis, le taux de séro-découvertes est de 0.5 %, stable depuis quelques années. La recherche d'infections à *Chlamydiae trachomatis* a pu mettre en évidence un taux de positivité par la technique PCR urines *Chlamydiae* de 5.88 % (moyenne nationale entre 10 et 12 %).

Le pourcentage de personnes (parmi les consultants) n'ayant pas été dépistées est de 144 personnes. Ce non dépistage est surtout lié à la date de consultation qui ne correspond pas à la durée de 42 jours imposée pour la fiabilité du test Elisa de 4^{ème} génération ou à l'absence de risque avéré.

H.1.4 Activités de la CIDAG (consultation et biologie) - Année 2009

⇒ Consultations de prévention : 3 507

⇒ Nombre de passages : 6 598

- Consultation pré-test : 3 507

- Consultation post-test : 3 091

⇒ Bilans réalisés dans le cadre de la consultation de prévention

ELISA	3363
WESTERN BLOT	15
Ag p24	32
SEROLOGIES VHC	687
SEROLOGIES VHB	716
- Ag HBs	640
- Ac anti-HBs	419
- Ac anti-HBc	274
SEROLOGIES SYPHILIS	196
PRELEVEMENTS LOCAUX ET/OU PRELEVEMENTS URINES (PCR)	
- Mycoplasmes urines	02
- Chlamydiae urines	68
- Gonocoque	03
SEROLOGIES CMV, VZV, TOXO	00
NPL	03
NFS	06
CV	05
BH	02
IONO SANG	05
ECBU	03 dont 1+
BHCG	01
ADN VHB	01
PCR ARN VHC	01

H.1.5 Activités totales – bilan annuel 2009

(Tableau page suivante)

ACCUEIL

Nbre total de demandes, quel que soit
La nature ou le motif, sans compter les retours
pour remise de résultats ou pour test de confirmation
ou de contrôle

4807

Nbre de demandes qui n'ont donné lieu à aucun test

105

Conseils téléphoniques

38

Renseignements téléphoniques

861

Nbre de passages pour prise de RDV

439**PREVENTION**

Nombre de demandes qui ont bénéficié d'au
moins un entretien personnalisé de
prévention : (consultation de prévention
sans prescription de test, ou entretien sur
les pratiques, avant un test ou la remise des
résultats

3507**TESTS**

RECHERCHES VIH VHC
Indiquer le nbre de demandes qui
ont donné lieu à :

RESULTATS
En fonction de ce qui a été
prescrit, indiquer le nombre de demandes
positives confirmées, quel que soit le nombre
ou le type de tests réalisés pour le diagnostic :

Test VIH seul (pas de test VHC)

VIH +

2333 → 07

Test VHB et Test VIH

VHB +/VIH- VHB +/VIH +

476 → 05 00

Test VHC seul (pas de test VIH)

VHC +

00 → 00

Test VIH et VHC

VIH +/VHC + VIH+/VHC- VIH-/VHC+

365 → 00 00 03

VIH/VHC/VHB

VIH+/VHC+/VHB+ VIH+/VHB+

249 → 01 01

VIH1 +

POSITIFS
VIH 2

VIH douteux

09 00 03

ACTIVITE LABORATOIRE VIH

Nombre total de tests ELISA VIH :
(un test = recherche VIH1 et VIH2, 2 techniques)

3363

Nbre total de tests Western-Blc

12

Nbre total d'antigénémie P24

32**ACTIVITE LABORATOIRE VHC**

Nombre total

687

PCR VHC

01**ACTIVITE LABORATOIRE VHB**

Nbre total de recherche Ag HBs

640

Nbre total de recherche Ac anti-HBs

419

Nbre total de recherche Ac anti-HBc

274**ACTIVITE LABORATOIRE SYPHILIS**

Nombre total

196**PRELEVEMENTS URETRAUX**

PCR Chlamydiae urines

68

PCR Mycoplasmes urines

02

Recherche gonocoques

03**REMISE DES RESULTATS**

Nbre total de résultats remis

3091

Nbre total de résultats non remis

272

H.1.6 Bilan épidémiologique annuel de l'activité des CDAG - Année 2009 (selon l'âge et le sexe)



Activité
globale
2009

Nombre de personnes venues en consultation individuelle d'accueil pour information et/ou dépistage.....
dont nombre de personnes dépistées pour au moins un test (VIH et/ou hépatites).....
Nombre de personnes non venues chercher leurs résultats négatifs

3507	
3363	
271	positifs

1

VIH

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

	Moins de 20 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 +	
Hommes	299		1072	1	272	4	86		38		11		1778	5	1783
Femmes	439		931	2	124	2	56		20		6		1576	4	1580
TOTAL	738		2003	3	396	6	142		58		17		3354	9	3363

VHC

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

	Moins de 20 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 +	
Hommes	35		189		55	3	19	1	11		2		311	4	315
Femmes	83		234		35		12		7		1		372		372
TOTAL	118		423		90	3	31	1	18		3		683	4	687

VHB

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

	Moins de 20 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 +	
Hommes	60		206	3	78	3	33		13	1	5		395	7	402
Femmes	62		191		37		15		8		1		314		314
TOTAL	122		397	3	115	3	48		21	1	6		709	7	716

H.1.7 Consultations d'accueil – Année 2009

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).....

3507

⇒ dont nombre de personnes dépistées pour au moins un test (VIH, hépatites, IST).....

3363

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

3091

H.1.8 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

3363

⇒ dont nombre de personnes confirmées positives pour le VIH (par Blot ou autre technique de confirmation).....

09

⇒ dont nombre de personnes nouvellement diagnostiquées (à l'interrogatoire, pas de notion d'une sérologie VIH antérieure positive).....

09

⇒ dont nombre de personnes nouvellement infectées..... (profil de séroconversion sur le Blot, antigénémie p24 positive et ELISA positif ou discordant)

00

687

Nombre de personnes testées pour le VHC.....

⇒ dont nombre de personnes confirmées positives pour le VHC (Ac antiVHC +)...

04

Nombre de personnes testées pour le VHB (quels que soient les tests réalisés).....

716

⇒ dont nombre de personnes confirmées positives pour l'AghBs.....

07

Nombre de personnes testées pour la syphilis.....

196

⇒ dont nombre de personnes confirmées positives pour la syphilis.....

01

Nombre de personnes testées pour les autres IST

PRELEVEMENTS LOCAUX		SEROLOGIES	
Chlamydiae PCR urines Chlamydiae	68 Dont 4 +	Chlamydiae	01
HSV1-2 PCR urines mycoplasmes	00 02	Mycoplasmes	00
Gonocoques	03		

H.2 Bilan d'activité d'information et d'expertise

⇒ En 2009, les actions mises en place ont concerné la ville de Rennes avec :

- Le 29 mars 2009 : le SIDACTION à Rennes, a permis d'accueillir pas moins de 192 personnes pour une information personnalisée sur le VIH, les hépatites et les IST durant cette journée d'action qui s'est étalée de 10 h à 19 h.
- Le 30 novembre 2009 : un ciné-rencontre en partenariat avec le ciné TNB, autour du thème « quel avenir pour les enfants africains face au VIH ».
- Le 1^{er} décembre 2009 : un espace de prévention et information a été animé par l'équipe du CDAG en partenariat avec différentes associations et s'est étalé sur toute la journée de 10 h à 18 h, accueillant plus de 300 personnes.

⇒ **A St Malo**

- Le 1^{er} décembre 2009 :
En direction des lycéens mise en place d'un ciné-débat, avec la diffusion d'un film documentaire intitulé « SIDA parole de jeunes ». Deux cents élèves ont assisté à ces séances.

En direction du grand public, diffusion du film « Clara et moi » avec débat animé par un médecin du service des Maladies Infectieuses. Cinquante personnes ont assisté à cette soirée.

⇒ **A Fougères**

- Le 29 avril 2009 : de 12 h à 18 h, mise en place d'un espace de prévention et d'information. Visibilité de l'espace pour permettre de mieux repérer l'action d'information et de dépistage qui se déroulent parallèlement sous un autre chapiteau.
Les activités déportées (hors les murs) au nombre de trois (deux à Rennes et une à Fougères) ont nécessité un temps effectif de 56 heures pour la conception et la réalisation.

⇒ **Différentes sorties ont été réalisées au sein des lycées (St Malo et Cesson Sévigné) et ont nécessité 44 heures de préparation et de dispensation de l'information réparties sur le 1^{er} semestre de l'année 2009.**

⇒ **Enfin, les réunions d'expertise ont été consommatrice de temps puisque 24 heures ont été totalisées pour la mise en place de ces actions et la coordination des réunions avec le PCPPS et le Comité Départemental de la Ville de Rennes « Vie Affective et Sexuelle ».**

Le fonctionnement total du CDAG pour toutes ces activités diversifiées a nécessité de la part de l'équipe paramédicale, 849 heures, soit 375 heures de plus que les 30 % ETP budgétés.

Concernant l'équipe médicale, la même problématique « chronophage » des activités diversifiées rend aléatoire toute innovation souhaitée dans le cadre des missions pour atteindre les objectifs fixés par les cahiers des charges du CDAG, en l'absence d'amélioration des moyens humains.

Cette tendance à l'augmentation de l'activité se confirme pour l'année 2010. 176 vacations de dépistages seront réalisées avec 4 sorties hors les murs prévues pour :

- Le SIDACTION : le 27 mars 2010, place du Parlement (tout public)
- Fougères : le 29 avril 2010, place de la Mairie
- Restaurant social « Le Perdit » (Fourneau) : courant octobre 2010 (population SDF et toxicomanes)
- Journée mondiale sur le SIDA : le 1^{er} décembre 2010, place de la Mairie, (tout public).

Les réunions devant préparer les actions seront au nombre de 3/action, soit 12 au total et chacune durant environ 2 heures.

La mission information/formation ne sera pas délaissée pour autant : 2 programmations sont prévues :

- Le 1^{er} avril 2010 : formation/information complète des acteurs sociaux et éducateurs et infirmiers du pays Fougères/Vitré (VIH, hépatites, IST)
- Courant du 2^{ème} trimestre 2010 : intervention sur le VIH/SIDA/hépatites et IST pour la Communauté EMMAUS de Hédé, en préparation d'une séance de dépistage pour cette Communauté qui se fera ultérieurement.

H.3 Principales actions pour améliorer le dispositif de dépistage de l'infection par le VIH, les hépatites et les IST en France

Partant du rapport du Conseil National du SIDA (séance plénière du 16 novembre 2006) et du rapport du 14 décembre 2009 de France LERT et Gilles PIALOUX : une approche de prévention dite de réduction des risques sexuels (RDRS) constitue la grande orientation du PNLS pour 2010-2013.

Les auteurs du présent rapport appellent RDRS l'ensemble des moyens qui agissent de façon suffisamment efficace sur les maillons des processus qui conduisent à des contaminations. Ces derniers engagent tant des aspects comportementaux que des déterminants sociaux, les mécanismes biologiques de l'infectiosité, de la vulnérabilité ou encore la nature des actes pour réduire le taux de transmission du VIH. La réduction engloberait donc tout à la fois, l'utilisation du préservatif, le traitement « prophylaxie post-exposition » (PEP), des interventions sociétales ou comportementales, la lutte contre les discriminations, la question de la charge virale communautaire ou le recours au dépistage.

Pour ce faire et pour être en adéquation avec cette nouvelle approche de prévention, une amélioration de la prise en charge du dépistage est attendue dans le milieu de la prostitution (population féminine mongole) à Rennes, en relation avec le RVH ainsi que sur la population des migrants.

⇒ Application de la circulaire DGS/MC2/2009/349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'activité du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2010-2012) ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un dépistage gratuit des hépatites et du VIH et le cas échéant d'une vaccination contre l'hépatite B (convention en vue avec l'Association AIDES)

⇒ Développement et mise en place du TDR (Test de Diagnostic Rapide) en cas de validation nationale pour améliorer l'accès des HSH au dépistage.

⇒ Favoriser le dépistage comme stratégie pour réduire la pandémie auprès de la population générale mais également à risques (club échangistes, bars et établissements spécifiques de fréquentation par les homosexuels, migrants, publics précaires et handicapés) par des visites hors les murs envers ces populations. Acquisition d'un «bus dépistage» et création d'une équipe mobile de prévention avec un statut.

⇒ Faire évoluer le dispositif du CDAG et CIDDIST par la fusion des deux activités sur une seule structure de prévention (projet de pôle). Intégration des acteurs de chaque structure sur cette fusion. Amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Expertise conjointe et relais d'accompagnement adéquat en cas de nécessité.

⇒ Rendre optimale la prise en charge des AES ; Référentiel pour les AES professionnels. Procédure particulière de prise en charge des AES en milieu de transplantation hépatique et rénale.

⇒ Participation à la recherche : essai ANRS FORMVAC : intervention de Santé Publique sur les conseils pour la vaccination contre le VHB et/ou la réalisation du conseil et vaccination (projet septembre 2010). Formation d'une infirmière au CRIPS (septembre 2010).

⇒ Elaboration d'un essai au CDAG sur la vaccination anti-HPV chez les homosexuels masculins (projet en réflexion).

Toute cette évolution attendue risque d'avoir un impact sur l'organisation du CDAG, rapprochement géographique sur une structure dédiée qui sera un lieu privilégié de prévention primaire des IST, VIH et hépatites.

La multiplication des missions et l'augmentation des consultations va entraîner une modification des amplitudes horaires et, par voie de conséquence, l'aménagement d'une équipe para-médicale, psychologique et sociale et d'un secrétariat.

La création d'une consultation de sexologie serait également d'un grand secours pour la prévention du risque sexuel en inter-agissant sur les troubles comportementaux dans le cadre d'une prise en charge globale de « santé sexuelle ».

I- Activité «Accidents Exposant au Sang et aux liquides biologiques» (AES)

L'activité préventive concernant la prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques est de mise depuis 1998. Un dispositif a été mis en place depuis cette date et a été sans cesse amélioré fonction des circulaires et fonction des recommandations des experts du rapport YENI.

La circulaire du 13 mars 2008 représente actuellement le texte de référence. La connaissance du dispositif, notamment par les patients infectés par le VIH, leurs partenaires et les professionnels de santé non hospitaliers, paraît insuffisante.

Concernant les accidents professionnels intra-CHU, le dispositif en place repose sur le service de Maladies Infectieuses, dont le médecin référent est le Docteur F. SOUALA. En jours ouvrables et heures ouvrables, la consultation a lieu dans le service à l'hôpital de jour (8 h à 17 h). Au-delà de 17 h et jours non ouvrables, c'est le service de Réanimation Médicale qui prend le relais jusqu'à 8 h le lendemain matin, avec nécessité de « reconsultation » du médecin référent dans les moins de 72 heures (durée de traitement post-exposition délivrée initialement).

Pour les accidents professionnels hors CHU, ils relèvent du service des Maladies Infectieuses en heures et jours ouvrables. Le service des Urgences Médico-Chirurgicales prend le relais pour les heures et jours non ouvrables. Il en est de même pour les accidents toxicomaniaques et sexuels. Le recours au médecin référent du service des Maladies Infectieuses intervient dans les moins de 72 heures, comme pour les accidents professionnels.

Il a été recensé une activité de consultation concernant les accidents exposant à hauteur de 310 consultations en 2009 contre 314 en 2008, soit une activité stable depuis 2004.

ANNEES DEPISTAGES	2004	2005	2006	2007	2008	2009
VIH	3266	4 150	4 010	3 746	3 865	3363
VHC	375	518	567	645	668	687
VHB	301	299	269	420	558	716
IST	161	248	181	209	230	196
Passages	6 723	7 750	7 752	7 166	7 160	6 598

I.1 Relevé annuel des activités AES

Ces consultations concernent les prises en charge initiale au nombre de 133 pour 2008 et 178 pour 2009 (+ 33.8 %). Le nombre de personnes traitées, tout accident confondu, est de 110 pour 2009 contre 81 (+ 35.8 %) en 2008.

Les accidents d'origine sexuelle et professionnelle traités représentent respectivement une augmentation de la prise en charge de 14 % et 28.5 %.

1.2 Evolution de l'activité des AES – Consultations initiales et prophylaxie

ANNEE	Accidents professionnels			Accidents sexuels			Accidents au sang non professionnels			TOTAL			
	Traités	Non traités	Total	Traités	Non traités	Total	Traités	Non traités	Total	TRAITES	NON TRAITES		
1998	16	28	44	12	2	14	5	15	20	33	45	78	
1999	18	26	44	28	17	45	10	18	28	56	61	117	
2000	14	71	85	17	15	32	0	1	1	31	87	118	
2001	13	59	72	32	25	57	4	9	13	49	93	142	
2002	18	40	58	15	55	70	7	15	22	40	110	150	
2003	9	47	56	43	38	81	4	15	19	56	100	156	
2004	13	49	62	50	45	95	5	27	32	68	121	189	
2005	13	32	45	58	33	91	3	25	28	74	90	164	
2006	9	26	35	43	30	73	0	18	18	52	56	126	
2007	10	20	30	72	30	102	11	13	24	93	63	156	
2008	7	8	15	62	33	95	2	3	5	81	52	133	
2009	20	21	41	87	37	124	11	10	21	110	68	178	

Les autres expositions représentent une très faible part de l'activité de prise en charge et ceci est probablement lié à la méconnaissance du dispositif et le recours à des avis référents paraît, à mon sens, très insuffisant.

Les consultations de suivi post-exposition restent le maillon faible de la prise en charge de ces accidents d'exposition. La prise en charge durant le traitement, devant se faire obligatoirement dans un service référent, n'est pas toujours respectée.

Le faible nombre de consultations de suivi est attribué soit à des perdus de vue, soit à des suivis assurés par les médecins traitants et plus didactique pour les accidents professionnels, le suivi est délégué au médecin du travail, surtout pour la surveillance sérologique post-thérapeutique.

1.3 Consultations et suivis après exposition aux virus transmissibles VIH, VHC et VHB (A.E.V.) - Année 2009

⇒ Nombre de consultations initiales : 178

EXPOSITIONS	TRAITE		NON TRAITE	TOTAL
	Pendant 28 jours	Traitement stoppé à 48 H		
SEXUELLE				
Homosexuelle	39		09	48
Hétérosexuelle	48		28	76
PROFESSIONNELLE	20		21	41
AUTRES EXPOSITIONS	03		10	13
TOTAL	110		68	178

⇒ Consultations de suivi

132

⇒ Total des consultations pour AEV

310

I.4 Bilans réalisés dans le cadre des consultations «A.E.V.» Année 2009

BILAN	TOTAL
NFS	152
Ionogramme sanguin	143
Bilan hépatique	174
Bilan pancréatique	74
CPK	89
Sérologie VIH	242
Sérologie VHC	136
Ag HBs	85
Ac HBs	87
Ac HBc	30
Ag P24	02
Ag HBe	00
Ac HBe	00
Sérologie syphilis	125
PCR Chlamydia urines	06
PCR mycoplasme	00
Prélèvements génitaux	04
βHCG	25
PCR VHC	02
PCR VHB	00
Charge virale	01
NPL	00
EBV	01
VHA	01
VZV	01
ECBU	01

I.5 Traitements des A.E.V.

COMBIVIR	00
KALETRA-TRUVADA	108
RETROVIR-EPIVIR-KALETRA	01
REYATAZ-NORVIR-TRUVADA	01

TRAITEMENT STOPPE A 48 H	00
IMMUNO-VHB	08
VACCINATIONS ANI-VHB	13
PILULE DU LENDEMAIN	01
TRAITEMENT IST/SYPHILIS	05

A l'échelle de la Bretagne, la prise en charge de ces accidents nécessite une harmonisation dans les pratiques entre les différents centres hospitaliers. Les grandes lignes de la prise en charge sont relativement communes, mais beaucoup de divergences restent notées : dispositif en place, modalités thérapeutiques et réalisation des bilans biologiques initiaux.

Le COREVIH a installé, au début de l'année 2009, une commission qui est chargée de recenser les différentes pratiques et qui tentera d'harmoniser la prise en charge à l'échelle régionale avec uniformisation des protocoles et application des mesures correctives. Les conclusions de ce travail de commission sont attendues pour la fin de l'année 2010.

J- Données d'activité concernant l'infection par le VIH : Données issues de la base de données DMI-2

K- Les indicateurs

L'assemblée plénière du COREVIH a défini en 2009 des indicateurs d'activités, qualitatifs et quantitatifs, qui semblaient être les données « minimales » à recueillir en termes d'activité liée au VIH.

K.1 Indicateurs quantitatifs 2009

K.1.1 File active

Nombre de cas séropositivité au VIH : 1 142

Nombre de cas SIDA : 262

Age moyen : 41 ans

K.1.2 Hospitalisations/Consultations 2009

⇒ Nombre d'hospitalisations complètes : 351 (maladies infectieuses, réanimation médicale, autres services)

⇒ Nombre d'hospitalisations de jour : 233

⇒ Nombre de consultations : 3 746 (maladies infectieuses, pédiatrie)

K.1.3 AES en 2009

⇒ Nombre de prise en charge d'AES : 310 consultations

K.1.4 Notion de correspondants spécialisés identifiés

Dermatologue, Cardiologue, Gynécologue, Nutrition-Métabolisme-Endocrinologie, Sexologue, Psychiatre, Consultations douleurs et Rhumatologue : les patients peuvent avoir un RDV avec tous ces spécialistes.

⇒ Assistant social: permanence tous les jours de 10h à 13h + sur RDV

⇒ Psychologue : présente à 50% dans le service

⇒ Consultation d'éducation thérapeutique : à la demande

⇒ Consultation diététique : à la demande

K.1.5 Indicateur de « volume »

Volume horaire des consultations proposées : 8h-19h30

Présence d'horaires décalés (12h-14h, soirée, samedi)

⇒ Consultations le samedi matin de 9h à 12h une fois tous les deux mois

⇒ Consultations le jeudi de 17h à 19h30 un jeudi sur deux

⇒ Consultations le mardi de 14h à 18h30 un mardi sur deux

Délai d'attente pour les RDV non programmés : du lendemain à une semaine

K.2 Indicateurs qualitatifs

La salle d'attente comprend :

⇒ Livret de présentation du service

⇒ Brochures médicales

⇒ Brochures des associations

⇒ Affiches de prévention

⇒ Affiches d'informations des associations

⇒ Magazines d'informations

Les associations mettent à jour leurs documentations tous les 2 mois.

Les revues sont mises à jour tous les mois.

Une fontaine à eau est installée dans la salle d'attente.

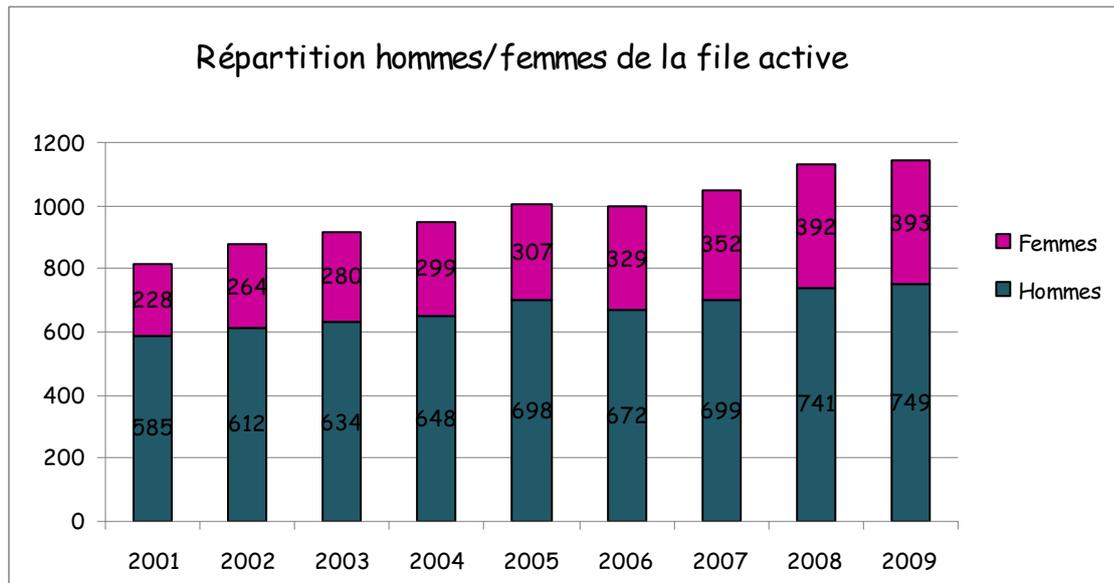
La salle d'attente ne comprend pas de coin café mais un café est servi aux patients arrivés à jeun pour leurs examens.

L- Les statistiques

L.1 Evolution de la file active

Population : Toute la file active à la date indiquée

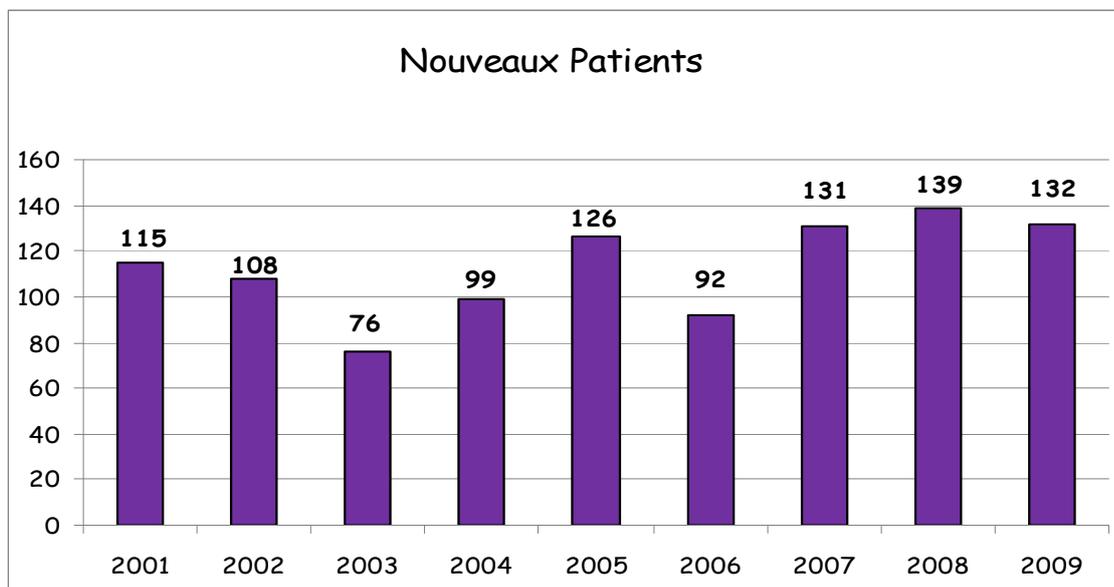
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Femmes	228	264	280	299	307	329	352	392	393
Hommes	585	612	634	648	698	672	699	741	749
TOTAL	813	876	914	947	1005	1001	1051	1 133	1 142



NOUVEAUX PATIENTS - SOURCE DMI2

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
NOUVEAUX PATIENTS	115	108	76	99	126	92	131	139	132

Nouveaux patients = patients venus pour la première fois en consultation en 2009 (date fiche n°1 = 2009)

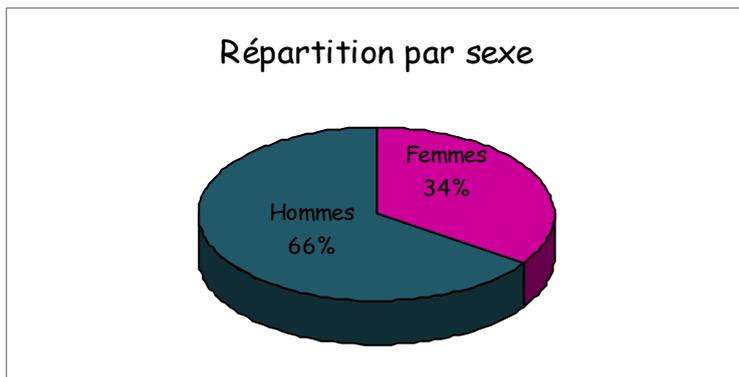


L.2 Démographie 2009

Population : Toute la file active 2009 soit 1142 patients

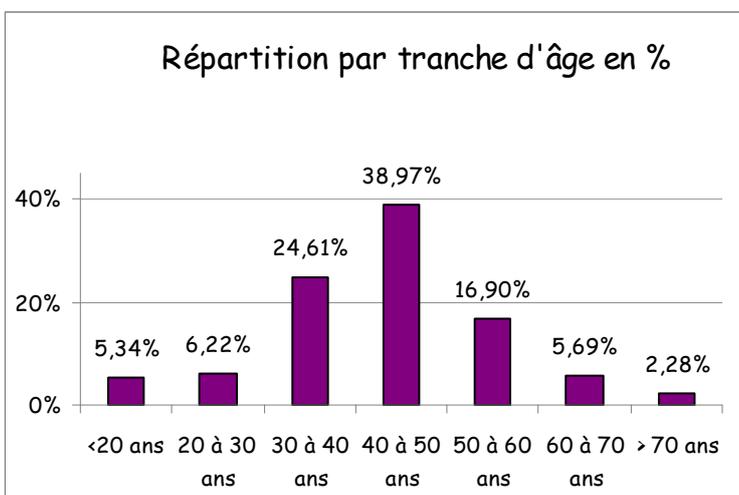
Répartition par sexe

	Nbre	%
Femmes	393	34,41%
Hommes	749	65,59%
TOTAL	1 142	100%



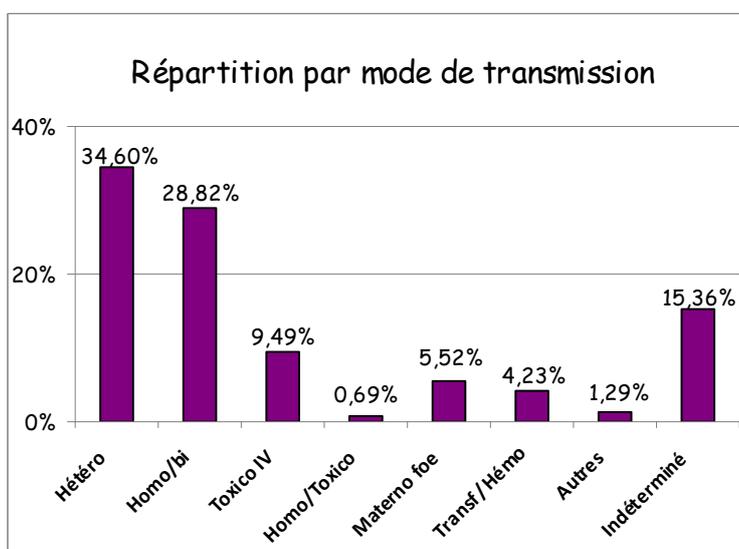
Répartition par âge

	Nbre	%
<20 ans	61	5,34%
20 à 30 ans	71	6,22%
30 à 40 ans	281	24,61%
40 à 50 ans	445	38,97%
50 à 60 ans	193	16,90%
60 à 70 ans	65	5,69%
> 70 ans	26	2,28%
TOTAL	1142	100,00%
Age moyen femmes		39 ans
Age moyen hommes		44 ans



Répartition par mode de transmission

	Nbre	%
Hétérosexuel	401	34,60%
Homo/bisexuel	334	28,82%
Toxico IV	110	9,49%
Homo/Toxicomane	8	0,69%
Materno foetale	64	5,52%
Transfusion/Hémo	49	4,23%
Autres	15	1,29%
Indéterminé	178	15,36%
TOTAL	1159	100,00%



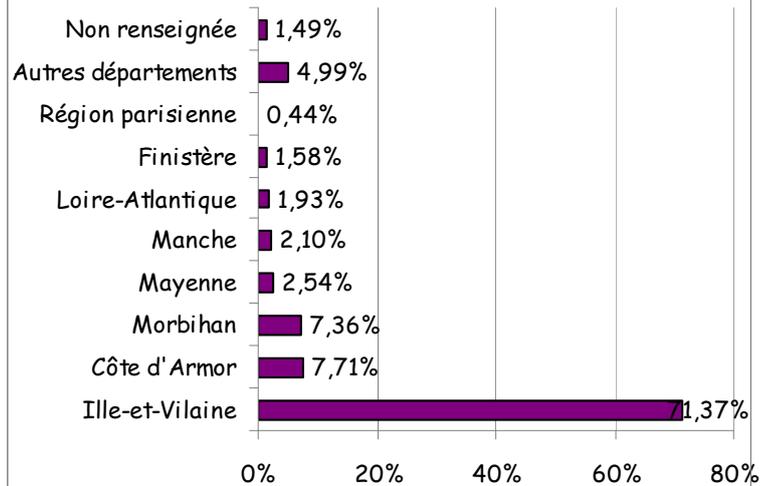
	Nbre	%
Stade C	262	22,94%

Un patient peut avoir plusieurs modes de transmission

Répartition par origine géographique

	Nbre	%
Ille-et-Vilaine	815	71,37%
Côte d'Armor	88	7,71%
Morbihan	84	7,36%
Mayenne	29	2,54%
Manche	24	2,10%
Loire-Atlantique	22	1,93%
Finistère	18	1,58%
Région parisienne	5	0,44%
Autres départements	40	4,99%
Non renseignée	17	1,49%
TOTAL	1142	100%

Répartition par département



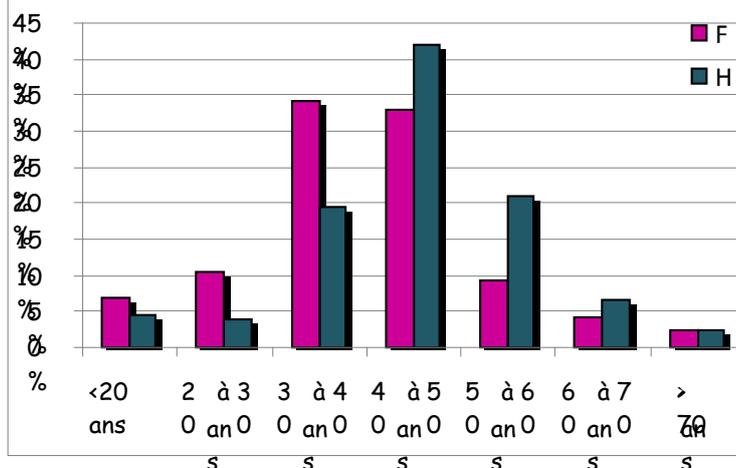
Répartition des données en fonction du genre

Population : file active 2009 répartie en fonction de leur sexe, soit 393 femmes et 749 hommes

Répartition par âge

	F		H	
<20 ans	27	6,87%	34	4,54%
20 à 30 ans	41	10,43%	30	4,01%
30 à 40 ans	134	34,10%	147	19,63%
40 à 50 ans	130	33,08%	315	42,06%
50 à 60 ans	36	9,16%	157	20,96%
60 à 70 ans	16	4,07%	49	6,54%
> 70 ans	9	2,29%	17	2,27%
TOTAL	393	100%	749	100%

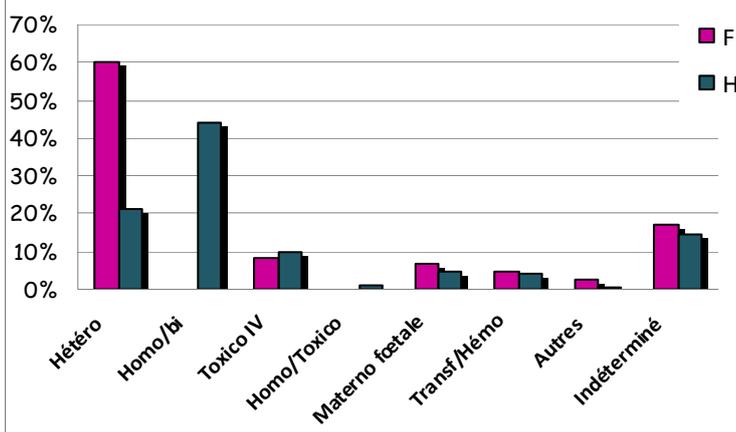
Répartition par tranches d'âge en %



Répartition par mode de transmission

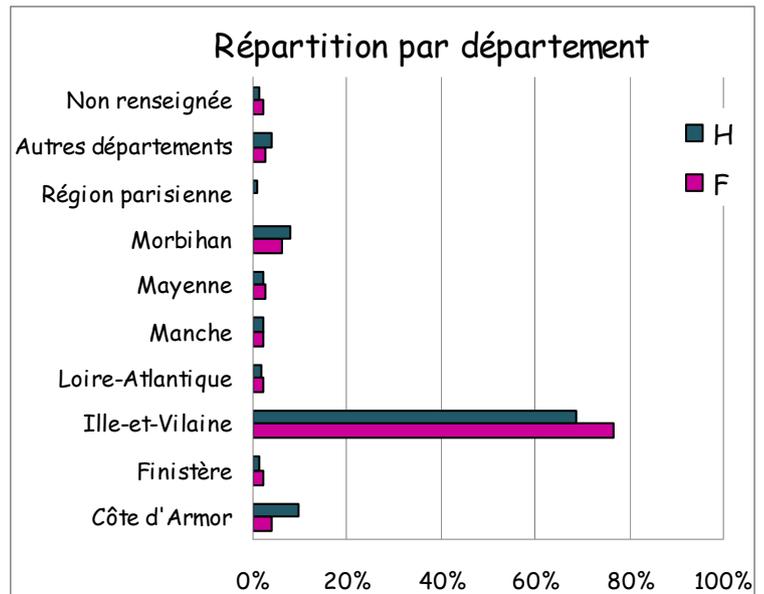
	F		H	
Hétéro	240	60,00%	161	21,21%
Homo/bi	0	0,00%	334	44,01%
Toxico IV	34	8,50%	76	10,01%
Homo/Toxico	0	0,00%	8	1,05%
Materno fœtale	28	7,00%	36	4,74%
Transf/Hémo	18	4,50%	31	4,08%
Autres	11	2,75%	4	0,53%
Indéterminé	69	17,25%	109	14,36%
TOTAL	400	100%	759	100%

Répartition par mode de transmission



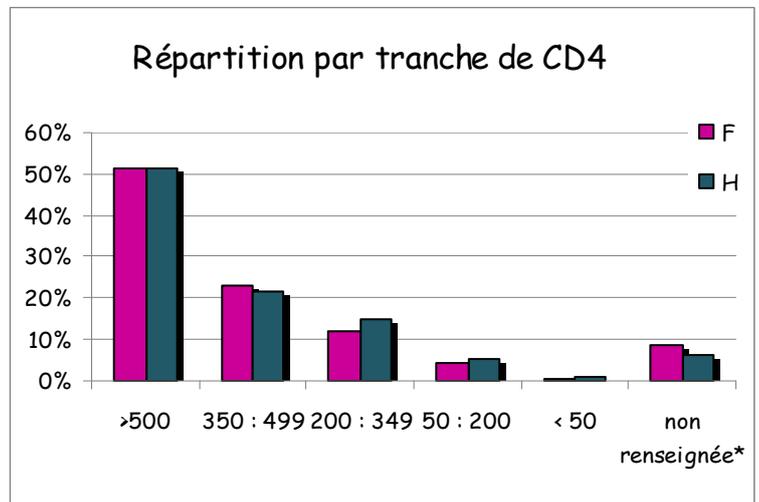
Répartition par département

	F		H	
	Nbre	%	Nbre	%
Côte d'Armor	15	3,82%	73	9,75%
Finistère	8	2,04%	10	1,34%
Ille-et-Vilaine	301	76,59%	514	68,62%
Loire-Atlantique	8	2,04%	14	1,87%
Manche	8	2,04%	16	2,14%
Mayenne	11	2,80%	18	2,40%
Morbihan	24	6,11%	60	8,01%
Région parisienne	0	0,00%	5	0,67%
Autres départements	10	2,54%	30	4,01%
Non renseignée	8	2,04%	9	1,20%
TOTAL	393	100%	749	100%



Répartition par tranche de CD4

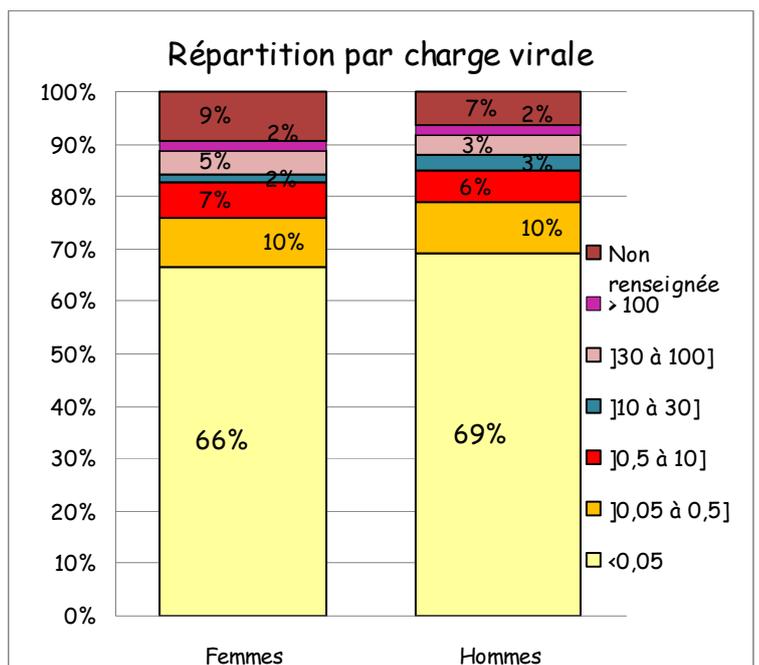
	F		H	
	Nbre	%	Nbre	%
>500	201	51,15%	383	51,13%
350 : 499	91	23,16%	163	21,76%
200 : 349	48	12,21%	111	14,82%
50 : 200	17	4,33%	38	5,07%
< 50	2	0,51%	8	1,07%
non renseignée*	34	8,65%	46	6,14%
TOTAL	393	100%	749	100%



*les données non renseignées correspondent aux enfants dont la sérologie définitive n'est pas encore connue, aux patients n'ayant qu'un seul recours (majoritairement des PMA, patents suivi ailleurs) et dont la charge virale n'est pas renseignée.

Charge virale

	F		H	
	Nbre	%	Nbre	%
10 ³ cp / ml				
<0,05	261	66%	517	69%
]0,05 à 0,5]	38	10%	75	10%
]0,5 à 10]	26	7%	43	6%
]10 à 30]	6	2%	25	3%
]30 à 100]	18	5%	26	3%
> 100	7	2%	14	2%
Non renseignée	37	9%	49	7%
TOTAL	393	100%	749	100%



	F		H	
	Nbre	%	Nbre	%
ARV = non	43	22%	66	16%
ARV = oui	350	78%	683	84%
TOTAL	393	100%	749	100%

ARV=oui : 44 de ces patients ont été traités avant 2009 mais ne l'étaient plus en 2009

ARV=non : patients n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral depuis la découverte de leur séropositivité

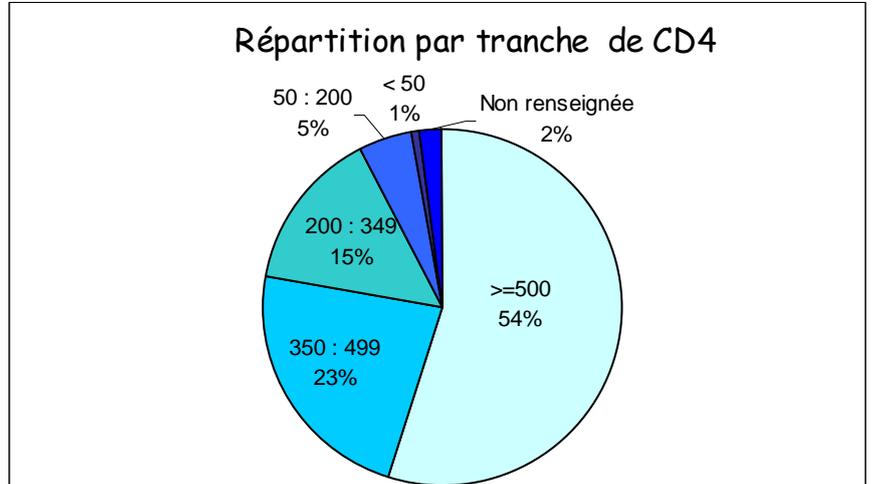
L.3 Patients en cours de traitement ARV

Dans les parties suivantes les patients suivis en pédiatrie ne sont pas inclus dans la population, ils seront traités dans la partie (cas pédiatriques).

Population : Patients traités depuis plus de 6 mois

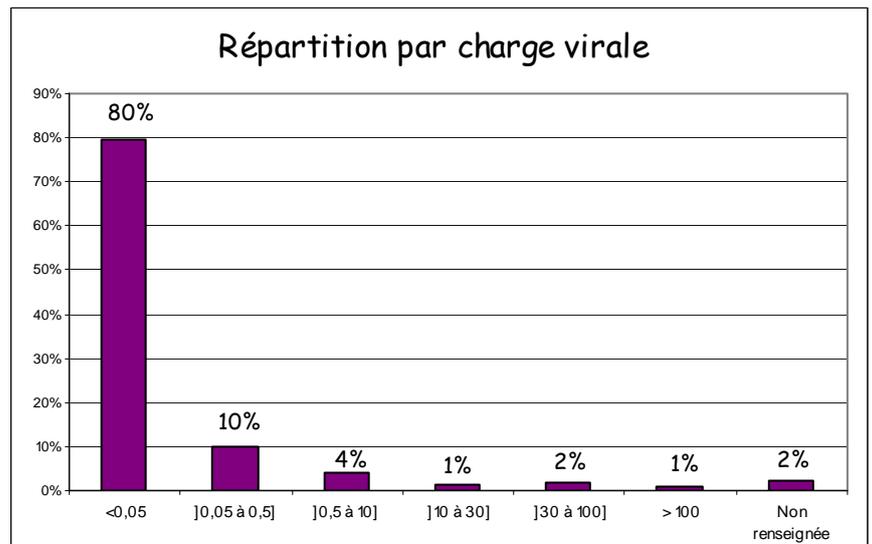
Répartition par tranche de CD4

	Nbre	%
>=500	509	54,61%
350 : 499	216	23,18%
200 : 349	136	14,59%
50 : 200	44	4,72%
< 50	8	0,86%
Non renseignée	19	2,04%
TOTAL	932	100,00%



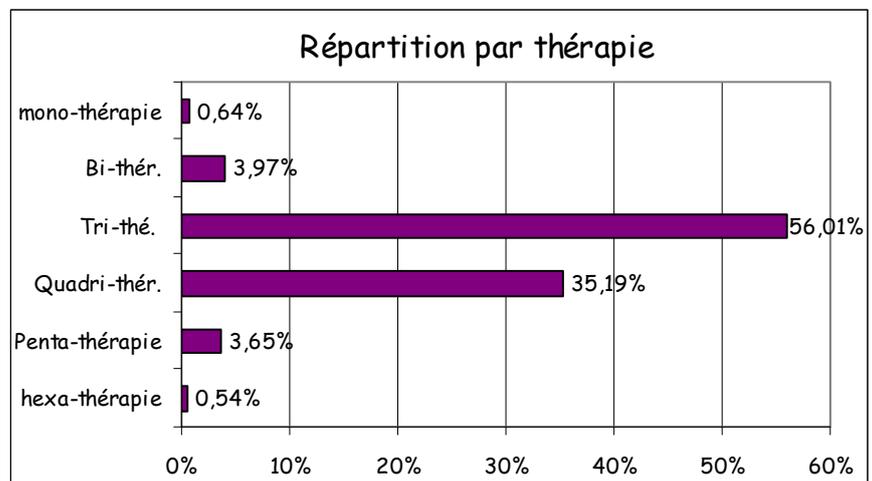
Charge virale

10 ³ cp / ml	Nbre	%
<0,05	742	79,61%
]0,05 à 0,5]	92	9,87%
]0,5 à 10]	38	4,08%
]10 à 30]	12	1,29%
]30 à 100]	17	1,82%
> 100	10	1,07%
Non renseignée	21	2,25%
TOTAL	932	100,00%



Traitement anti-rétroviraux

	Nbre	%
hexa-thérapie	5	0,54%
Penta-thérapie	33	3,65%
Quadri-thér.	329	35,19%
Tri-thé.	520	56,01%
Bi-thér.	39	3,97%
mono-thérapie	6	0,64%
TOTAL	932	100%

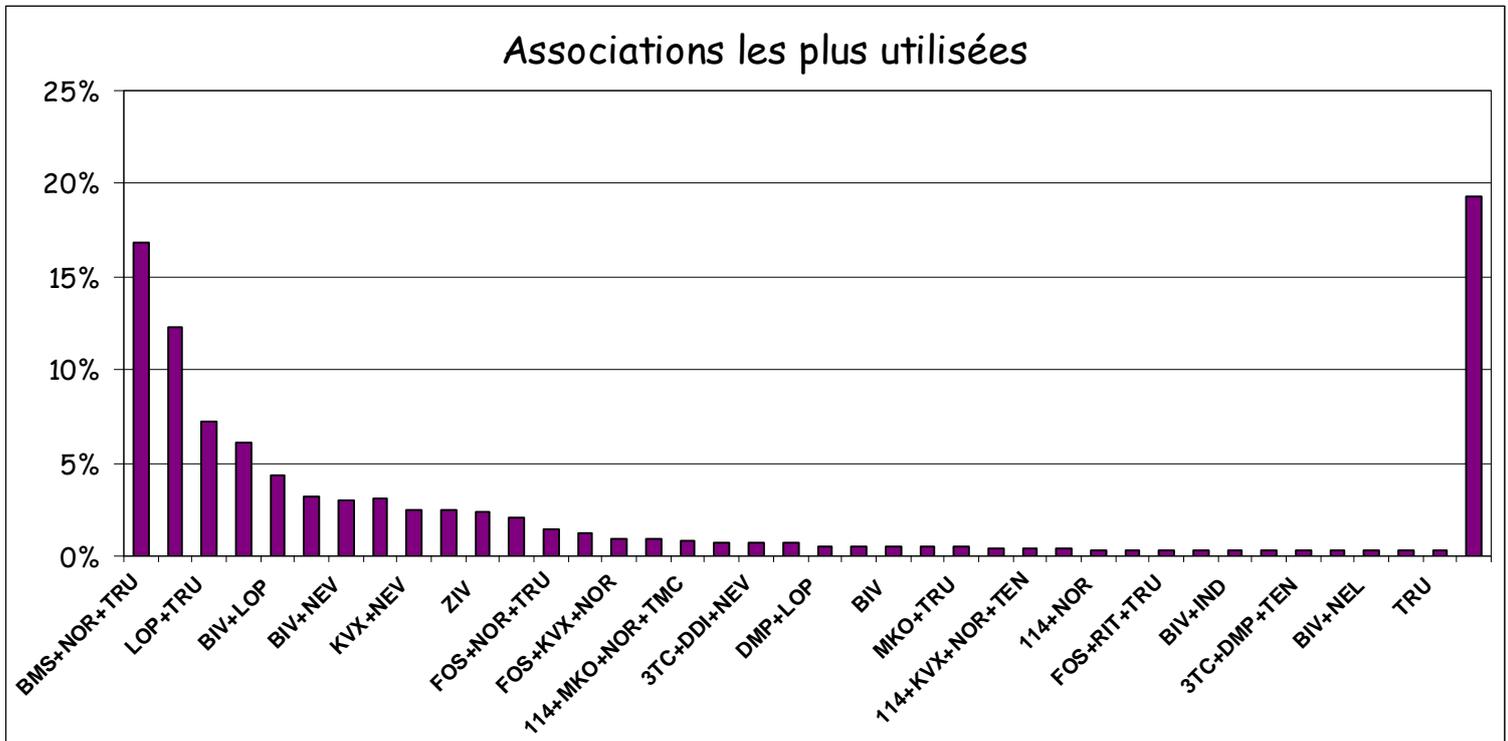


Associations les plus utilisées

	Traitements	Nbre	%
BMS+NOR+TRU	Reyataz+Truvada (dont 150 avec Norvir)	157	16,85%
DMP+TRU	Sustiva+Truvada (dont 87 Atripla)	115	12,34%
LOP+TRU	Kaletra+Truvada	67	7,19%
NEV+TRU	Viramune+Truvada	57	6,12%
BIV+LOP	Combivir+Kaletra	40	4,29%
BMS+KVX+NOR	Reyataz+Kivexa+Norvir	30	3,22%
BIV+NEV	Combivir+Viramune	28	3,00%
KVX+LOP	Kivexa+Kaletra	29	3,11%
KVX+NEV	Kivexa+Viramune	23	2,47%
114+NOR+TRU	Prezista+Norvir+Truvada	23	2,47%
ZIV	Trizivir	22	2,36%
DMP+KVX	Sustiva+Kivexa	19	2,04%
FOS+NOR+TRU	Telzir+Norvir+Truvada	13	1,39%
3TC+BMS+DDI+NOR	Epivir+Reyataz+Videx+Norvir	12	1,29%
FOS+KVX+NOR	Telzir+Kivexa+Norvir	9	0,97%
BIV+DMP	Combivir+Sustiva	9	0,97%
114+MKO+NOR+TMC	Prezista+Isentress+Norvir+Intelence	8	0,86%
3TC+NEV+TEN	Epivir+Viramune+Viread	7	0,75%
3TC+DDI+NEV	Epivir+Videx+Viramune	7	0,75%
ABA+BMS+NOR+TEN	Ziagen+Reyataz+Norvir+Viread	7	0,75%
DMP+LOP	Sustiva+Kaletra	5	0,54%
3TC+BMS+NOR+TEN	Epivir+Reyataz+Norvir+Viread	5	0,54%
BIV	Combivir	5	0,54%
ABA+LOP+TEN	Ziagen+Kaletra+Viread	5	0,54%
MKO+TRU	Isentress+Truvada	5	0,54%
ABA+DDI+LOP	Ziagen+Videx+Kaletra	4	0,43%
114+KVX+NOR+TEN	Prezista+Kivexa+Norvir+Viread	4	0,43%
ABA+DMP+TEN	Ziagen+Sustiva+Viread	4	0,43%
114+NOR	Prezista+Norvir	3	0,32%
ABA+DDI+DMP	Ziagen+Videx+Sustiva	3	0,32%
FOS+RIT+TRU	Telzir+Norvir+Truvada	3	0,32%
ABA+NEV+TEN	Ziagen+Viramune+Viread	3	0,32%
BIV+IND	Combivir+Crixivan	3	0,32%
BMS+DDI+NOR+TEN	Reyataz+Videx+Norvir+Viread	3	0,32%
3TC+DMP+TEN	Epivir+Sustiva+Viread	3	0,32%
BMS+KVX+NOR+TEN	Reyataz+Kivexa+Norvir+Viread	3	0,32%
BIV+NEL	Combivir+Viracept	3	0,32%
114+KVX+NOR	Prezista+Kivexa+Norvir	3	0,32%
TRU	Truvada	3	0,32%
Autres	/	180	19,31%
	TOTAL	932	100%

Traitements anti-rétroviraux

	Nbre	%
Tri-thé. N Nuc	306	32,83%
Tri-thé.IP+Norvir	553	59,33%
Tri-thé.IP SANS Norvir	24	2,58%
- <i>Reyataz</i>	16	1,72%
- <i>Crixivan</i>	4	0,43%
- <i>Viracept</i>	4	0,43%
Autres	49	5,26%
TOTAL	932	100,00%

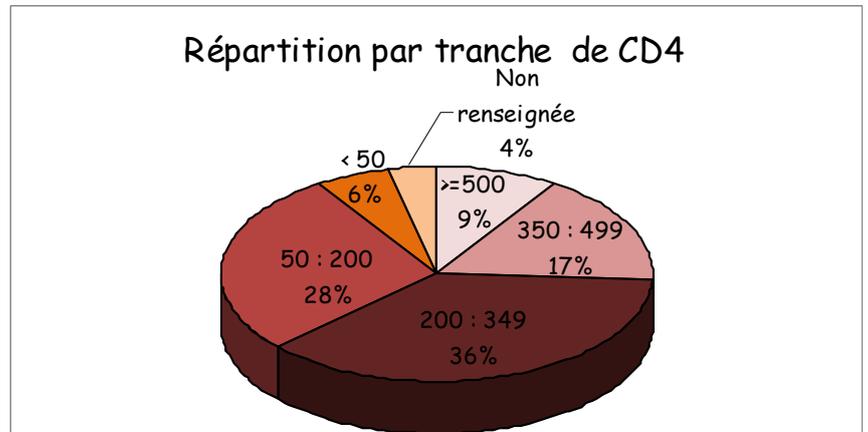


L.4 Patients mis sous traitement ARV au cours de la période

Population : Patients mis sous traitement au cours de l'année 2009

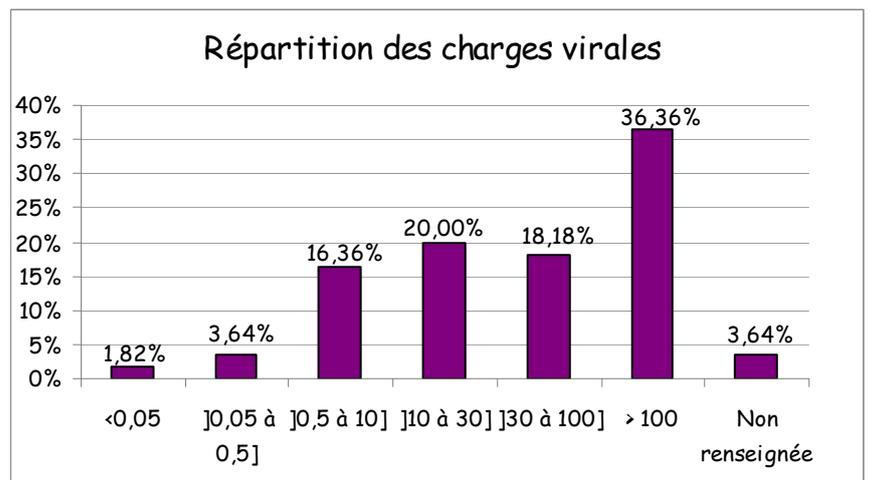
Répartition par tranche de CD4

	Nbre	%
>=500	5	9,26%
350 : 499	9	16,67%
200 : 349	20	37,04%
50 : 200	15	27,78%
< 50	3	5,56%
Non renseignée	3	3,70%
TOTAL	55	100%



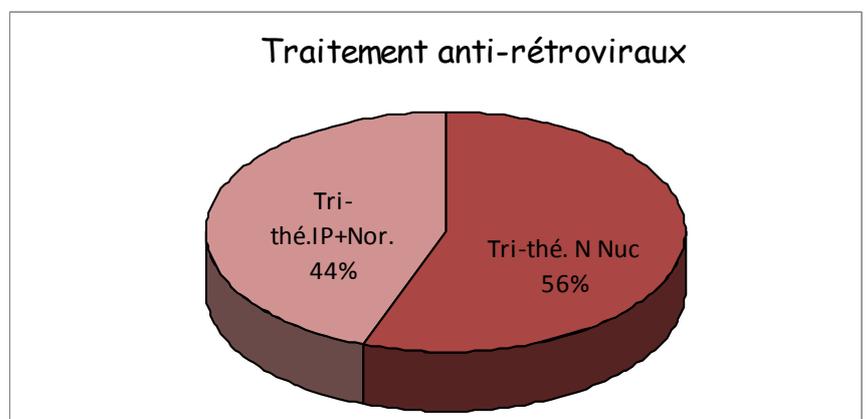
Charge virale

10 ³ cp / ml	Nbre	%
<0,05	1	1,82%
]0,05 à 0,5]	2	3,64%
]0,5 à 10]	9	16,36%
]10 à 30]	11	20,00%
]30 à 100]	10	18,18%
> 100	20	36,36%
Non renseignée	2	3,64%
TOTAL	55	100%



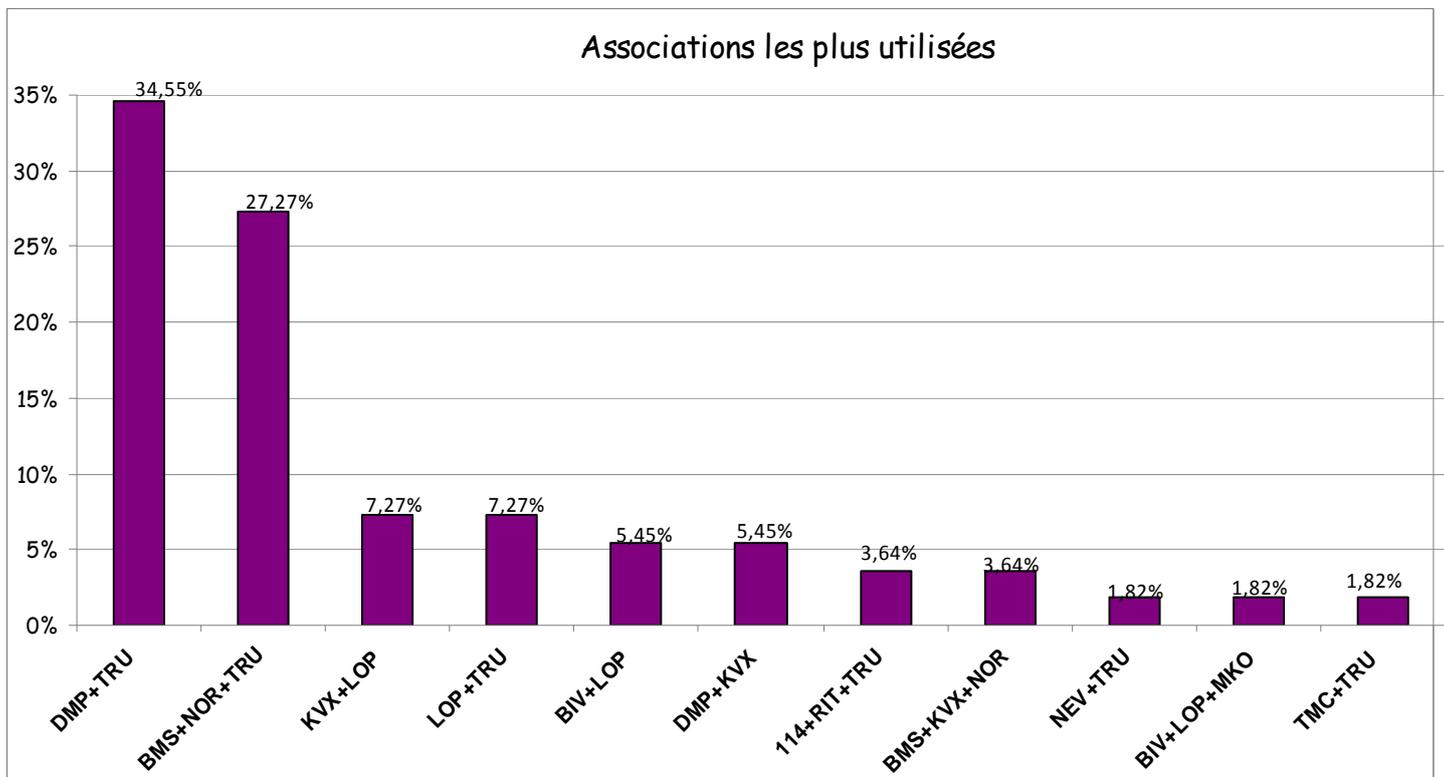
Traitements anti-rétroviraux

	Nbre	%
Tri-thé. N Nuc	30	56%
Tri-thé.IP+Nor.	25	44%
TOTAL	55	100%



Associations les plus utilisées

	Traitements	Nbre	%
DMP+TRU	Sustiva+Truvada (dont 10 Atripla)	19	34,55%
BMS+NOR+TRU	Reyataz+Norvir+truvada	15	27,27%
KVX+LOP	Kivexa+Kaletra	4	7,27%
LOP+TRU	Kaletra+Truvada	4	7,27%
BIV+LOP	Combivir+Kaletra	3	5,45%
DMP+KVX	Sustiva+Kivexa	3	5,45%
114+RIT+TRU	Prezista+Norvir+Truavada	2	3,64%
BMS+KVX+NOR	Reyataz+Kivexa+Norvir	2	3,64%
NEV+TRU	Viramune+Truvada	1	1,82%
BIV+LOP+MKO	Combivir+Kaletra+Maraviroc	1	1,82%
TMC+TRU	Intelence+Truvada	1	1,82%
	TOTAL	55	100%

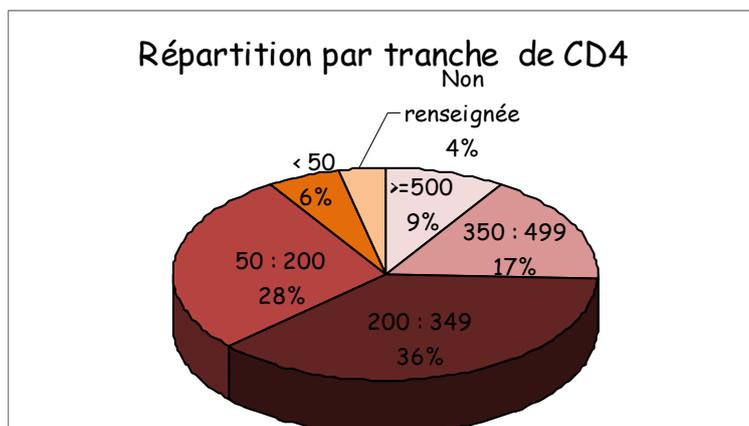


L.5 Patients sans traitement ARV

Population : Patients jamais traités

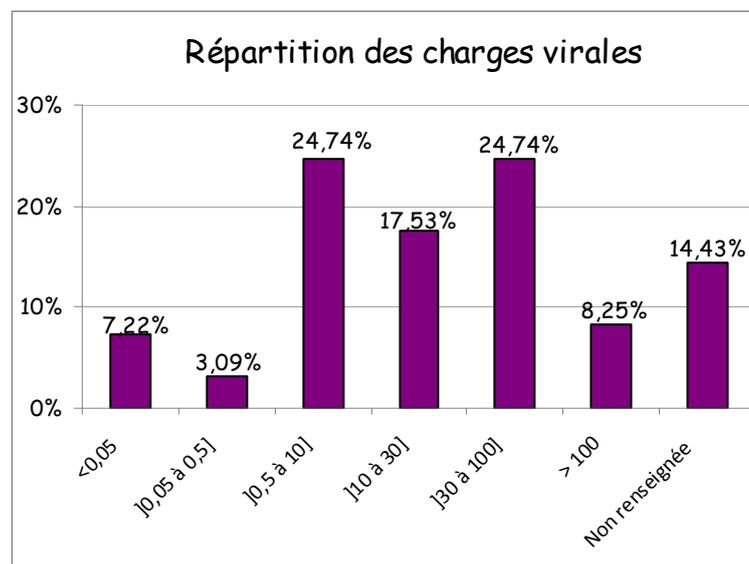
Répartition par tranche de CD4

	Nbre	%
>=500	49	50,52%
350 : 499	26	26,80%
200 : 349	12	12,37%
50 : 200	2	2,06%
< 50	0	0,00%
non renseignée	8	8,25%
TOTAL	97	100%



Charge virale

10 ³ cp / ml	Nbre	%
<0,05	7	7,22%
]0,05 à 0,5]	3	3,09%
]0,5 à 10]	24	24,74%
]10 à 30]	17	17,53%
]30 à 100]	24	24,74%
> 100	8	8,25%
Non renseignée	14	14,43%
TOTAL	97	100%



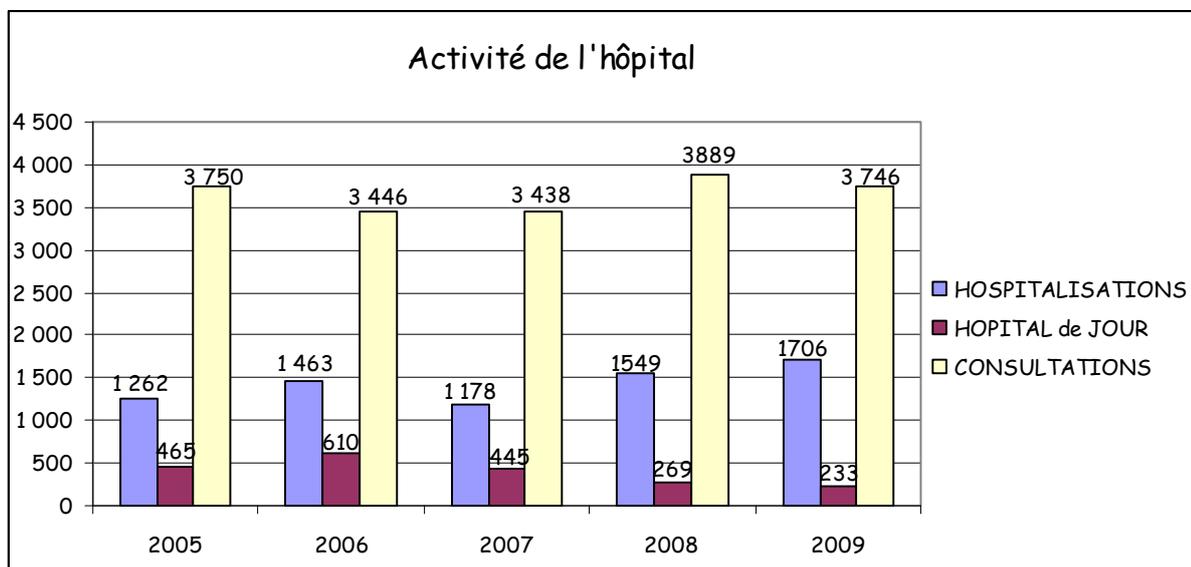
L.6 Activité hôpital

	2005	2006	2007	2008	2009
HOSPITALISATIONS					
Maladies infectieuses (nombre de jours)	1 032	1 143	918	1096	805
<i>nombre d'entrées</i>	87	80	74	89	106
Réanimation médicale (nombre de jours)	104	55	51	187	94
<i>nombre d'entrées</i>	18	10	14	14	19
Autres services * (nombre de jours)	126	265	209	266	807
<i>nombre d'entrées</i>	15	16	27	38	226
nombre total de journées d'hospitalisation	1 262	1 463	1 178	1549	1706
<i>nombre total d'entrées</i>	120	106	115	141	351

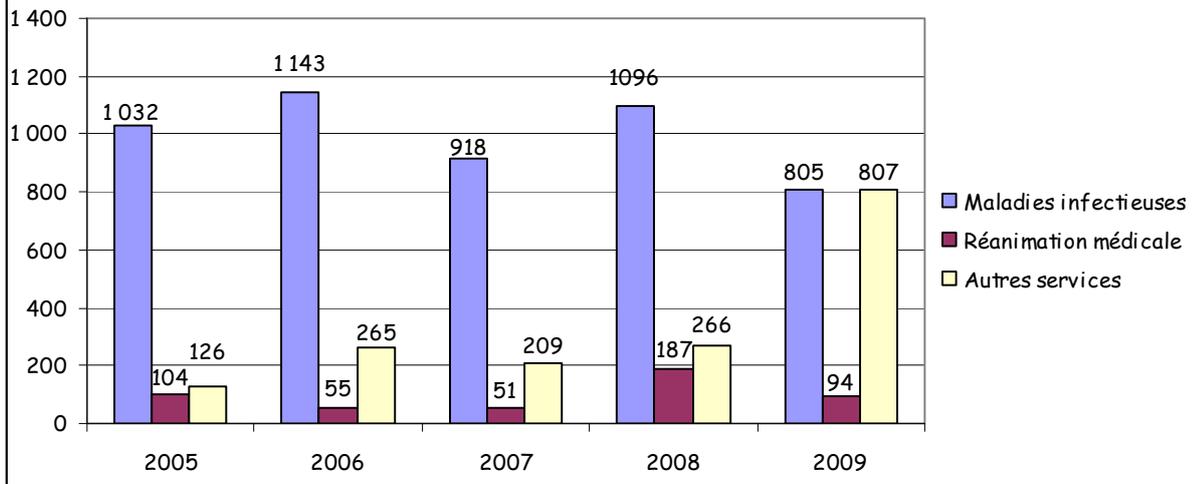
* les hospitalisations "autres services "concernent tous les services y compris la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique.
La méthodologie de recueil des données a été modifiée en 2009

HOPITAL de JOUR					
HDJ	465	610	445	269	233

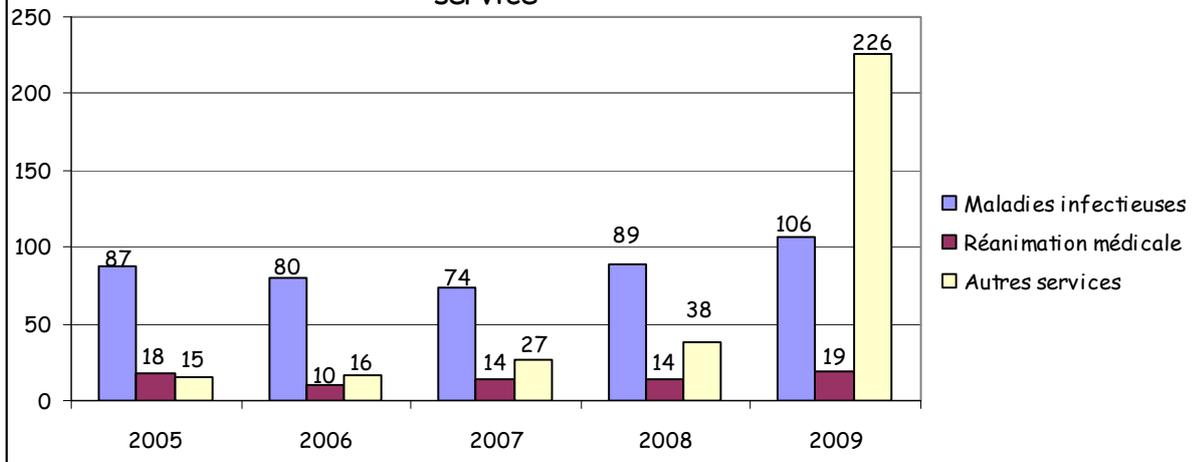
CONSULTATIONS					
Maladies Infectieuses	3 624	3 321	3 320	3765	3 629
Pédiatrie	126	125	118	124	117
TOTAL	3 750	3 446	3 438	3889	3 746



Répartition du nombre de journées d'hospitalisation par service



Répartition du nombre d'entrées pour une hospitalisation par service

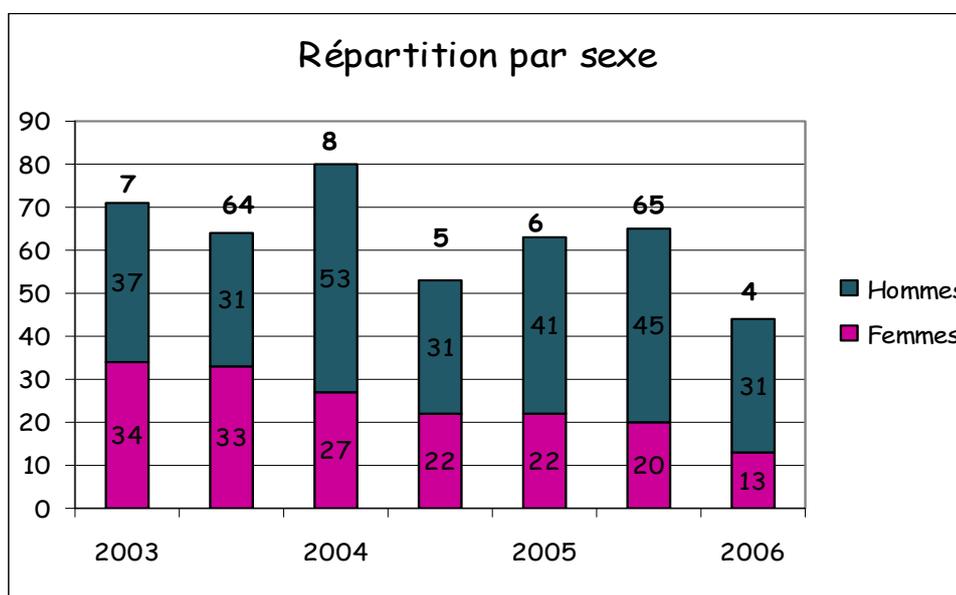


L.7 Patients nouvellement dépistés

Population : Patients dont la date de découverte de leur séropositivité a eu lieu durant l'année indiquée

Répartition par sexe

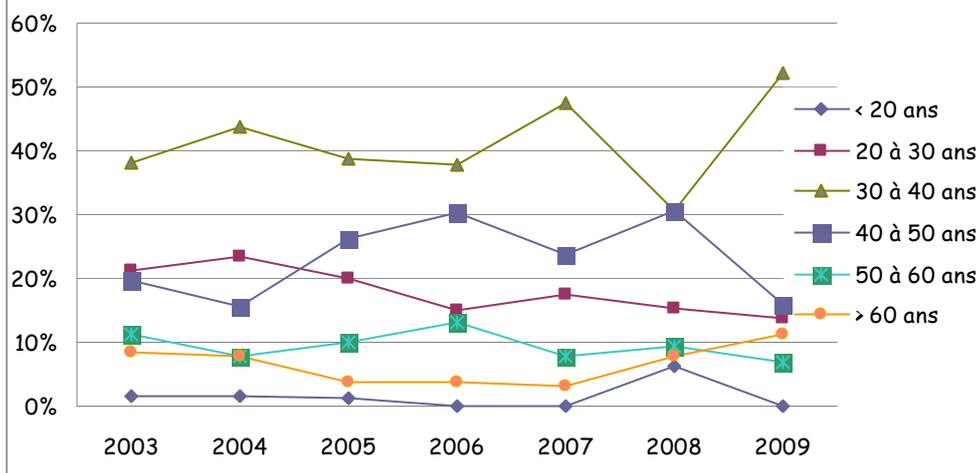
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Femmes	34	47,89%	33	51,56%	27	33,75%	22	41,51%	22	34,92%	20	30,77%	13	29,55%
Hommes	37	52,11%	31	48,44%	53	66,25%	31	58,49%	41	65,08%	45	69,23%	31	70,45%
TOTAL	71	100%	64	100%	80	100%	53	100%	63	100%	65	100%	44	100%



Répartition par âge

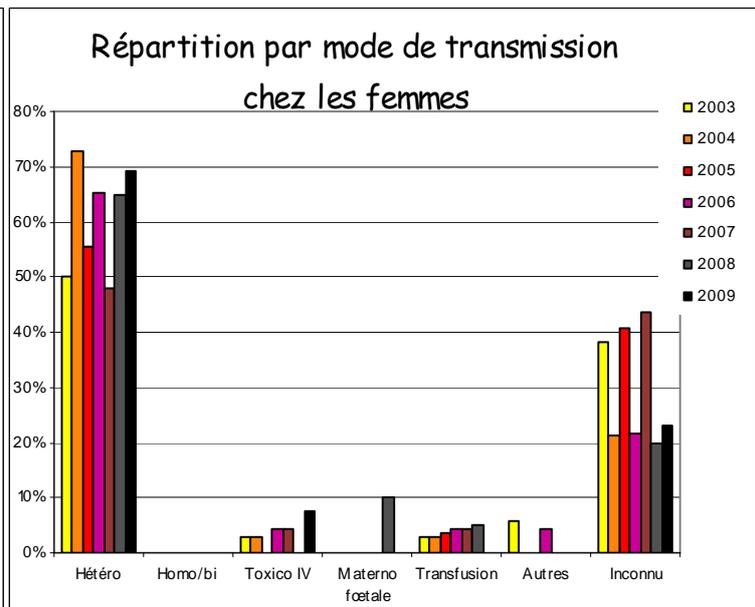
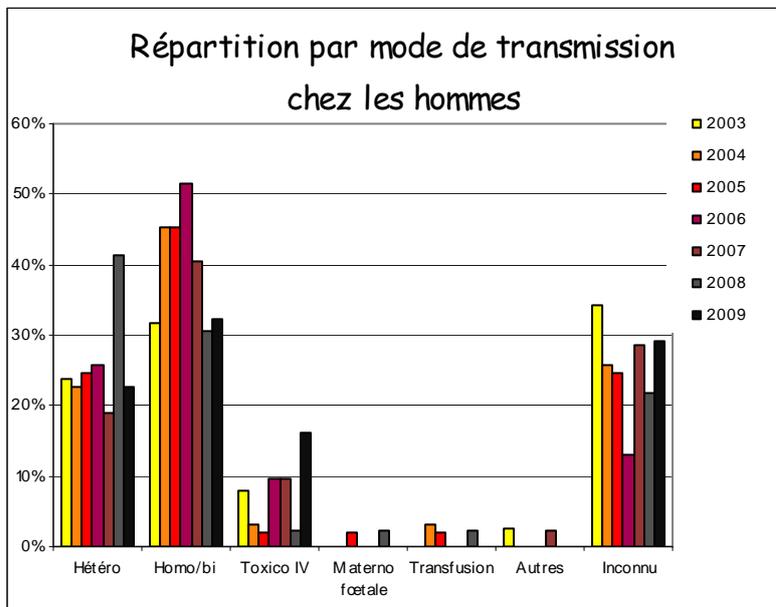
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
< 20 ans	1	1,41%	1	1,56%	1	1,25%	0	0,00%	0	0,00%	4	6,15%	0	0,00%
20 à 30 ans	15	21,13%	15	23,44%	16	20,00%	8	15,09%	11	17,46%	10	15,38%	6	13,64%
30 à 40 ans	27	38,03%	28	43,75%	31	38,75%	20	37,74%	30	47,62%	20	30,77%	23	52,27%
40 à 50 ans	14	19,72%	10	15,63%	21	26,25%	16	30,19%	15	23,81%	20	30,77%	7	15,91%
50 à 60 ans	8	11,27%	5	7,81%	8	10,00%	7	13,21%	5	7,94%	6	9,23%	3	6,82%
> 60 ans	6	8,45%	5	7,81%	3	3,75%	2	3,77%	2	3,17%	5	7,69%	5	11,36%
TOTAL	71	100,00%	64	100,00%	80	100,00%	53	100,00%	63	100,00%	65	100,00%	44	100,00%
Age moyen femmes	34		33		36		39		38		38		31	
Age moyen hommes	44		42		38		41		39		39		43	

Répartition par âge et année



Répartition par mode de transmission

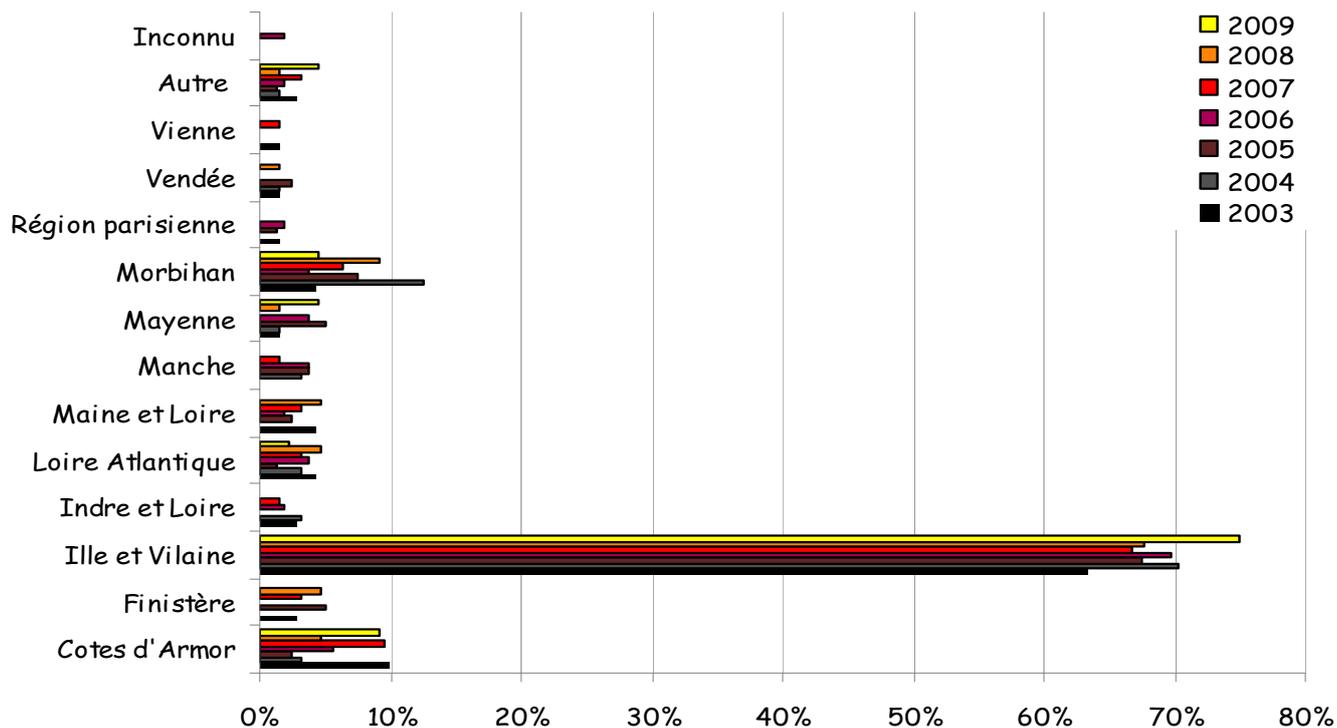
	2003				2004				2005				2006			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Hétéro	9	23,68%	17	50,00%	7	22,58%	24	72,73%	13	24,53%	15	55,56%	8	25,81%	15	65,22%
Homo/bi	12	31,58%	0	0,00%	14	45,16%	0	0,00%	24	45,28%	0	0,00%	16	51,61%	0	0,00%
Toxico IV	3	7,89%	1	2,94%	1	3,23%	1	3,03%	1	1,89%	0	0,00%	3	9,68%	1	4,35%
Materno foetale	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,89%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Transfusion	0	0,00%	1	2,94%	1	3,23%	1	3,03%	1	1,89%	1	3,70%	0	0,00%	1	4,35%
Autres	1	2,63%	2	5,88%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,35%
Inconnu	13	34,21%	13	38,24%	8	25,81%	7	21,21%	13	24,53%	11	40,74%	4	12,90%	5	21,74%
TOTAL	38	100%	34	100%	31	100%	33	100%	53	100%	27	100%	31	100%	23	100%
	2007				2008				2009							
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes					
	Nbre	%														
Hétéro	8	19,05%	11	47,83%	19	41,30%	13	65,00%	7	22,58%	9	69,23%				
Homo/bi	17	40,48%	0	0,00%	14	30,43%	0	0,00%	10	32,26%	0	0,00%				
Toxico IV	4	9,52%	1	4,35%	1	2,17%	0	0,00%	5	16,13%	1	7,69%				
Materno foetale	0	0,00%	0	0,00%	1	2,17%	2	10,00%	0	0,00%	0	0,00%				
Transfusion	0	0,00%	1	4,35%	1	2,17%	1	5,00%	0	0,00%	0	0,00%				
Autres	1	2,38%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%				
Inconnu	12	28,57%	10	43,48%	10	21,74%	4	20,00%	9	29,03%	3	23,08%				
TOTAL	42	100%	23	100%	46	100%	20	100%	31	100%	13	100%				



Répartition par origine géographique

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Cotes d'Armor	7	9,86%	2	3,13%	2	2,50%	3	5,66%	6	9,52%	3	4,62%	4	9,09%
Finistère	2	2,82%	0	0,00%	4	5,00%	0	0,00%	2	3,17%	3	4,62%	0	0,00%
Ille et Vilaine	45	63,38%	45	70,31%	54	67,50%	37	69,81%	42	66,67%	44	67,69%	33	75,00%
Indre et Loire	2	2,82%	2	3,13%	0	0,00%	1	1,89%	1	1,59%	0	0,00%	0	0,00%
Loire Atlantique	3	4,23%	2	3,13%	1	1,25%	2	3,77%	2	3,17%	3	4,62%	1	2,27%
Maine et Loire	3	4,23%	0	0,00%	2	2,50%	1	1,89%	2	3,17%	3	4,62%	0	0,00%
Manche	0	0,00%	2	3,13%	3	3,75%	2	3,77%	1	1,59%	0	0,00%	0	0,00%
Mayenne	1	1,41%	1	1,56%	4	5,00%	2	3,77%	0	0,00%	1	1,54%	2	4,55%
Morbihan	3	4,23%	8	12,50%	6	7,50%	2	3,77%	4	6,35%	6	9,23%	2	4,55%
Région parisienne	1	1,41%	0	0,00%	1	1,25%	1	1,89%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Vendée	1	1,41%	1	1,56%	2	2,50%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,54%	0	0,00%
Vienne	1	1,41%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,59%	0	0,00%	0	0,00%
Autre	2	2,82%	1	1,56%	1	1,25%	1	1,89%	2	3,17%	1	1,54%	2	4,55%
Inconnu	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,89%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	62	100%	62	100%	74	100%	50	100%	55	100%	59	100%	40	100%

Répartition par année et département

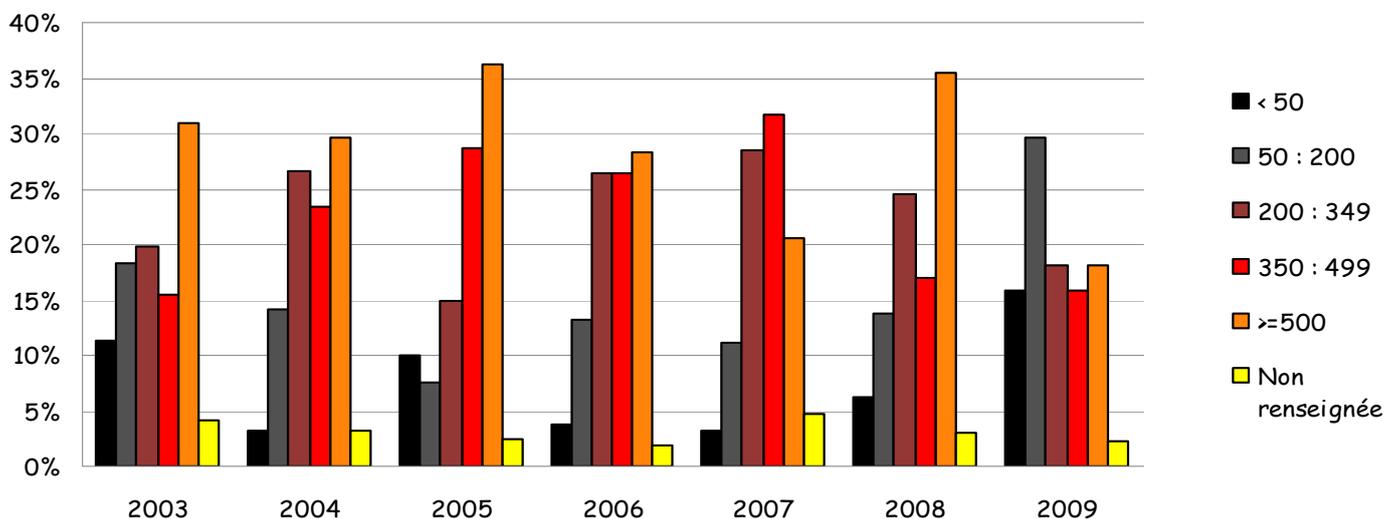


Répartition par tranche de CD4*

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
< 50	8	11,27%	2	3,13%	8	10,00%	2	3,77%	2	3,17%	4	6,15%	7	15,91%
50 : 200	13	18,31%	9	14,06%	6	7,50%	7	13,21%	7	11,11%	9	13,85%	13	29,55%
200 : 349	14	19,72%	17	26,56%	12	15,00%	14	26,42%	18	28,57%	16	24,62%	8	18,18%
350 : 499	11	15,49%	15	23,44%	23	28,75%	14	26,42%	20	31,75%	11	16,92%	7	15,91%
>=500	22	30,99%	19	29,69%	29	36,25%	15	28,30%	13	20,63%	23	35,38%	8	18,18%
Non renseignée	3	4,23%	2	3,13%	2	2,50%	1	1,89%	3	4,76%	2	3,08%	1	2,27%
TOTAL	71	100%	64	100%	80	100%	53	100%	63	100%	65	100%	44	100%

* tableau réalisé à partir du premier résultat de CD4 du patient inscrit dans le DMI2

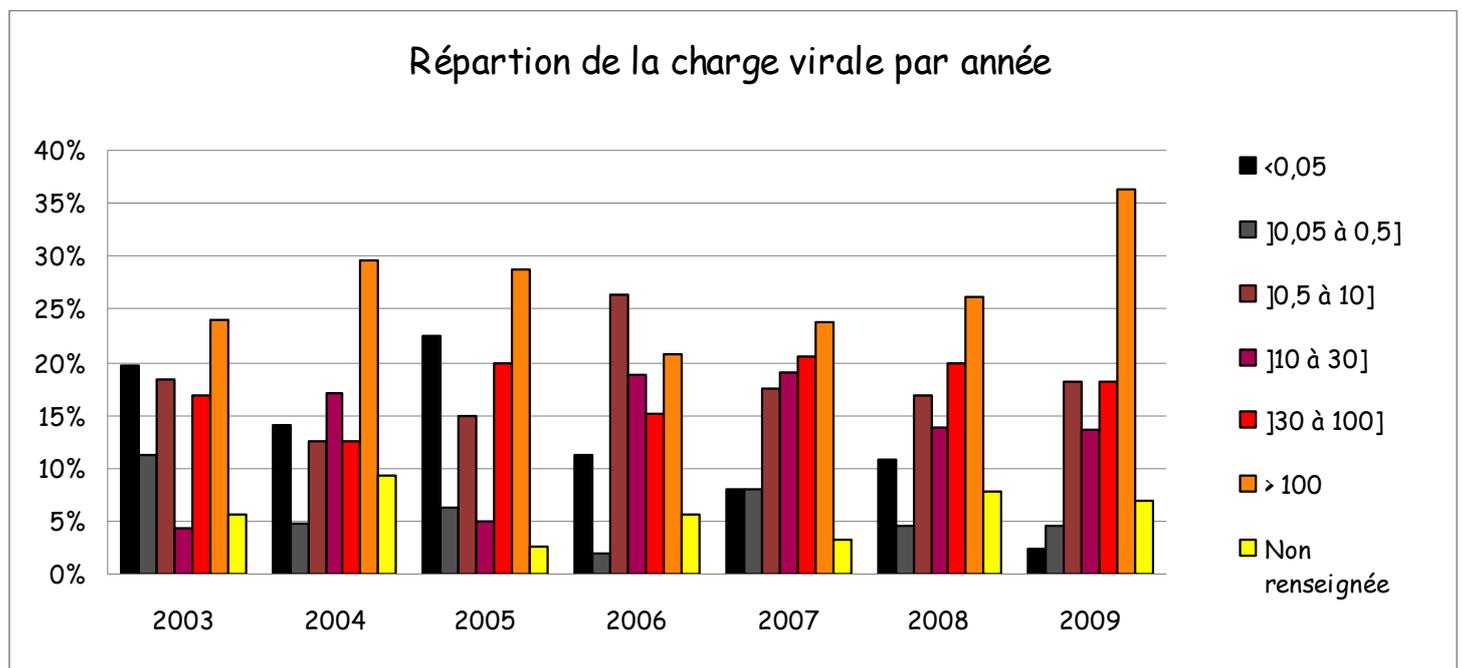
Répartition des CD4 par année



Charge virale*

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<0,05	14	19,72%	9	14,06%	18	22,50%	6	11,32%	5	7,94%	7	10,77%	1	2,27%
]0,05 à 0,5]	8	11,27%	3	4,69%	5	6,25%	1	1,89%	5	7,94%	3	4,62%	2	4,55%
]0,5 à 10]	13	18,31%	8	12,50%	12	15,00%	14	26,42%	11	17,46%	11	16,92%	8	18,18%
]10 à 30]	3	4,23%	11	17,19%	4	5,00%	10	18,87%	12	19,05%	9	13,85%	6	13,64%
]30 à 100]	12	16,90%	8	12,50%	16	20,00%	8	15,09%	13	20,63%	13	20,00%	8	18,18%
> 100	17	23,94%	19	29,69%	23	28,75%	11	20,75%	15	23,81%	17	26,15%	16	36,36%
Non renseignée	4	5,63%	6	9,38%	2	2,50%	3	5,66%	2	3,17%	5	7,69%	3	6,82%
TOTAL	71	100%	64	100%	80	100%	53	100%	63	100%	65	100%	44	100%

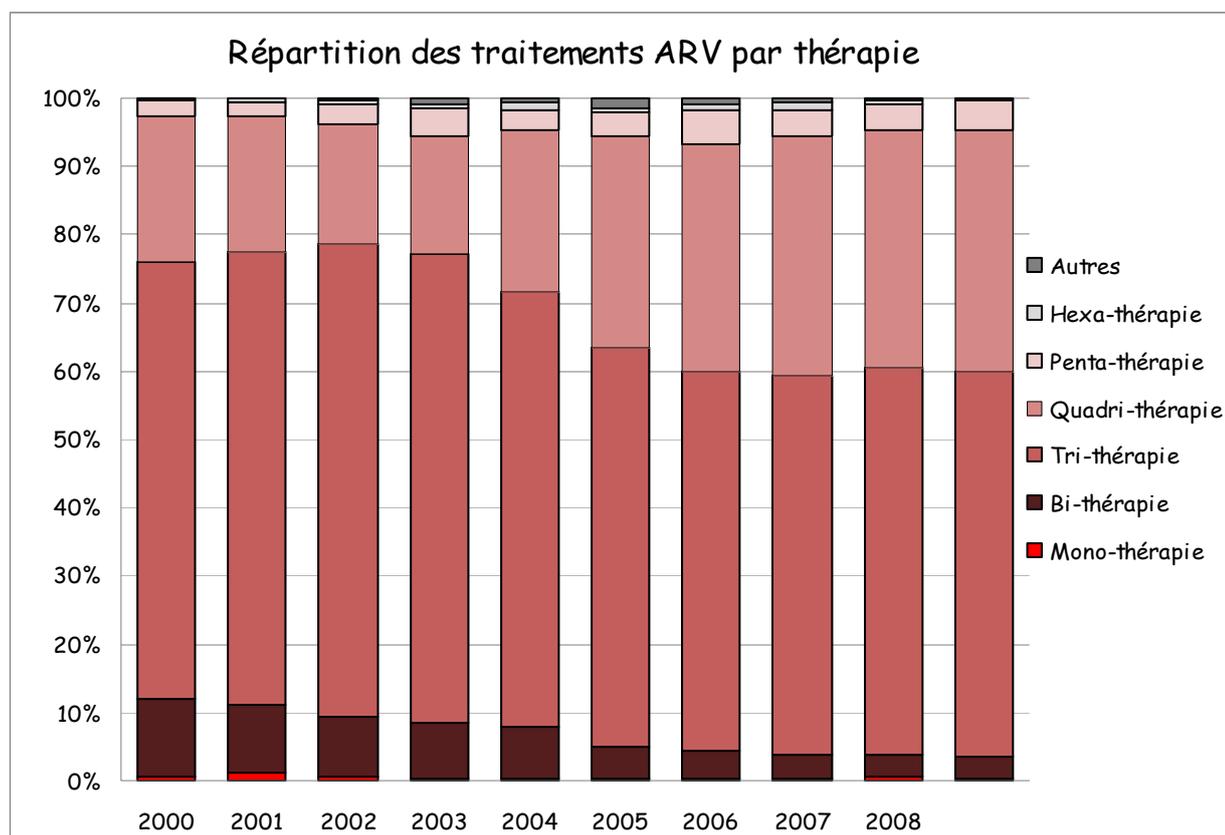
* tableau réalisé à partir du premier résultat de charge virale du patient inscrit dans le DMI2



L.8 Répartition des traitements ARV

Population : Dernière thérapie prescrite pour tous les patients ayant reçu au moins une fois un traitement

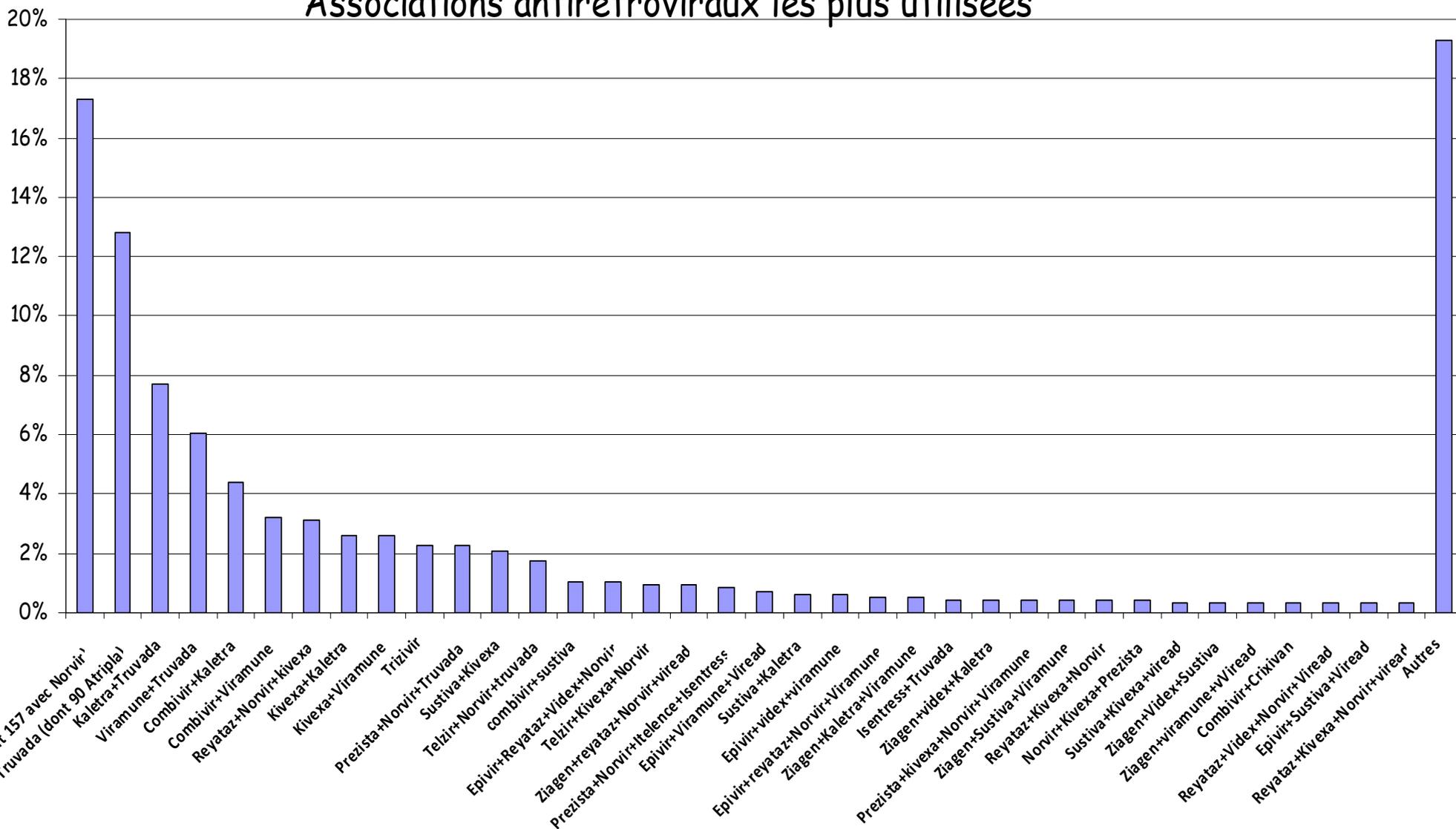
	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Mono-thérapie	3	0,47%	7	1,03%	3	0,44%	3	0,43%	3	0,41%
Bi-thérapie	74	11,53%	69	10,19%	60	8,86%	57	8,19%	54	7,37%
Tri-thérapie	411	64,02%	448	66,17%	470	69,42%	478	68,68%	468	63,85%
Quadri-thérapie	138	21,50%	136	20,09%	119	17,58%	119	17,10%	173	23,60%
Penta-thérapie	14	2,18%	14	2,07%	20	2,95%	28	4,02%	23	3,14%
Hexa-thérapie	2	0,31%	3	0,44%	4	0,59%	5	0,72%	8	1,09%
Autres	0	0,00%	0	0,00%	1	0,15%	6	0,86%	4	0,55%
TOTAL	642	100%	677	100%	677	100%	696	100%	733	100%
	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Mono-thérapie	2	0,26%	3	0,38%	3	0,36%	5	0,55%	3	0,31%
Bi-thérapie	38	4,86%	31	3,94%	28	3,37%	29	3,17%	31	3,23%
Tri-thérapie	456	58,31%	438	55,73%	462	55,53%	520	56,83%	541	56,35%
Quadri-thérapie	243	31,07%	261	33,21%	292	35,10%	317	34,64%	341	35,52%
Penta-thérapie	27	3,45%	39	4,96%	32	3,85%	35	3,83%	40	4,17%
Hexa-thérapie	5	0,64%	7	0,89%	11	1,32%	7	0,77%	4	0,42%
Autres	11	1,41%	7	0,89%	4	0,48%	2	0,22%	0	0,00%
TOTAL	782	100%	786	100%	832	100%	915	100%	960	100%



Associations antirétroviraux les plus utilisées

Traitement	Nbre	%
Reyataz+Truvada (dont 157 avec Norvir)	166	17,29%
Sustiva+Truvada (dont 90 Atripla)	123	12,81%
Kaletra+Truvada	74	7,71%
Viramune+Truvada	58	6,04%
Combivir+Kaletra	42	4,38%
Combivir+Viramune	31	3,23%
Reyataz+Norvir+kivexa	30	3,13%
Kivexa+Kaletra	25	2,60%
Kivexa+Viramune	25	2,60%
Trizivir	22	2,29%
Prezista+Norvir+Truvada	22	2,29%
Sustiva+Kivexa	20	2,08%
Telzir+Norvir+truvada	17	1,77%
combivir+sustiva	10	1,04%
Epivir+Reyataz+Videx+Norvir	10	1,04%
Telzir+Kivexa+Norvir	9	0,94%
Ziagen+reyataz+Norvir+viread	9	0,94%
Prezista+Norvir+Itelence+Isentress	8	0,83%
Epivir+Viramune+Viread	7	0,73%
Sustiva+Kaletra	6	0,63%
Epivir+videx+viramune	6	0,63%
Epivir+reyataz+Norvir+Viramune	5	0,52%
Ziagen+Kaletra+Viramune	5	0,52%
Isentress+Truvada	4	0,42%
Ziagen+videx+Kaletra	4	0,42%
Prezista+kivexa+Norvir+Viramune	4	0,42%
Ziagen+Sustiva+Viramune	4	0,42%
Reyataz+Kivexa+Norvir	4	0,42%
Norvir+Kivexa+Prezista	4	0,42%
Sustiva+Kivexa+viread	3	0,31%
Ziagen+Videx+Sustiva	3	0,31%
Ziagen+viramune+vViread	3	0,31%
Combivir+Crixivan	3	0,31%
Reyataz+Videx+Norvir+Viread	3	0,31%
Epivir+Sustiva+Viread	3	0,31%
Reyataz+Kivexa+Norvir+viread	3	0,31%
Autres	185	19,27%
TOTAL	960	100,00%

Associations antirétroviraux les plus utilisées

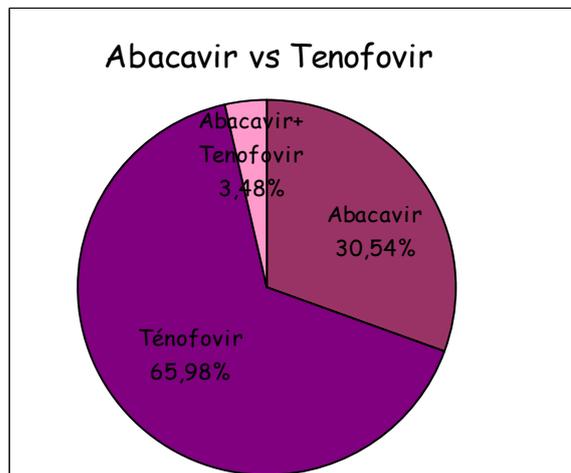


Abacavir vs Tenofovir

	Nbre	%
Abacavir*	193	30,54%
Ténofovir**	417	65,98%
Abacavir+Tenofovir	22	3,48%
TOTAL	632	100%

* Kivexa inclus

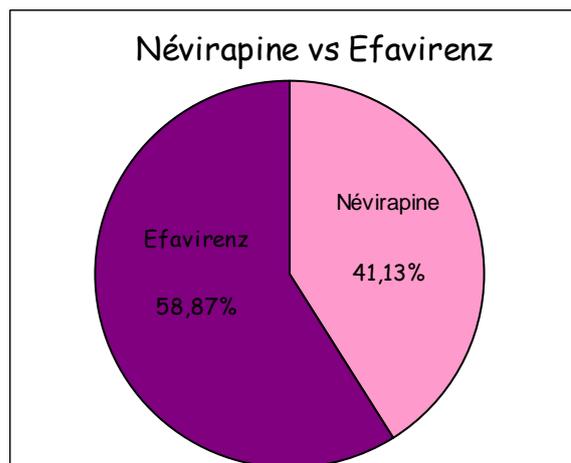
** Atripla et Truvada inclus



Névirapine vs Efavirenz

	Nbre	%
Névirapine	146	41,13%
Efavirenz*	209	58,87%
TOTAL	355	100%

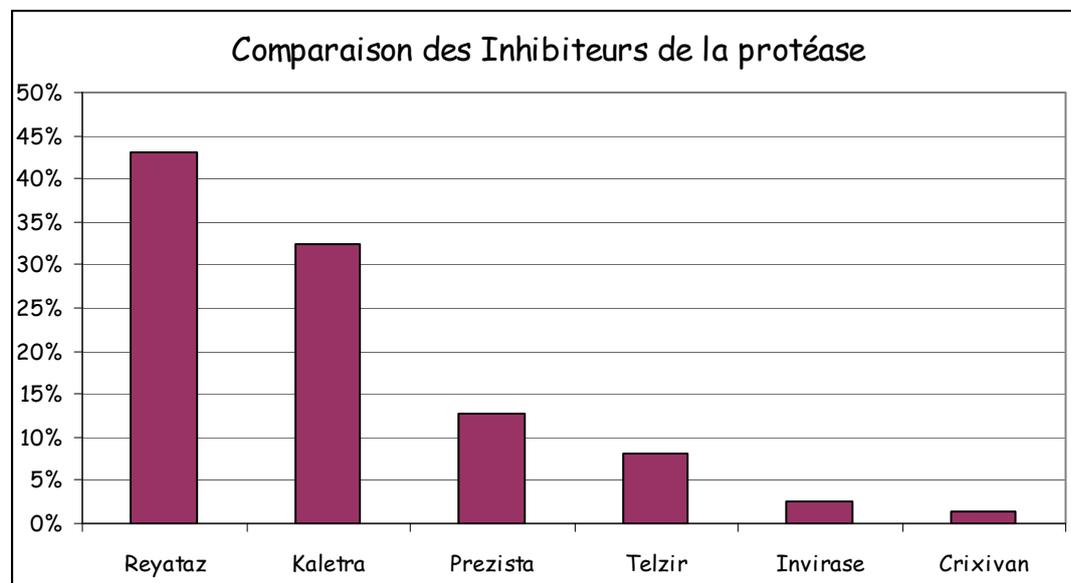
Atripla inclus



Comparaison des Inhibiteurs de la protéase

	Nbre	%
Reyataz	262	42,95%
Kaletra	197	32,30%
Prezista	77	12,62%
Telzir	50	8,20%
Invirase	16	2,62%
Crixivan	8	1,31%
TOTAL	610	100%

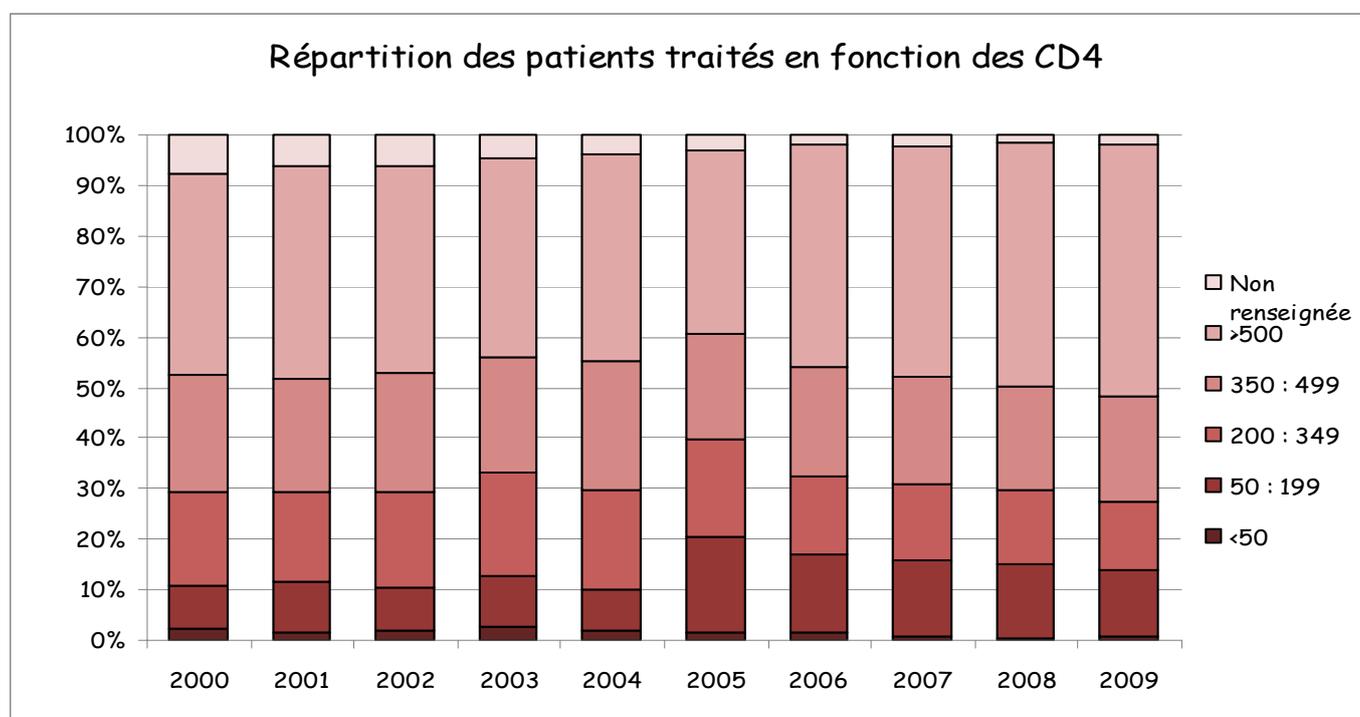
L.9



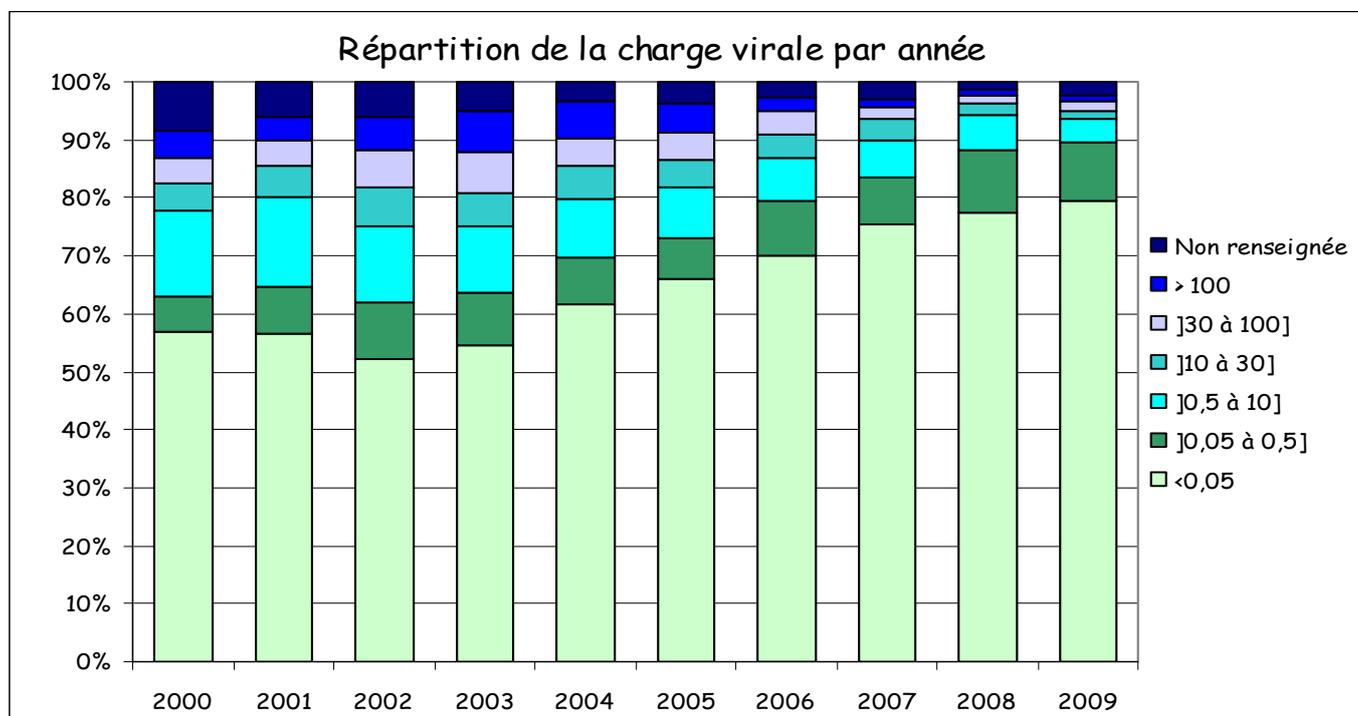
Répartition des patients traités en fonction des CD4 et de la Charge Virale.

Populations : Les patients traités depuis plus de 6 mois

	2000		2001		2002		2003		2004	
CD4/mm ³	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<50	13	2,14%	9	1,37%	15	2,12%	19	2,54%	14	1,80%
50 : 199	53	8,72%	67	10,23%	60	8,47%	76	10,15%	63	8,12%
200 : 349	112	18,42%	117	17,86%	132	18,64%	153	20,43%	154	19,85%
350 : 499	142	23,36%	146	22,29%	168	23,73%	170	22,70%	196	25,26%
>500	241	39,64%	275	41,98%	289	40,82%	295	39,39%	320	41,24%
Non renseignée	47	7,73%	41	6,26%	44	6,21%	36	4,81%	29	3,74%
TOTAL	608	100,00%	655	100,00%	708	100,00%	749	100,00%	776	100,00%
	2005		2006		2007		2008		2009	
CD4/mm ³	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<50	14	1,72%	14	1,70%	7	0,83%	5	0,55%	8	0,86%
50 : 199	71	8,74%	62	7,52%	60	7,13%	51	5,64%	44	4,72%
200 : 349	175	21,55%	139	16,85%	139	16,53%	146	16,15%	136	14,59%
350 : 499	191	23,52%	196	23,76%	196	23,31%	205	22,68%	216	23,18%
>500	332	40,89%	395	47,88%	419	49,82%	481	53,21%	509	54,61%
Non renseignée	29	3,57%	19	2,30%	20	2,38%	16	1,77%	19	2,04%
TOTAL	812	100,00%	825	100,00%	841	100,00%	904	100,00%	932	100,00%



CV 10 ³ cp / ml	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<0,05	345	56,74%	371	56,64%	369	52,12%	408	54,47%	479	61,73%
]0,05 à 0,5]	38	6,25%	52	7,94%	69	9,75%	69	9,21%	63	8,12%
]0,5 à 10]	90	14,80%	102	15,57%	93	13,14%	86	11,48%	77	9,92%
]10 à 30]	28	4,61%	35	5,34%	48	6,78%	42	5,61%	44	5,67%
]30 à 100]	27	4,44%	28	4,27%	45	6,36%	54	7,21%	38	4,90%
> 100	29	4,77%	27	4,12%	41	5,79%	53	7,08%	50	6,44%
Non renseignée	51	8,39%	40	6,11%	43	6,07%	37	4,94%	25	3,22%
TOTAL	608	100,00%	655	100,00%	708	100,00%	749	100,00%	776	100,00%
CV 10 ³ cp / ml	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<0,05	535	65,89%	579	70,18%	634	75,39%	701	77,54%	742	79,61%
]0,05 à 0,5]	57	7,02%	77	9,33%	69	8,20%	96	10,62%	92	9,87%
]0,5 à 10]	72	8,87%	62	7,52%	54	6,42%	55	6,08%	38	4,08%
]10 à 30]	39	4,80%	33	4,00%	29	3,45%	17	1,88%	12	1,29%
]30 à 100]	39	4,80%	33	4,00%	19	2,26%	14	1,55%	17	1,82%
> 100	39	4,80%	19	2,30%	10	1,19%	10	1,11%	10	1,07%
Non renseignée	31	3,82%	22	2,67%	26	3,09%	11	1,22%	21	2,25%
TOTAL	812	100,00%	825	100,00%	841	100,00%	904	100,00%	932	100,00%



L.10 Patients co-infectés VIH/Hépatites

Population : Patients co-infectés par l'hépatite B, C ou B et C

Répartition par sexe

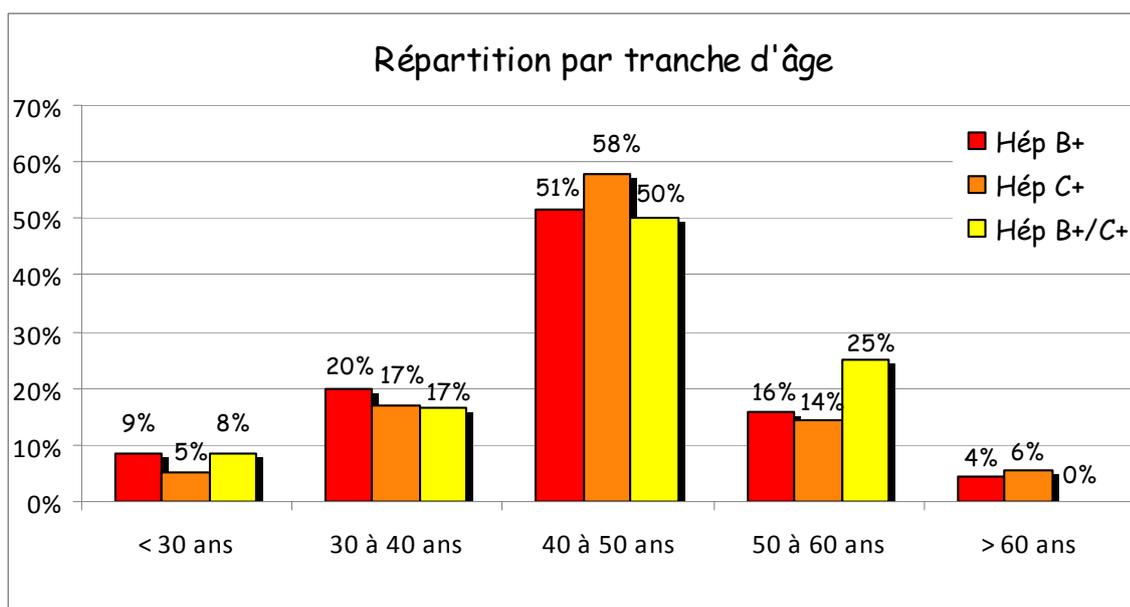
	Hépatite B+		Hépatite C+		Hépatite B+/C+	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Femmes	20	29%	55	31%	10	83%
Hommes	50	71%	121	69%	2	17%
TOTAL	70	100%	176	100%	12	100%

Hépatite B : non renseigné pour 195 patients (hors patients PMA)

Hépatite C : non renseigné pour 16 patients (hors patients PMA)

Répartition par âge

	Hépatite B+		Hépatite C+		Hépatite B+/C+	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
< 30 ans	6	9%	9	5%	1	8%
30 à 40 ans	14	20%	30	17%	2	17%
40 à 50 ans	36	51%	102	58%	6	50%
50 à 60 ans	11	16%	25	14%	3	25%
> 60 ans	3	4%	10	6%	0	0%
TOTAL	70	100%	176	100%	12	100%



L.11 Pathologies

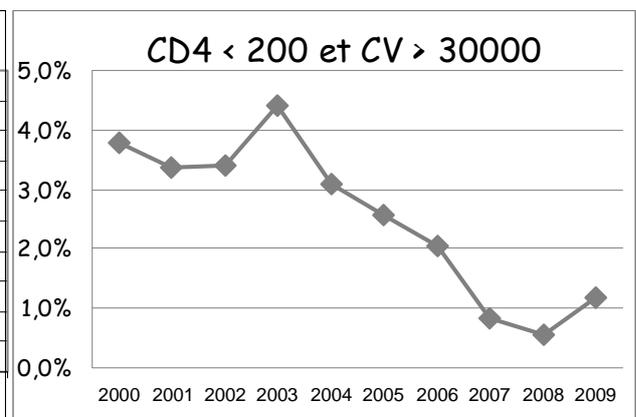
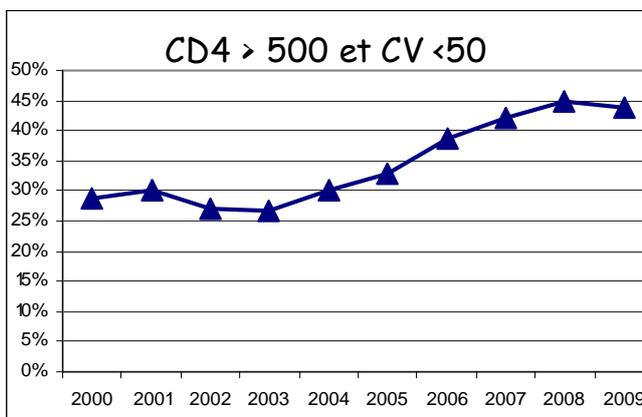
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Lymphome	Nbre de patients	2	2	0	3	0	3	
	CD4 moyen	179	233		395	/	190	
Sarcome de Kaposi	Nbre de patients	3	3	3	1	2	6	
	CD4 moyen	301	164	38	81	218	266	
Tuberculose	Nbre de patients	0	0	0	0	2	2	
	CD4 moyen	/	/	/	/	142	786	
Toxoplasmose	Nbre de patients	1	4	3	2	4	0	
	CD4 moyen	53	166	16	286	59	/	
Pneumocystose pulmonaire	Nbre de patients	5	7	8	8	8	8	
	CD4 moyen	198	105	21	70	34	94	
LEMP	Nbre de patients	0	2	0	1	2	2	
	CD4 moyen	/	620	/	50	190	186	
Candidose Oesophagienne	Nbre de patients	3	6	8	5	1	4	
	CD4 moyen	70	60	85	79	435	115	
Cryptococcose	Nbre de patients	0	2	0	0	0	0	
	CD4 moyen	/	28	/	/	/	/	
Salmonellose	Nbre de patients	0	0	0	0	2	0	
	CD4 moyen	/	/	/	/	655	/	
Infarctus myocarde	Nbre de patients	2	1	4	3	5	4	
	CD4 moyen	417	373	793	537	508	594	
Cancer non classant	K poumon	Nbre de patients	4	0	1	0	0	3
	K foie	Nbre de patients	0	1	0	0	0	1
	K anal	Nbre de patients	0	0	0	0	2	7
	K estomac	Nbre de patients	0	0	0	1	1	0
	K pancréas	Nbre de patients	0	0	0	0	1	0
	K peau	Nbre de patients	0	0	0	0	0	1
	TOTAL	Nbre de patients	4	1	1	1	4	12
	CD4 moyen	230	Non renseignée	203	119	543	298	

L.12 Evolution du pourcentage de patients : <200 CD4/mm³ et >30 000cp/ml, >500 CD4/mm³ et charge virale indétectable

Population : Patients traités depuis plus de 6 mois à l'année indiquée

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Traité >6 mois	608	655	708	749	776	812	825	841	904	932
	80,00%	80,57%	80,82%	81,95%	81,94%	80,80%	82,42%	80,02%	79,79%	81,61%
CD4 < 200 CV > 30000	23	22	24	33	24	21	17	7	5	11
	3,78%	3,36%	3,39%	4,41%	3,09%	2,59%	2,06%	0,83%	0,55%	1,18%
CD4 > 500 CV <50	175	197	191	201	233	266	318	353	405	408
	28,78%	30,08%	26,98%	26,84%	30,03%	32,76%	38,55%	41,97%	44,80%	43,78%

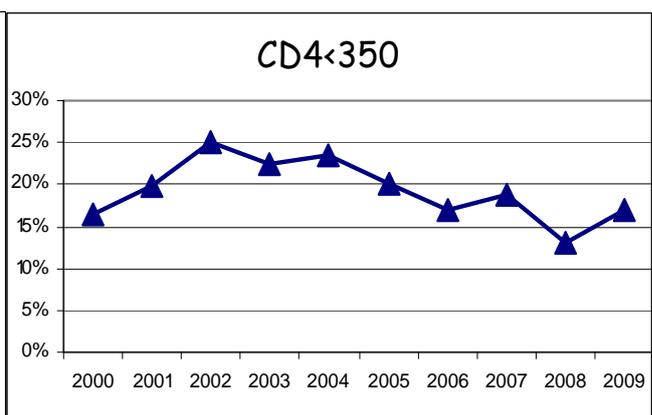
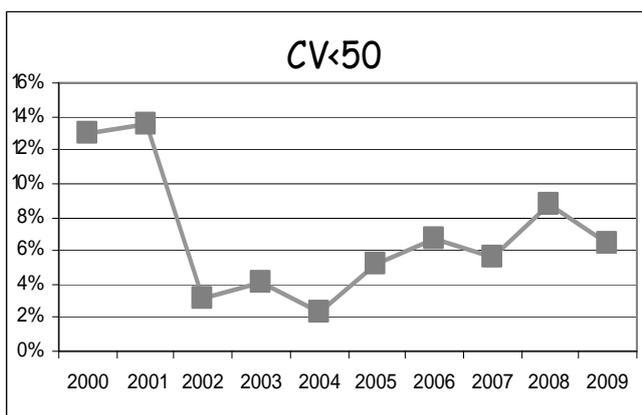
*Données recueillies sur la fiche du dernier recours renseignée de l'année indiquée



Population : Patients non traités au cours de l'année indiquée

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Non traités	85	96	156	173	171	175	164	160	161	124
	11,18%	11,81%	17,81%	18,93%	18,06%	17,41%	16,38%	15,22%	14,21%	10,86%
CV<50	11	13	5	7	4	9	11	9	14	8
	12,94%	13,54%	3,21%	4,05%	2,34%	5,14%	6,71%	5,63%	8,70%	6,45%
CD4<350	14	19	39	39	40	35	28	30	21	21
	16,47%	19,79%	25,00%	22,54%	23,39%	20,00%	17,07%	18,75%	13,04%	16,94%

*Données recueillies sur la fiche du dernier recours renseignée de l'année indiquée



L.13 Cas pédiatriques

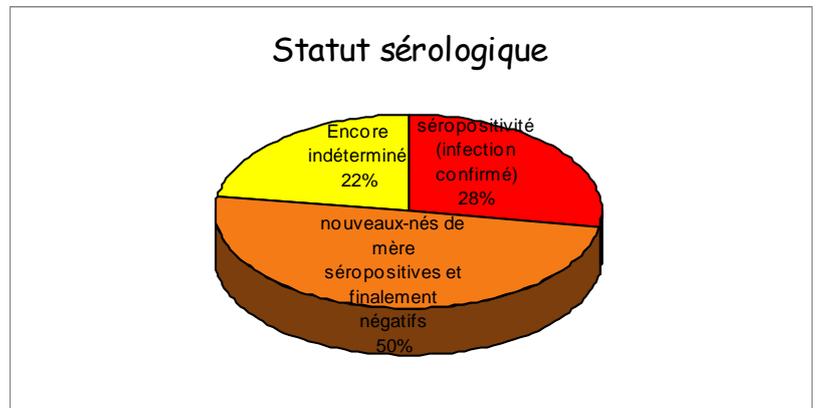
Nombre de grossesse en 2009 : 25

Population : Patients suivis en pédiatrie

Nombre d'enfants suivis en pédiatrie : 58

Statut sérologique

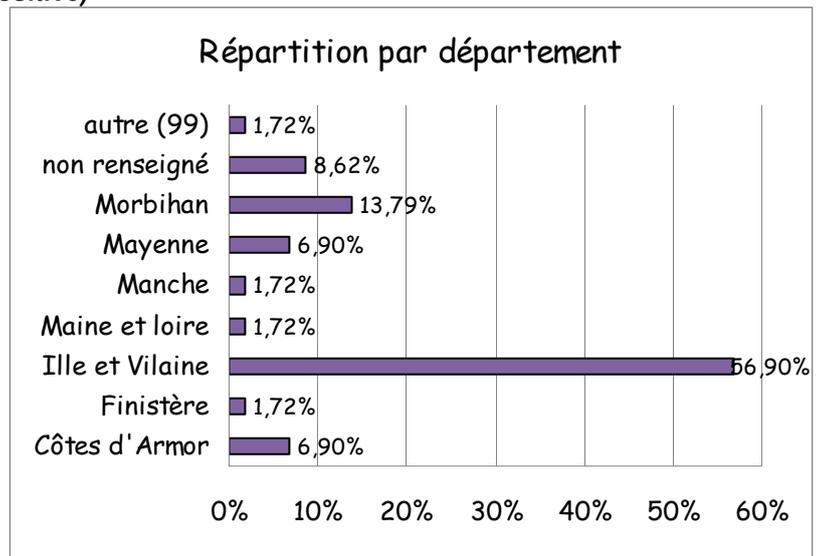
Statut sérologique	Nbre	%
séropositivité (infection confirmée)	16	27,59%
nouveaux-nés de mère séropositive et finalement négatifs	29	50,00%
Encore indéterminé	13	22,41%
TOTAL	58	100%



Répartition par département

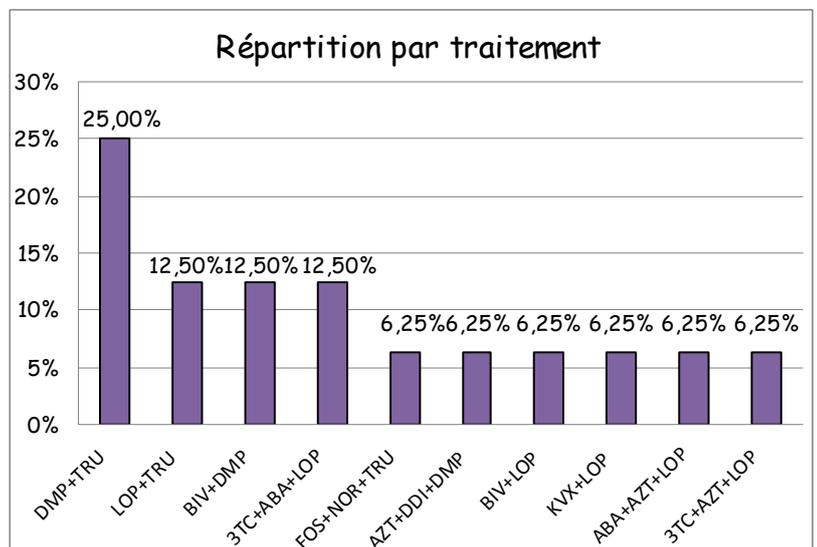
(Patients infectés+patients nés de mère séropositive)

Département	Nbre	%
Côtes d'Armor	4	6,90%
Finistère	1	1,72%
Ille et Vilaine	33	56,90%
Maine et loire	1	1,72%
Manche	1	1,72%
Mayenne	4	6,90%
Morbihan	8	13,79%
non renseigné	5	8,62%
autre (99)	1	1,72%
TOTAL	58	100%



Répartition par traitements

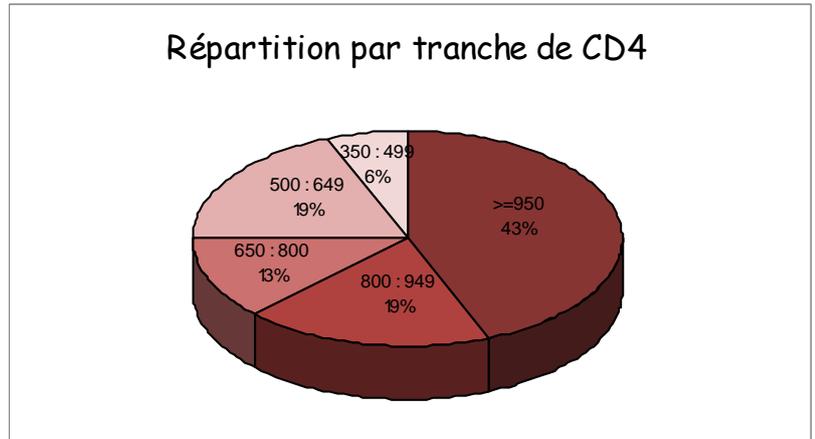
Traitement	Nbre	%
sustiva+truvada	4	25,00%
kaletra+truvada	2	12,50%
combivir+sustiva	2	12,50%
kivexa+kaletra	2	12,50%
telzir+norvir+truvada	1	6,25%
retrovir+videx+efavirenz	1	6,25%
combivir+kaletra	1	6,25%
kivexa+kaletra	1	6,25%
ziagen+retrovir+kaletra	1	6,25%
combivir+kaletra	1	6,25%
TOTAL	16	100,00%



Répartition par tranche de CD4 et CV pour les enfants traités

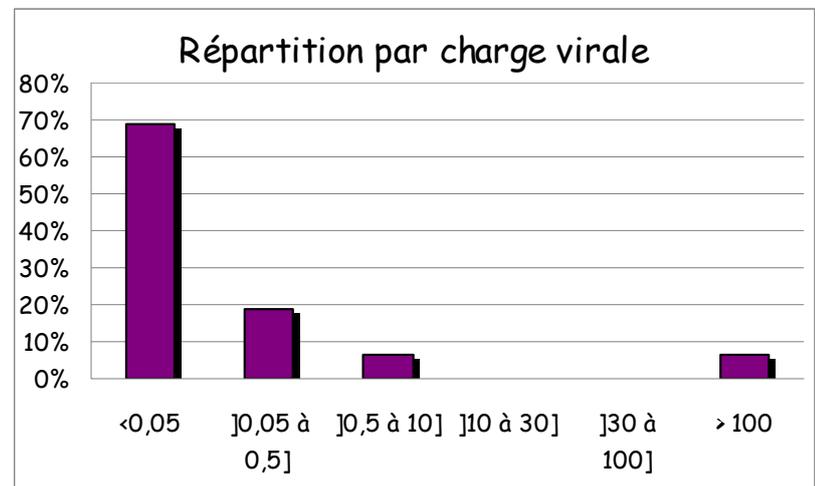
→ par tranche de CD4

	Nbre	%
>=950	7	44%
800 : 949	3	19%
650 : 800	2	13%
500 : 649	3	19%
350 : 499	1	6%
200 : 349	0	0%
50 : 200	0	0%
< 50	0	0%
TOTAL	16	100%



→ par Charge virale

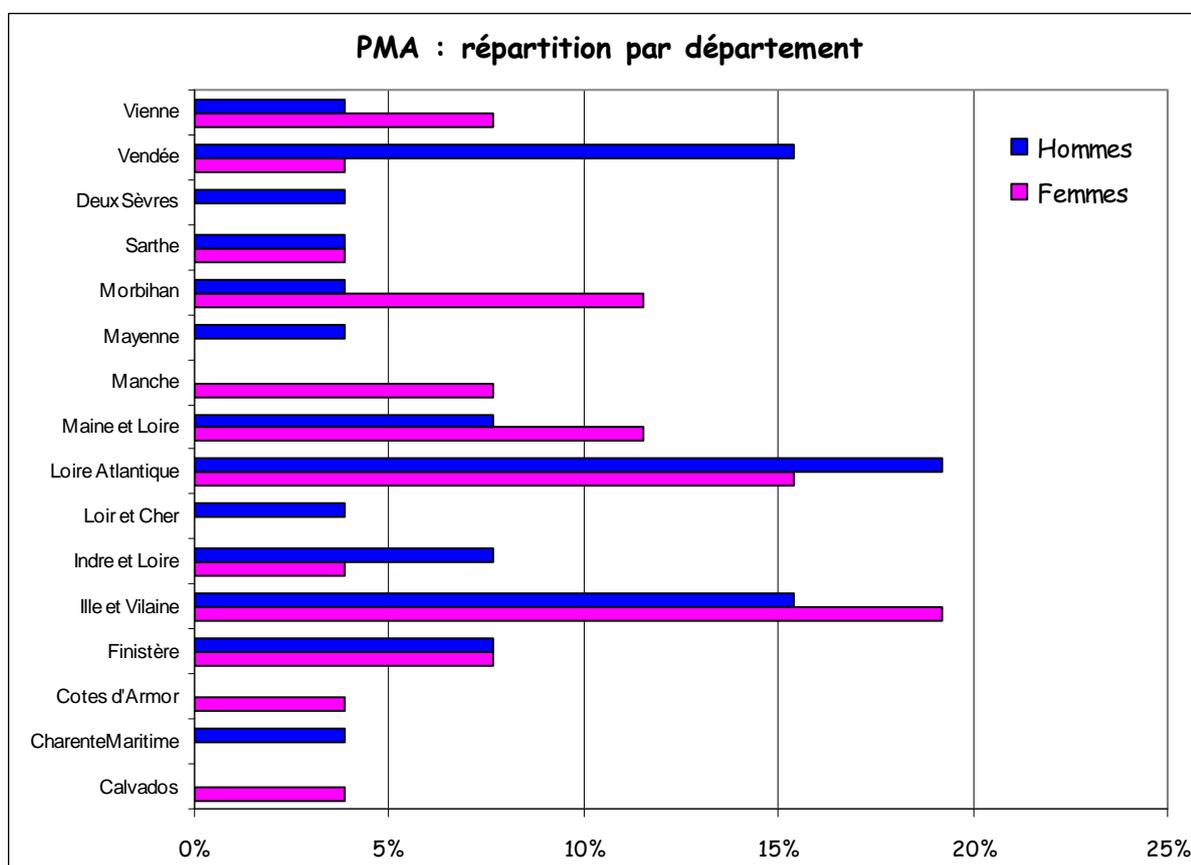
10 ³ cp / ml	Nbre	%
<0,05	11	68,75%
]0,05 à 0,5]	3	18,75%
]0,5 à 10]	1	6,25%
]10 à 30]	0	0,00%
]30 à 100]	0	0,00%
> 100	1	6,25%
TOTAL	16	100%



L.14 Procréation Médicalement Assistée

Population : Patients venus au CHU de Rennes pour prise en charge en aide médicale à la procréation à risque viral

Département	Femmes		Hommes	
	Nbre	%	Nbre	%
Calvados	1	3,85%	0	0,00%
CharenteMaritime	0	0,00%	1	3,85%
Cotes d'Armor	1	3,85%	0	0,00%
Finistère	2	7,69%	2	7,69%
Ille et Vilaine	5	19,23%	4	15,38%
Indre et Loire	1	3,85%	2	7,69%
Loir et Cher	0	0,00%	1	3,85%
Loire Atlantique	4	15,38%	5	19,23%
Maine et Loire	3	11,54%	2	7,69%
Manche	2	7,69%	0	0,00%
Mayenne	0	0,00%	1	3,85%
Morbihan	3	11,54%	1	3,85%
Sarthe	1	3,85%	1	3,85%
Deux Sèvres	0	0,00%	1	3,85%
Vendée	1	3,85%	4	15,38%
Vienne	2	7,69%	1	3,85%
TOTAL	26	100%	26	100%



L.15 CECOS

Nombre des couples traités en réunion pluridisciplinaire en 2009 : 37

Couples sérodifférents Hommes VIH+ : 20

Couples sérodifférents Femmes VIH+ : 16

Couples VIH+ : 2

L'un des 2 couples est co-infecté VHC

1 homme est co-infecté VHC

1 homme est co-infecté VHB

en 2009

1 naissance

4 grossesses cliniques

1 grossesse naturelle

Techniques utilisées au CECOS pour l'ensemble des couples à risque viral

Certains couples ne sont pas VIH+

	Nb total de cycles	Nb de grossesses	%G/cycle
IIU	88	11	12,5
FIV	19	2	10,5
ICSI	41	6	14,6
TEC	33	3	9

IIU: injection intra uterine

FIV: fécondation in vitro

ICSI: injection de spermatozoïde intra cytoplasmique

TEC: transfert d'embryons congelés

L.16 Patients infectés par le VIH et décédés en 2009, toutes causes confondues

Population : patients décédés au cours de l'année civile 2009

	Age	Sexe	Cause	Stade	Décès du au VIH	Décès du au Sida	Tabac
1	66	H	pancréatite aiguë	A2	oui	/	11 à 20 cig/jour
2	49	H	Tumeur du poumon	B3	non	/	11 à 20 cig/jour
3	70	H	Sida avec infections multiples	C3	/	oui	ancien fumeur
4	42	F	cryptosporidiose intestinale	C3	/	oui	non fumeur
5	59	H	Tumeur du foie	B1	non	/	11 à 20 cig/jour
6	39	H	suicide	B3	non	/	21 à 30 cig/jour
7	36	H	accident travail	C3	/	non	11 à 20 cig/jour
8	48	H	septicémie	B3	oui	/	>30 cig/jour
9	75	H	tumeur de la gorge	B2	non	/	<10 cig/jour
10	52	H	tumeur du foie	C3	/	non	non renseignée
11	49	F	cirrhose	C3	/	non	21 à 30 cig/jour
12	60	H	insuffisance cardiaque	B2	non	/	ancien fumeur
13	44	H	suicide	C3	/	non	11 à 20 cig/jour
14	45	H	tumeur des poumons	B3	non	/	<10 cig/jour
15	40	H	cirrhose alcoolique	A3	non	/	11 à 20 cig/jour

M- CONCLUSIONS

Le CHU de Rennes est très impliqué dans la prise en charge de l'infection par le VIH, comme cela peut se voir dans les données chiffrées. Nous avons notamment essayé de développer des activités qui nous paraissaient essentielles, comme l'éducation thérapeutique ou l'aide médicale à la procréation à risque viral, malgré le contexte difficile de la mise en place de la tarification à l'activité.

La file active du service est assez stable depuis trois ans avec un peu plus de 1100 patients suivis. Mais les défis auxquels nous sommes confrontés évoluent. Un des grands enseignement de ces dernières années est de savoir prendre en charge correctement le vieillissement des patients infectés par le VIH et les aspects « inflammatoires » de l'infection. L'aspect prévention personnalisée apparaît en parallèle : l'augmentation de l'incidence des événements cardiovasculaires, des cancers, et notamment ceux liés aux virus HPV, de la morbi-mortalité liée au tabac. Toutes ces pathologies ont un aspect prévention qui est essentiel et sur lequel nous devons mettre tout notre poids.

En 2010, notre souhait est de mieux organiser cet aspect préventif tout en l'intégrant dans les hôpitaux de jour de synthèse annuelle, en association avec la prise en charge psychosociale et l'éducation thérapeutique, qui reste le parent pauvre de la prise en charge.

L'arrivée de nouvelles TECs au sein du COREVIH devrait permettre d'améliorer le recrutement dans les protocoles de recherche nationaux et internationaux, mais peut être également d'initier des protocoles de recherche nationaux.

Tout ce ci sans oublier de partager notre expérience avec des équipes qui en ont besoin, dans des pays de haute prévalence...

**ANNEXE 10 : Rapport d'activité Centre Hospitalier
de Quimper**



**CENTRE HOSPITALIER
DE CORNOUAILLE**
QUIMPER • CONCARNEAU

DEPARTEMENT DE PNEUMOLOGIE

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 – pneumologie II 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](mailto: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 30 mars 2010

PSYCHOLOGUE :

Sandrine JAOUEN

Poste 6279

RAPPORT D'ACTIVITE

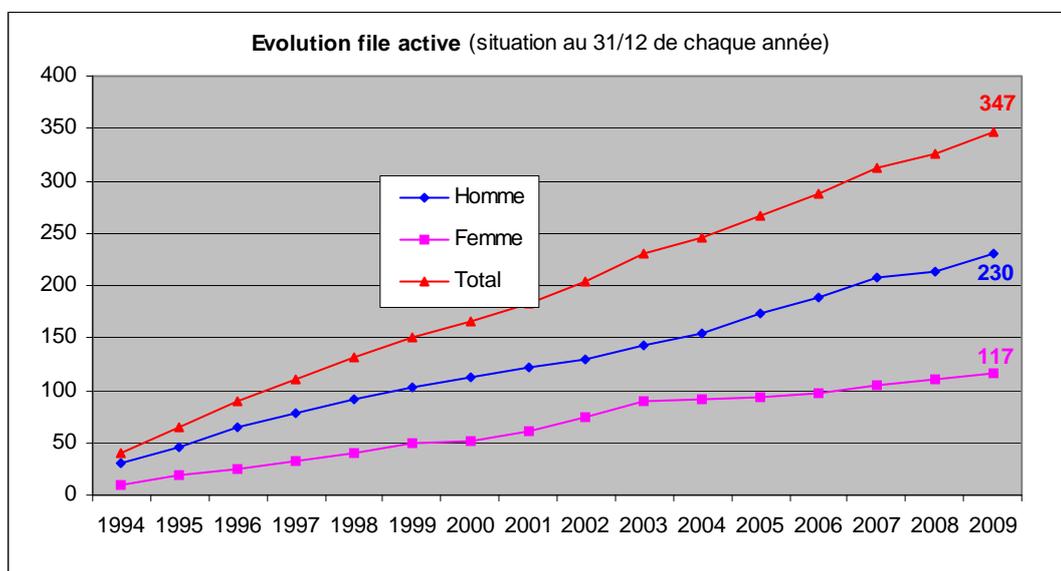
2009

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

La file active de patients passe de **325** au 31/12/2008 à **347** au 31/12/2009, soit une augmentation de 22.



En réalité **32 nouveaux patients** ont été pris en charge en 2009. Ces 32 nouveaux patients se répartissent en **12 nouvelles sérologies et 20 patients** déménageant dans la région. Il faut ajouter à cela les retraits de la file pour déménagement ou décès, ce qui explique la différence.

Le ratio hommes femmes ne change pas, 66,3% d'hommes (230) et 33,7% de femmes (117).

Le pourcentage de personnes bénéficiant d'un traitement est en augmentation (83,5%). Ceci peut s'expliquer par le travail réalisé auprès de la population infectée, en insistant sur l'intérêt du traitement, ceci en mettant l'accent sur les bénéfices apportés par ce dernier.

La mise en place de la consultation d'observance, réalisée de façon informelle auparavant, a permis de s'attarder sur l'observance en prenant en compte la culture et les représentations de chacun, les pathologies annexes comme les hépatites et l'état psycho-social des patients. De plus la présence non négligeable de ces personnes co-infectées VIH/Hépatites impose également un suivi spécifique chez ces personnes en éducation et prévention, avec les différents partenaires impliqués dans cette prise en charge.

31-déc-09	Origine Africaine : 44 soit 12,7%
	Co-infectés VIH / VHC : 42 soit 12,1%
	Co-infectés VIH / VHB : 17 soit 4,9%
	Dont Co-infectés VIH / VHB : 2
	Traités : 290 soit 83,5%
Sous IP : 200 soit 69% des patients traités	

Tableau des nouvelles contaminations - année 2009

	Age	Sexe	Contamin.	Pays	Au diagnostic		Stade	Virus	Traitement
					CD4	CV			
1	35	F	Hétéro...	Côte d'Ivoire	273	58 913	A2	CRFO_AG	ATV/r TNV/FTC
2	30	F	Hétéro...	Tchad	356	60 030	A3		AZT/3TC LPV/r
3	59	H	Hétéro...	France	342	6 211	A2	B	ATV/r TNV/FTC
4	54	H	Homo...	France	79	2 445 854	Pneumocyst.	B	LPV/r TNV/FTC
5	23	F	Hétéro...	Sénégal	158	59 176	A3	CRFO_AG	ATV/r AZT/3TC
6	59	H	Homo...	France	645	30 198	A1	B	ATV/r TNV/FTC
7	38	H	Homo...	France	108	277 141	B3	B	LPV/r TNV/FTC
8	26	H	Hétéro...	France	289	37 626	B2	G	DRV/r TNV/FTC
9	28	H	Homo...	France	1223	3 472	A1	CRFO_AG	
10	60	H	Hétéro...	France	434	132	A2		EFV TNV/FTC
11	26	F	Hétéro...	France	369	3 865 473	A2 (P.I)	B	ATV/r TNV/FTC
12	28	F	Hétéro...	France	376	163 907	A2	A Like	

Tableau des décès - année 2009

	Age	Sexe	Au décès		Cause du décès
			CD4	CV	
1	61	H	432	indélect.	Ins.respir. Aigüe
2	50	F	376	indélect.	IDM
3	59	H	161	indélect.	K prostate
4	66	H	627	41	Suicide
5	32	H	37	153 249	I Rénale
6	55	F	630	indélect.	Hémorrag. Interne
7	54	H	293	indélect.	Ins.respir. Aigüe
8	41	F	218	indélect.	K sein

2009 est marqué par une augmentation du nombre de nouvelles sérologies, sans caractéristiques particulières. Toutes les populations sont concernées, tout âge, sexe, homosexuels et hétérosexuels. Les migrants sont aussi concernés, et on voit également des dépistages tardifs, à un stade avancé de la maladie. Dans tous les cas ces nouvelles prises en charge nécessitent des consultations rapprochées. C'est aussi l'occasion de leur proposer un suivi en consultation d'observance.

Quand il s'agit d'une nouvelle séropositivité, 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. Toute 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. Les prises en charge tardives avec un désordre immunitaire important nécessitent une vigilance particulière, des bilans complémentaires approfondis et des consultations complémentaires. Pour les migrants, nous nous retrouvons le plus souvent devant des situations

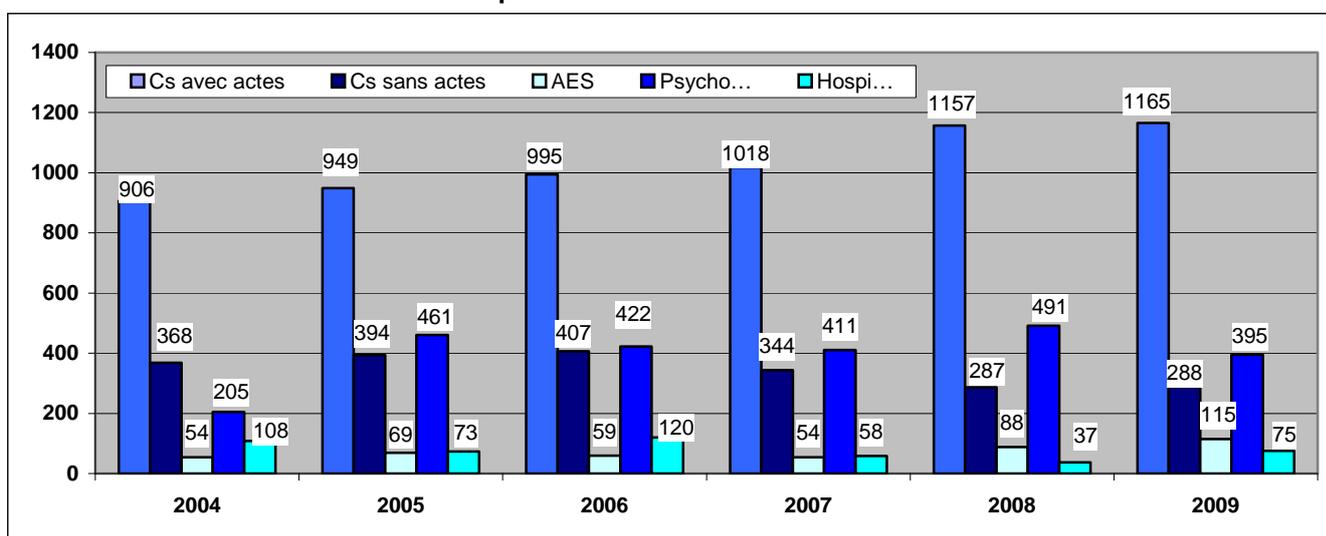
sanitaires et sociales très précaires, où tout est à mettre en place (autorisation de séjour sur le territoire, logement, couverture sociale, bilan de santé...). Sans oublier l'éclatement familial avec une famille restée très souvent en Afrique, et les difficultés de prise en charge liées aux représentations culturelles.

Les **consultations** sont au nombre de **1 453** (contre 1 444 en 2008). Sur ces consultations 1165 (71%) sont accompagnés d'actes infirmiers, représentés par des prises de sang essentiellement dont des prélèvements sur chambre implantable, et des aérosols.

Ce total de consultations (1 453) ne concerne 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.

Il faut donc rajouter à cela l'activité de la psychologue avec 274 consultations dans le cadre de la consultation VIH (*395 au total : Patients VIH + patients pneumo*), la prise en charge des AES avec 34 accidents qui ont généré au total 115 consultations pour le suivi, et la prise en charge lors des hospitalisations. Les conseils téléphoniques, les entretiens personnalisés pour information ou après prise 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 constituent également une activité non négligeable.

Répartition des consultations



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 patients	Nombre de Cs en %
Moins de 2 Cs par an	37	10,6%
De 2 à 4 Cs par an	187	54%
Plus de 4 Cs par an	123	35,3%
Dont plus de 10 Cs par an	15	4,1%

71% 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.

Les complications liées au vieillissement de la population se confirment. L'efficacité des traitements induit ce vieillissement, mais l'infection au VIH elle même le majore. D'autres part les traitements potentialisent aussi ces complications. Ceci impose du coup à prendre en charge toutes les pathologies inhérentes à cet état de fait.

La consultation devient donc des plus en plus complexe. On se retrouve devant des pathologies neurologiques et neuropsychiatriques, 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.

La prise en charge pour accidents d'exposition au VIH (AES), accidents d'exposition des professionnels de santé, mais aussi accidents d'exposition sexuels. Ces accidents sont à la hausse. 34 accidents qui ont généré 115 consultations (consultation initiale, suivi biologique et virologique, et souvent aide psychologique car les AES génèrent des angoisses...). Les accidents d'exposition sexuels constituent souvent de vraies prises de risques qu'il faut prendre en charge dans un contexte de conduites addictives.

Les journées d'hospitalisation sont comptabilisé sur le service de pneumologie dans le service de pneumologie, mais pas dans les autres services de l'établissement ou l'équipe sert de lien et relais pour les autres professionnels (gynéco et maternité pour la prise en charge des grossesses et des nouveaux nés, mais aussi des problèmes gynécologiques; gastro-entérologie pour le suivi des hépatites virales C; mais aussi autres services prenant en charge différentes pathologies ou accidents, liés ou non au VIH). Et dans ces situations le travail de coordination est essentiel.

Quelques données épidémiologiques concernant la file active :

Tableau des CD4 et ARN du VIH

CD4 ≤ 50	5	1,4%	CV < 20	231	66,6%
50 > CD4 ≤ 200	22	6,3%	20 > CV < 4 000	69	19,9%
200 > CD4 ≤ 350	42	12,1%	4 000 > CV < 10 000	8	2,3%
350 > CD4 ≤ 500	80	23,1%	10 000 > CV < 50 000	18	5,2%
CD4 > 500	198	57,1%	50 000 > CV < 100 000	7	2,0%
			CV > 100 000	14	4,0%
Total	347	100%	Total	347	100/%

(Ce tableau tient compte des personnes traitées et non traitées)

Répartition selon âge et sexe

	Femmes	Hommes	Total	%
< 5 ans	0	0	0	0,0%
5 - 14 ans	0	0	0	0,0%
15 - 19 ans	0	0	0	0,0%
20 - 24 ans	5	1	6	1,7%
25 - 29 ans	11	6	17	4,9%
30 - 34 ans	19	11	30	8,6%
35 - 39 ans	21	30	51	14,7%
40 - 44 ans	22	48	70	20,2%
45 - 49 ans	16	52	68	19,6%
50 - 59 ans	13	57	70	20,2%
60 - 69 ans	7	21	28	8,1%
> 70 ans	3	4	7	2,0%
Total	117	230	347	100,0%

Tableau des combinaisons de molécules

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Monothérapie	10	11	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Monoth. en %	25,0%	16,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
Bithérapie		20	27	27	11	10	8	9	9	6	4	8	7	5	0	0
Bith. en %		30,8%	30,0%	24,1%	8,3%	6,6%	4,8%	4,9%	4,4%	2,6%	1,6%	3,0%	2,4%	1,6%	0,0%	0,0%
Trithérapie			32	65	87	100	111	128	142	161	173	188	193	211	220	250
Trith. en %			35,6%	58,0%	65,4%	65,8%	66,9%	69,6%	69,3%	69,4%	70,3%	70,1%	67,0%	67,4%	67,7%	72,0%
Quadrithérapie			1	7	14	19	18	10	11	20	14	16	18	30	31	33
Quadrith. en %			1,1%	6,3%	10,5%	12,5%	10,8%	5,4%	5,4%	8,6%	5,7%	6,0%	6,3%	9,6%	9,5%	9,5%
Pentathérapie					2	3	4	2	0	0	1	1	1	3	4	6
Pentath. en %					1,5%	2,0%	2,4%	1,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,3%	1,0%	1,2%	1,7%
Hexathérapie												1	3	2	1	1
Hexth. en %												0,4%	1,0%	0,6%	0,3%	0,3%

Tableaux des molécules utilisées

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AZT	9	27	54	44	11	8	13	9	8	5	6	5	5	6	5	4
ddl	1	15	18	15	12	14	21	26	22	37	43	38	27	14	14	12
ddC		5	12	15	5	5	4	3	2	3	3	1	0	0	0	0
3TC		3	28	70	75	78	77	60	67	86	94	74	52	22	15	19
d4T		1	6	54	86	96	79	67	47	26	16	10	9	3	0	0
Abc					2	5	10	15	20	25	29	16	13	5	2	5
TDF									21	67	59	93	58	36	23	22
FTC											1	16	2	3	2	7

Combivir					15	28	44	51	59	48	48	58	59	36	21	18
Trizivir								6	7	12	11	11	14	14	9	3
Truvada												3	45	114	136	153
Kivexa												15	21	44	48	52
AZT total	9	27	54	44	26	36	57	66	74	65	65	74	78	56	35	25
3TC total		3	28	70	90	106	121	117	133	146	153	143	132	116	93	92
FTC total											1	19	47	117	138	160
ABC total					2	5	10	21	27	37	40	42	48	63	59	60
TDF total									21	67	59	96	103	150	159	175

NVP				2	14	26	41	45	50	53	54	58	54	48	47	45
EFV				0	0	13	20	41	44	61	47	45	43	44	39	17
Intelence (TMC125)													2	4	6	8

Isentress															5	24	40
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	----	----

RTV			9	28	41	35	27	7	1	1	0	0	0	0	0	0
RTV boost						24	20	13	10	14	43	51	69	88	106	140
IDV			6	27	33	42	33	15	7	4	1	1	1	0	0	0
SQV			19	20	9	10	7	3	2	4	5	4	11	14	9	3
NFV				2	29	23	17	9	8	10	7	5	4	0	0	0
LPV							6	28	40	41	35	50	45	62	59	48
APV								1	0	5	9	8	14	16	11	6
ATZ											28	38	50	59	64	97
Tipra											1	2	2	2	2	0
Fuzéon										1	4	5	7	9	2	3
Prézista (TMC114)													2	10	25	48
Celsentri														1	1	1

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 : 274
Consultations pour la pneumologie : 121

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 et 2009.

Hormis ces généralités, quelques spécificités sont à préciser pour cette année d'activité 2009 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 2009 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 orientés 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

Avec la mise en place cette année des CoRéVIH (coordination régionale de la lutte contre le VIH) et le CIDDIST (Centre de Dépistage et Diagnostic des IST) ce domaine a pris de l'essor avec un élargissement des créneaux de dépistage et la possibilité de développer des actions de prévention. Ceci est d'autant plus nécessaire compte tenu les nouvelles contaminations, l'arrivée constante de nouveaux migrants. Les consultations dans le cadre de l'activité de dépistage nous renseignent sur les prises de risques, les populations concernées.

Il s'agit très souvent de prises de risques dans un contexte addictif, 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 imposent à l'équipe de se former régulièrement, lors des congrès, les réunions inter-centre de la région ouest. Le CoRéVIH constitue aujourd'hui le moteur de cette formation continue, qui permet en plus de partager les pratiques avec les équipes des autres centres régionaux, de travailler sur des thématiques, d'actualiser les connaissances, et réaliser des staffs pour les dossiers compliqués. Des commissions se sont constituées et l'équipe participe à plusieurs d'entre elles : dépistage, prévention, AES et logiciel NADIS, base informatique qui va se généraliser sur le pays.

Une information ciblée vers différents publics (cours à l'IFSI, interventions en milieu scolaire, formation de Médecins généralistes, Cardiologues, Pharmaciens...) est réalisée.

Le réseau pilote également avec la DDASS, l'IFSI, les associations, la mairie et les partenaires sociaux de la ville, les événements tels que le Sidaction et la journée mondiale du SIDA

5°) HEPATITE VIRALE C

La prise en charge systématique des hépatites se confirme. Les liens avec les gastro entérologues sont essentiels pour le suivi de ces patients co-infectés VIH/VHC. Les suivis se rapprochent pour les bilans pré-traitements, le suivi biologique durant toute la période du traitement qui dure en général 1 an, le soutien psychologique devant les effets secondaires neuro-psy liés au traitement). Ce partenariat s'étoffe avec les réunions du réseau VHC réunissant gastro-entérologues, virologues, infectiologues du département, qui se déroulent sur les sites 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 et le CoRéVIH
- Le travail avec les partenaires pour les évènements

Avec l'augmentation de la fille active, le vieillissement de la population infectée, les pathologies induites, la surcharge de travail se fait vivement sentir et met en exergue la prise en charge actuelle. L'éducation thérapeutique prend une place importante et se développe. Cette activité croissante avec la configuration actuelle de l'équipe risque de se traduire par une prise en charge de moins bonne qualité. Ceci pourrait avoir 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.

7°) CDAG - CIDDIST

Ces consultations concernent l'activité du CDAG - CIDDIST et du Planning Familial :

Consultations médicales	1 135
Entretiens infirmiers	1 165
Total	2 300

Répartitions des examens et résultats

Sérologies VIH	1 294	1
Sérologies VIH	1 034	0
Sérologies VIH	834	3
Sérologies VIH	92	2
Chlamydia	74	11
Herpès primo-infection		4
Herpès récurrent		4
HPV primo		19
HPV récurrent		30
LGV		1

Cette année j'ai pu proposer sur rendez-vous une consultation le mardi soir, permettant ainsi à des gens travaillant toute la semaine d'avoir accès à ce dépistage anonyme et gratuit. Les autres plages de permanence sont proposées sans rendez-vous.

Toutes ces consultations sont bien sûr accompagnées de messages de prévention et sur la mise au point des consultants sur la connaissance qu'ils ont de la transmission des différents virus sexuellement transmissibles.

Parallèlement à ces activités de dépistage et de prévention, des actions extérieures ont été menées, en particulier lors du Sidaction le samedi 28 mars 2009. Cette journée a été effectuée conjointement avec les associations Aides et Chrétiens et Sida : 33 personnes ont été dépistées au Centre Ville de Quimper, nous avons également ouvert toute la journée le CDAG le vendredi 27 mars : 36 dépistages ont pu être ainsi effectués.

Nous avons essayé de mettre en place des actions de dépistage ciblées sur des lieux particuliers ; la météo ne nous a pas beaucoup aidé, en effet plusieurs permanences de dépistage qui auraient dû être effectuées à proximité de plages ont été annulées en raison du mauvais temps. Une seule a été maintenue, le vendredi 31 juillet.

Nous avons de nouveau collaboré avec les associations sus-citées le samedi 28 novembre, à l'occasion de la journée mondiale du Sida ; cette fois-ci le dépistage a été proposé à la MPT de Penhars. Le CDAG était également ouvert toute la journée le vendredi 27 novembre et mardi 1^{er} décembre.

L'augmentation des plages de permanence et les actions ouvertes sur l'extérieur ont été rendues possibles par l'implication des infirmières du CIDDIST et de l'infirmier coordinateur, et grâce à la collaboration avec les associations de soutien aux patients. A noter également notre implication au sein du COREVIH pour améliorer la prise en charge du dépistage sur toute la région et surtout aboutir à une démarche régionale commune de dépistage.

Le réseau VIH

**ANNEXE 11 : Rapport d'activité Centre Hospitalier
de Saint-Brieuc**

Centre Hospitalier de St Briec / File active 2009

Le service comprend :

- Une secrétaire (50%)
- Une infirmière (100% CDAG compris)
- 4 Ph : C. Daniel 60%
 - C. Beuscart 30%
 - S. Le Moal 20%
 - P. Beaucournu 10% au CDAG

Soit 1,2 poste de Ph

Indicateurs quantitatifs :

File active :

Nombre de cas séropositivité au VIH : 303

Nombre de cas SIDA : 84

Age moyen : 48 ans

Hospitalisations/Consultations :

- Nombre d'hospitalisations complètes : 28
 - Nombre d'hospitalisations de jour : 293 (Hôpital de jour en diminution en vue de la « circulaire frontière »)
 - Nombre de consultations : 1839
- Ces données sont non renseignées pour 21 patients.

AES :

- Nombre de prise en charge d'AES : 50

Notion de correspondants spécialisés identifiés :

- Dermatologue : aucune difficulté pour avoir un RDV, ce situe dans le même service
 - Cardiologue : difficulté de consultation, manque de personnel, de temps (un Ph dans le service a une formation de cardiologue)
 - Gynécologue : aucune difficulté pour avoir un RDV
 - Nutrition-Métabolisme-Endocrinologie : aucune difficulté pour avoir un RDV
 - Sexologue : aucun praticien dans l'hôpital
 - Psychiatre : aucune difficulté pour avoir un RDV
 - Consultations douleurs : aucune difficulté pour avoir un RDV
 - Rhumatologue : aucune difficulté pour avoir un RDV
-
- Assistante sociale : une pour l'étage (services dermatologie, rhumatologie, maladies infectieuses, médecine interne, hématologie et oncologie) est disponible en cas de besoin
 - Psychologue : présente à mi-temps dans le service (mardi matin, mercredi et vendredi toute la journée)
 - Consultation d'éducation thérapeutique : ont pris le parti de ne pas faire d'éducation thérapeutique mais l'infirmière, un praticien et le psychologue ont une formation « d'observance thérapeutique »

Indicateur de « volume » :

Volume horaire des consultations proposées :

→ La journée RDV entre 9h et 16h

→ Ne consulte pas dans la soirée et le samedi, ni entre 12h et 13h

Indicateurs qualitatifs :

La salle d'attente comprend :

→ De la documentation sur le VIH, sur les MST, les hépatites

→ De la documentation sur la prévention

→ Des affiches de prévention

→ Des magazines

L'attente ne dure que 5 à 10 minutes.

La salle d'attente ne comprend pas de coin café mais les patients ont un petit déjeuner avant de partir s'ils ont eu un prélèvement.

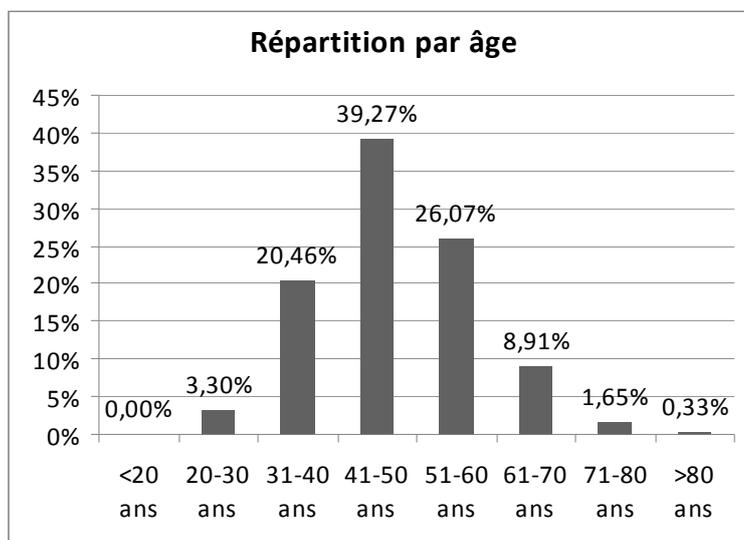
Démographie

Répartition par sexe

	Nbre	%
Femmes	81	27,21%
Hommes	222	72,79%
TOTAL	303	100,00%

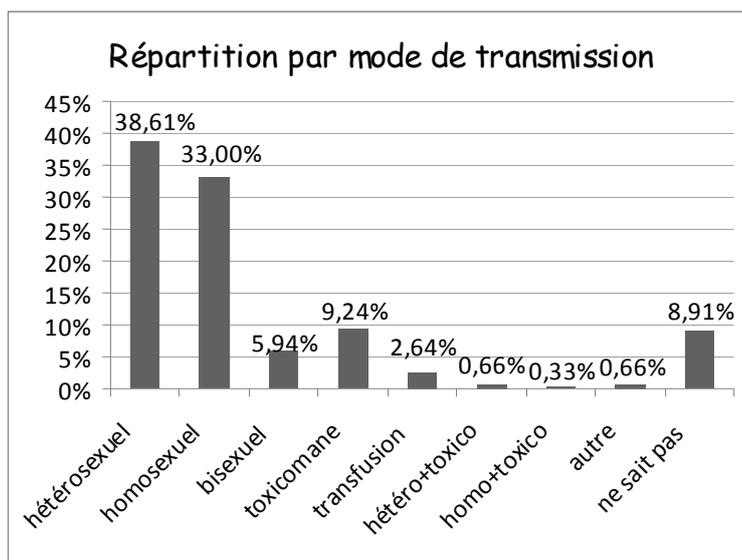
Répartition par âge

	Nbre	%
<20 ans	0	0,00%
20-30 ans	10	3,30%
31-40 ans	62	20,46%
41-50 ans	119	39,27%
51-60 ans	79	26,07%
61-70 ans	27	8,91%
71-80 ans	5	1,65%
>80 ans	1	0,33%
TOTAL	303	100,00%



Mode de transmission

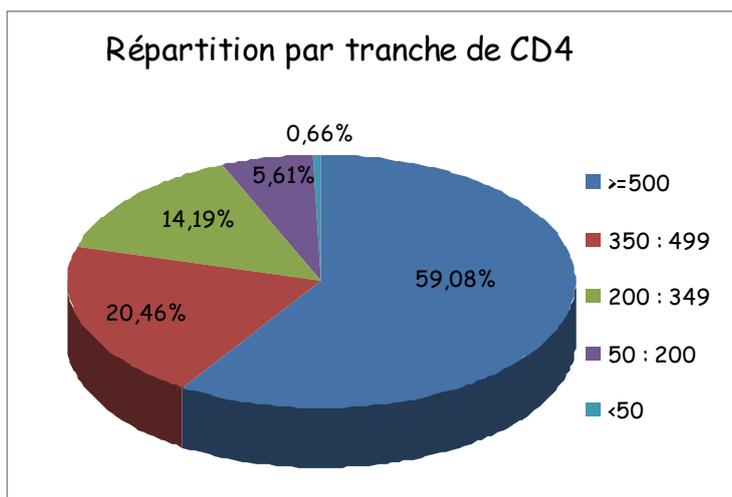
	Nbre	%
hétérosexuel	117	38,61%
homosexuel	100	33,00%
bisexuel	18	5,94%
toxicomane	28	9,24%
transfusion	8	2,64%
hétéro+toxico	2	0,66%
homo+toxico	1	0,33%
autre	2	0,66%
ne sait pas	27	8,91%
TOTAL	303	100,00%



	Nbre	%
stade C	84	27,72%

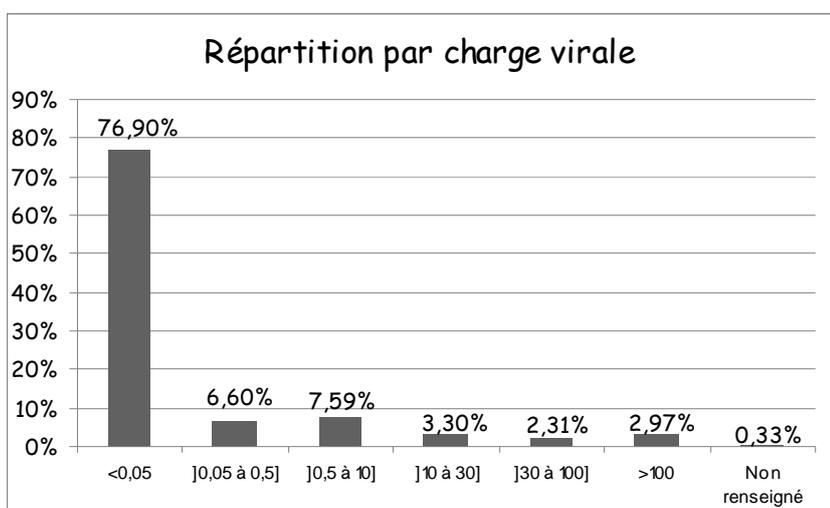
Répartition par tranche de CD4

	Nbre	%
>=500	179	59,08%
350 : 499	62	20,46%
200 : 349	43	14,19%
50 : 200	17	5,61%
<50	2	0,66%
TOTAL	303	100,00%



Répartition par charge virale

10 ³ cp/ml	Nbre	%
<0,05	233	76,90%
]0,05 à 0,5]	20	6,60%
]0,5 à 10]	23	7,59%
]10 à 30]	10	3,30%
]30 à 100]	7	2,31%
>100	9	2,97%
Non renseigné	1	0,33%
TOTAL	303	100,00%



Patients sans traitement ARV

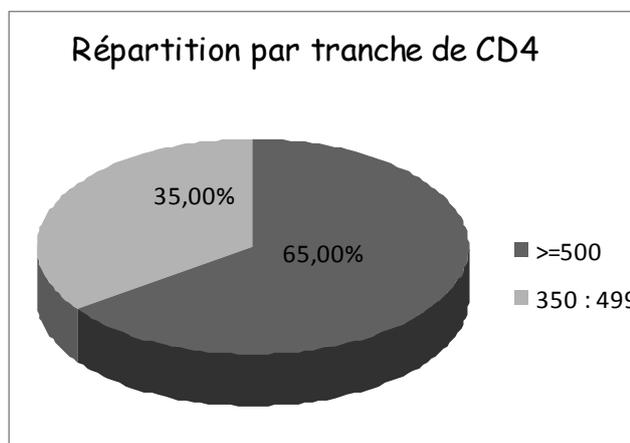
Patients n'ayant jamais reçu de traitement

	Nbre
Hommes	13
Femmes	7
TOTAL	20

Soit 6,6% de la file active

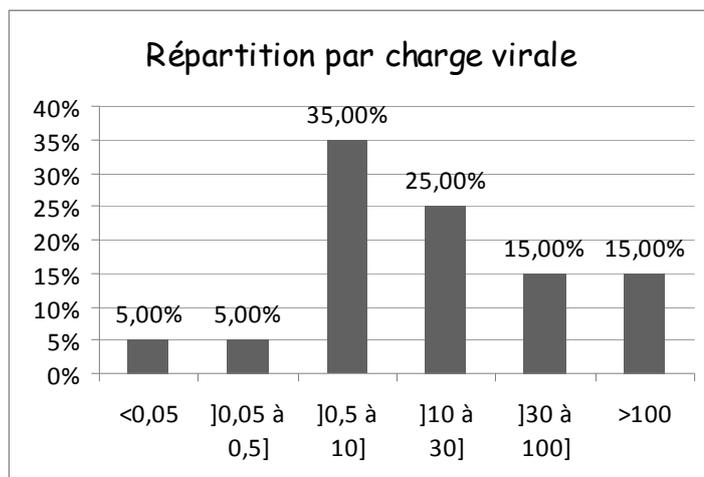
--> Répartition par tranche de CD4

	Nbre	%
>=500	13	65,00%
350 : 499	7	35,00%
200 : 349	0	0,00%
50 : 200	0	0,00%
<50	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%



--> Répartition par charge virale

10 ³ cp/ml	Nbre	%
<0,05	1	5%
]0,05 à 0,5]	1	5%
]0,5 à 10]	7	35%
]10 à 30]	5	25%
]30 à 100]	3	15%
>100	3	15%
TOTAL	20	100%



Patients mis sous traitement en 2009

	Nbre
Hommes	8
Femmes	2
TOTAL	10

Soit 3,3% de la file active

Patients sous traitement en 2009

	Nbre
Hommes	202
Femmes	68
TOTAL	270

Soit 89,1% de la file active

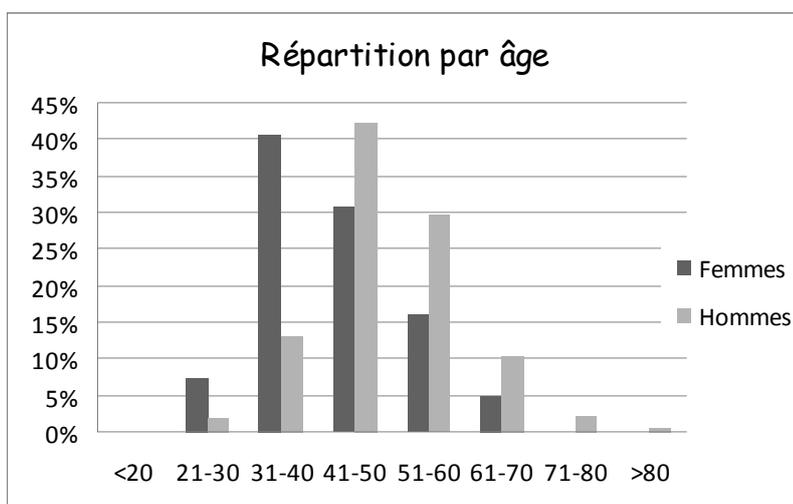
Répartition des données en fonction du sexe

Répartition par âge

	Femmes		Hommes	
	Nbre	%	Nbre	%
<20	0	0,00%	0	0,00%
21-30	6	7,41%	4	1,80%
31-40	33	40,74%	29	13,06%
41-50	25	30,86%	94	42,34%
51-60	13	16,05%	66	29,73%
61-70	4	4,94%	23	10,36%
71-80	0	0,00%	5	2,25%
>80	0	0,00%	1	0,45%
TOTAL	81	100,00%	222	100,00%

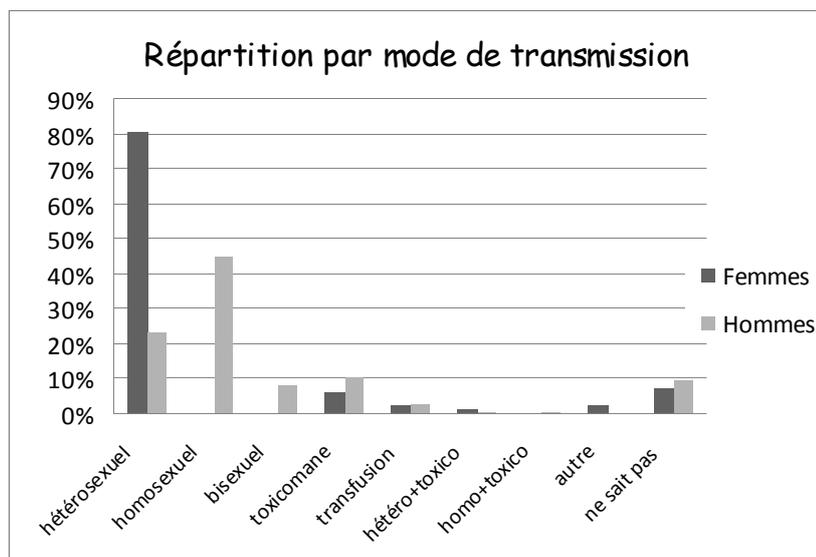
Age moyen des hommes : 49 ans

Age moyen des femmes : 42 ans

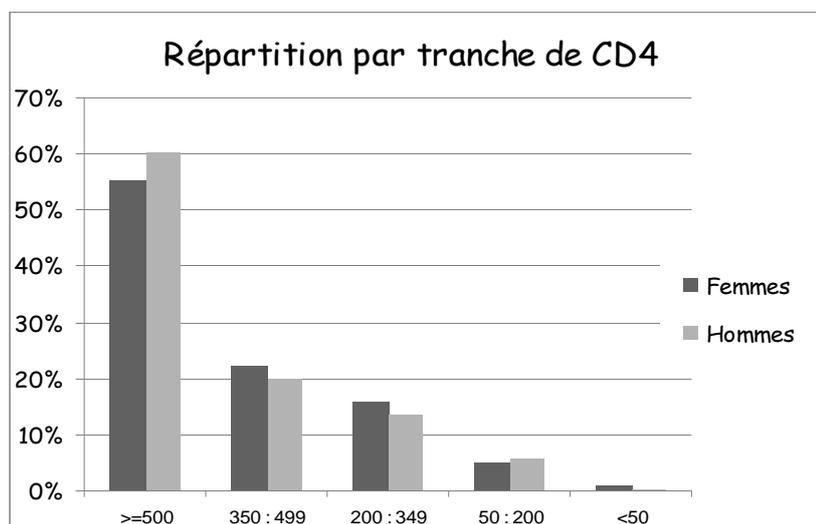


Mode de transmission

	Femmes		Hommes	
	Nbre	%	Nbre	%
hétérosexuel	65	80,25%	52	23,42%
homosexuel	0	0,00%	100	45,05%
bisexuel	0	0,00%	18	8,11%
toxicomane	5	6,17%	23	10,36%
transfusion	2	2,47%	6	2,70%
hétéro+toxico	1	1,23%	1	0,45%
homo+toxico	0	0,00%	1	0,45%
autre	2	2,47%	0	0,00%
ne sait pas	6	7,41%	21	9,46%
TOTAL	81	100,00%	222	100,00%



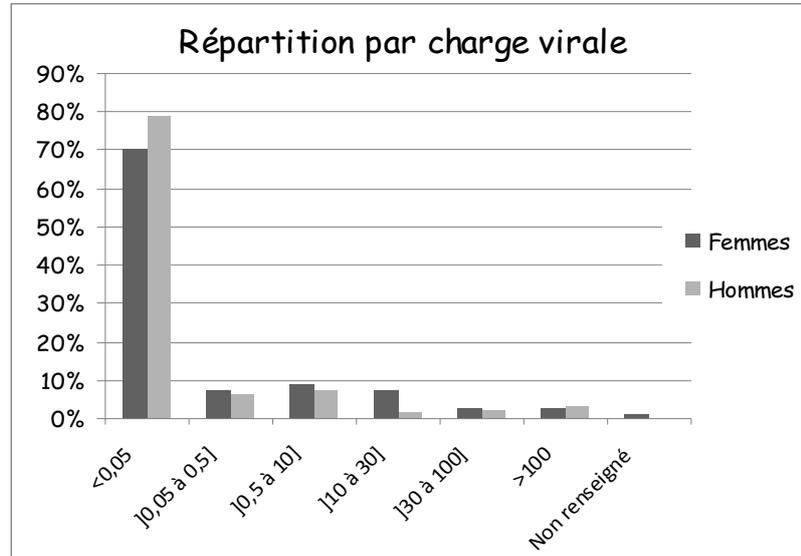
	Femmes		Hommes	
	Nbre	%	Nbre	%
>=500	45	55,56%	134	60,36%
350 : 499	18	22,22%	44	19,82%
200 : 349	13	16,05%	30	13,51%
50 : 200	4	4,94%	13	5,86%
<50	1	1,23%	1	0,45%
TOTAL	81	100,00%	222	100,00%



Répartition par tranche de CD4

Répartition par charge virale

10 ³ cp/ml	Femmes		Hommes	
	Nbre	%	Nbre	%
<0,05	57	70,37%	176	79,28%
]0,05 à 0,5]	6	7,41%	14	6,31%
]0,5 à 10]	7	8,64%	16	7,21%
]10 à 30]	6	7,41%	4	1,80%
]30 à 100]	2	2,47%	5	2,25%
>100	2	2,47%	7	3,15%
Non renseigné	1	1,23%	0	0,00%
TOTAL	81	100,00%	222	100,00%

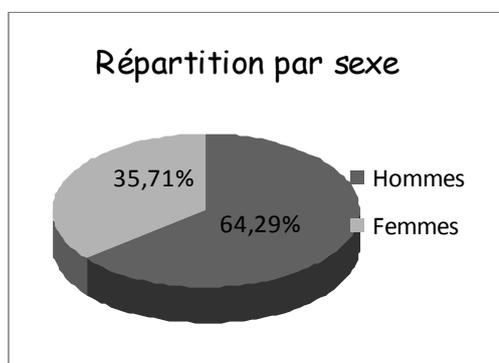


Patients dépistés en 2009

Répartition par sexe

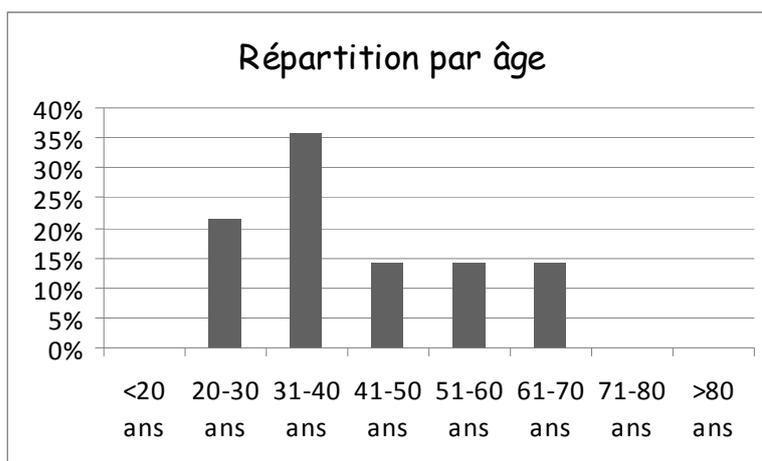
	Nbre	%
Hommes	9	64,29%
Femmes	5	35,71%
TOTAL	14	100,00%

Soit 4,6% de la file active



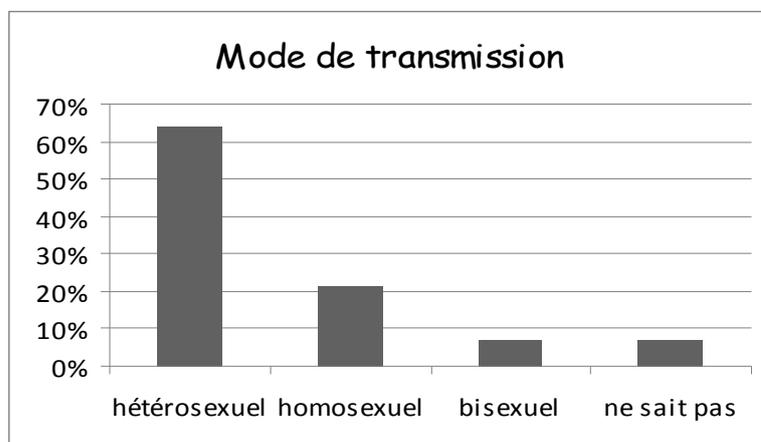
Répartition par âge

	Nbre	%
<20 ans	0	0,00%
20-30 ans	3	21,43%
31-40 ans	5	35,71%
41-50 ans	2	14,29%
51-60 ans	2	14,29%
61-70 ans	2	14,29%
71-80 ans	0	0,00%
>80 ans	0	0,00%
TOTAL	14	100,00%



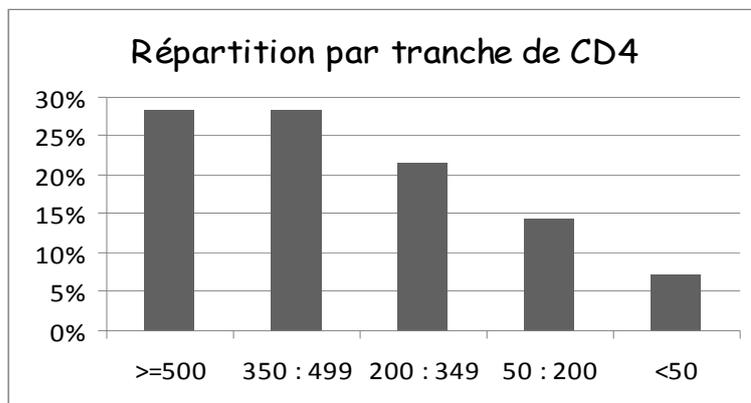
Mode de transmission

	Nbre	%
hétérosexuel	9	64,29%
homosexuel	3	21,43%
bisexuel	1	7,14%
ne sait pas	1	7,14%
TOTAL	14	100,00%



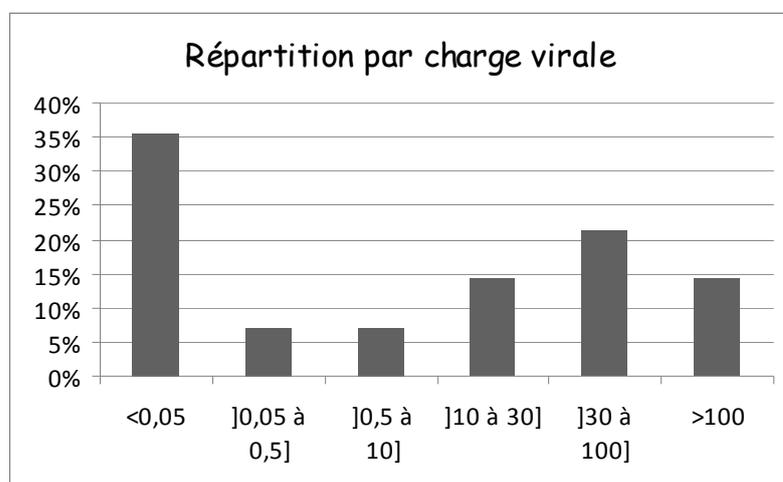
Répartition par tranche de CD4

	Nbre	%
≥ 500	4	28,57%
350 : 499	4	28,57%
200 : 349	3	21,43%
50 : 200	2	14,29%
< 50	1	7,14%
TOTAL	14	100,00%



Répartition par charge virale

10^3 cp/ml	Nbre	%
$< 0,05$	5	35,71%
]0,05 à 0,5]	1	7,14%
]0,5 à 10]	1	7,14%
]10 à 30]	2	14,29%
]30 à 100]	3	21,43%
> 100	2	14,29%
TOTAL	14	100,00%

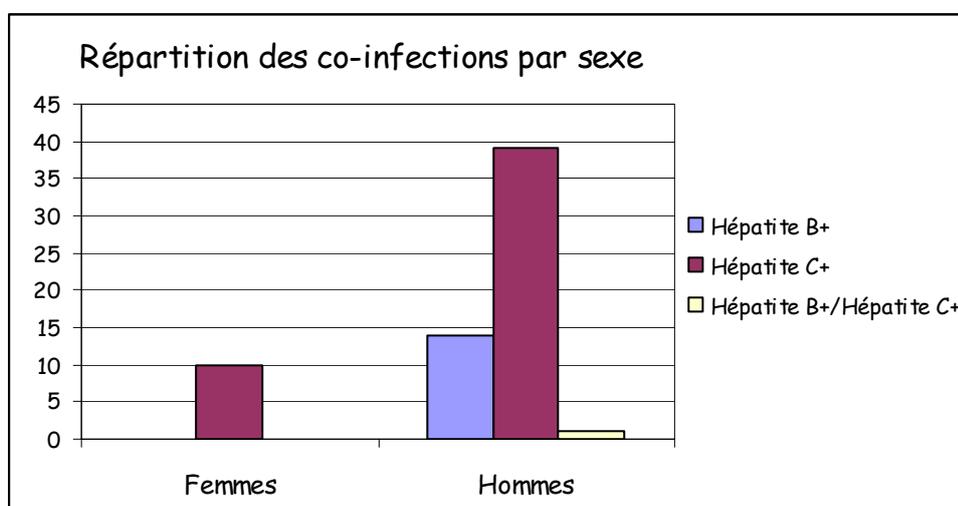


Patients co-infectés VIH/Hépatites

Répartition par sexe

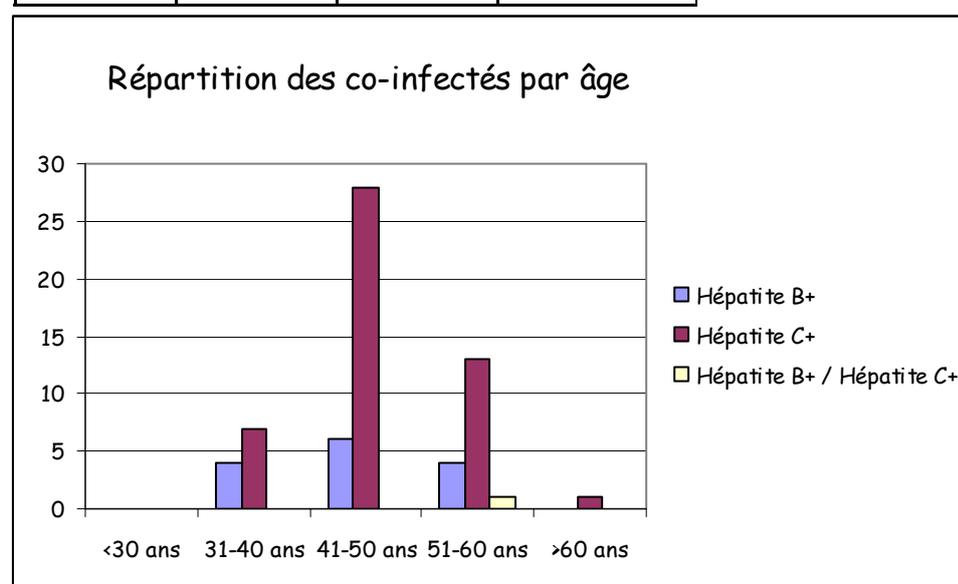
	Hépatite B+		Hépatite C+		Hépatite B+/Hépatite C+	
	Nbre	% (par rapport à la file active totale)	Nbre	% (par rapport à la file active totale)	Nbre	% (par rapport à la file active totale)
Femmes	0	0,00%	10	3,30%	0	0,00%
Hommes	14	4,62%	39	12,87%	1	0,33%
TOTAL	14	4,62%	49	16,17%	1	0,33%

File active totale : 303



Répartition par âge

	Hépatite B+	Hépatite C+	Hépatite B+ / Hépatite C+
<30	0	0	0
31-40	4	7	0
41-50	6	28	0
51-60	4	13	1
>60	0	1	0
TOTAL	14	49	1



**ANNEXE 12 : Rapport d'activité du service de médecine interne du
CHU de Brest**

Service de Médecine Interne Activité de suivi des patients VIH

Coordonnées :

Luc de Saint Martin
Service Médecine Interne
CHRU La Cavale Blanche
29609 Brest cedex
Tel : 33(0) 298 347 372
Fax : 33(0) 298 347 812
Mail : luc.desaintmartin@chu-brest.fr

Personnel :

	ETP	Financement
Infirmières: 2		
Jocelyne Guével	½	Réseau ville Hôpital
Laurence Van Goethem	½	CIDDIST
Médecins consultants: 3		
Dr Véronique Bellein	½	T2A Service de Médecine Interne
Dr Yann Quintric	0.7	CIDDIST
Dr Luc de Saint-Martin	1	T2A service de Médecine Interne
Secrétariat: 1		
Michelle Le Borgne	½	CDAG

Locaux :

Communs avec la consultation de Médecine Interne

Consultations thérapeutiques :

1000/an

Cohorte :

Entre 250 et 300 patients de 9 à 74 ans,

Caractéristiques principales des patients suivis en 2009

N=247	unités	Moy	Min	Max	Femme N=79	Homme N=168
CD4	n/mL	499,68	4,00	1307,00	550,28	478,99
Chol-t	mMol/L	5,11	3,08	8,68	5,28	5,03
CV	copie/mL	96660	20	6700000	51016	115645
gly	mMol/L	5,65	2,14	17,10	5,29	5,82
Ldl-c	mMol/L	3,08	0,91	5,88	3,25	3,00
PAD	mmHg	87,85	48,00	161,00	82,92	90,26
PAS	mmHg	104,87	50,00	188,00	103,49	105,54
BMI	kg/m2	22,91	17,40	45,61	22,52	23,06
triglycérides	mMol/L	1,96	0,48	7,86	1,91	1,98
Waist-to-hip ratio		1,23	0,49	2,02	1,18	1,25
Age	ans	44,13	9,08	73,90	41,36	45,44
délai de séropositivité	ans	14,33	-5,00	24,00	14,23	14,37
tabac	paquet:année	19,45	0,00	68,00	22,68	18,41
Antécédents CVD familiaux	% 1er degré	0,10	0,00	0,67	0,08	0,10
Score de Framingham		-3,33	-17,00	5,00	-11,09	-0,24
Syndrome Métabolique	%	0,28	0,00	1,00	0,22	0,30
NUC	N en cours	1,18	0,00	3,00	1,27	1,14
NNUC	N en cours	0,37	0,00	1,00	0,44	0,33
IP	N en cours	0,33	0,00	1,00	0,37	0,32
SANS TT	N en cours	0,09	0,00	1,00	0,05	0,10
Exposition aux NUC	jours	5857	0,00	14738	5112	6181
Exposition aux NNUC	jours	1080	0,00	4493	975	1126
Exposition aux IP	jours	1103	0,00	6292	964	1164

ANNEXE 13.a : Rapport d'activité des CDAG Brest

ACTIVITE CIDDIST BREST 2009

I. ASPECT QUANTITATIF

⇒ Dépistage :

Pour 2009 l'activité quantitative du CIDDIST se mesure, comme en 2008, sur la différence entre l'activité 2006 (CDAG seul) et l'activité 2009 (CDAG+CIDDIST, le budget et le personnel CDAG étant stables).

L'activité du CIDDIST a permis d'augmenter :

- les horaires de dépistage (*de 18h30 /semaine à 36h30 par semaine : +18h*)
- les dates de dépistages délocalisés [*de 9 dates en 2006 (868 dépistages) à 16 dates en 2009 (919 dépistages dont 257 hors BMO : Morlaix, Landerneau, Saint Pol de Léon, Landivisiau, Crozon, Lesneven, Carhaix et Châteaulin)*]
- le nombre de dépistage VIH (+ 800), VHB (+1397) et syphilis (+1319) ; par rapport au chiffres de dépistage 2006 (CDAG seule), dépistages indissociables des recherches de *C. trachomatis* et syphilis pour un bilan IST.

D'autre part, le budget CIDDIST prévoyait d'offrir à la population consultant les centres de dépistage un dépistage du portage de *C. trachomatis*, première cause de stérilité en France, par PCR temps réelle sur les urines.

Malheureusement, alors que le budget prévoyait de maintenir la gratuité par la prise en charge des frais non remboursés par la Sécurité sociale et les mutuelles, voire, dans des cas bien définis (mineur(e)s, migrants sans couverture médicales, ...), par la prise en charge de l'intégralité des frais, il a été impossible de mettre en place une procédure de recouvrement.

En effet :

- la facturation telle que pratiquée par le CHU de Brest nécessite un passage aux bureaux des entrées ; passage qui implique : la levée de l'anonymat (incompatible avec la notion même de CDAG) et la présence aux heures ouvrables (incompatible avec les plages horaires tardives du CDAG, avec le dépistage hors les murs, ...)
- facturation qui se répercute dans le relevé trimestriel des soins dépensés tle que l'adresse à chaque assuré la sécurité sociale, relevé qui ne peut que dissuader au dépistage puisqu'un tiers peut être au courant de la démarche (mineur, couple...)

Deux solutions sont donc possible :

- une solution « intelligente », un remboursement forfaitaire annuel par la sécurité sociale au CHU de Brest, sous réserve de l'engagement par celui-ci de se conformer aux recommandations officielles du dépistage, tel qu'il se pratique pour les sérologies HIV du CDAG. C'est la solution que nous avons préconisée, dès 2008, avec l'accord du Dr Varnoux, Médecin-Conseil, la direction de la CPAM est aux abonnés absents. La direction du CHU de Brest devait durant l'année 2009, prendre contact officiellement avec la CPAM, nous sommes à 2 ans de démarche, nous n'avons toujours aucune nouvelle.

- solution « dégradée », consistant à prescrire sur ordonnance un dépistage à effectuer dans un laboratoire libéral, où là, la prise en charge par la sécurité sociale ne pose pas de problème,... mais où bien sur la CIDDIST ne garanti pas la gratuité... Cette solution est appliquée pour les personnes qui le souhaitent, mais avec une réalisation effective de 50% au mieux, avec bien sur la nécessité de pouvoir contacter les personnes a posteriori (archivage des coordonnées... d'où accroc à l'anonymat), une incompréhension de la part de la population et une non prise en compte dans l'activité annuelle du CIDDIST...

De plus cette situation dégradée a mis en grande difficulté de la laboratoire de Microbiologie du CHRU qui devant l'absence de recouvrement des coûts et dans une logique d'équilibre comptable bien compréhensible du Pôle de Biologie, a du licencié le personnel responsable de la PCR temps réelle, celle-ci n'étant plus disponible pour des test à grande échelle c'est toute la filière qui c'est arrêtée...

Pour résumer, après 1315 dépistages de *C. trachomatis* par PCR urinaire dans les six premiers mois de 2009, le CIDDIST a cessé de l'effectuer! Cette situation n'est pas conforme aux recommandations, à notre politique, au simple bon sens.

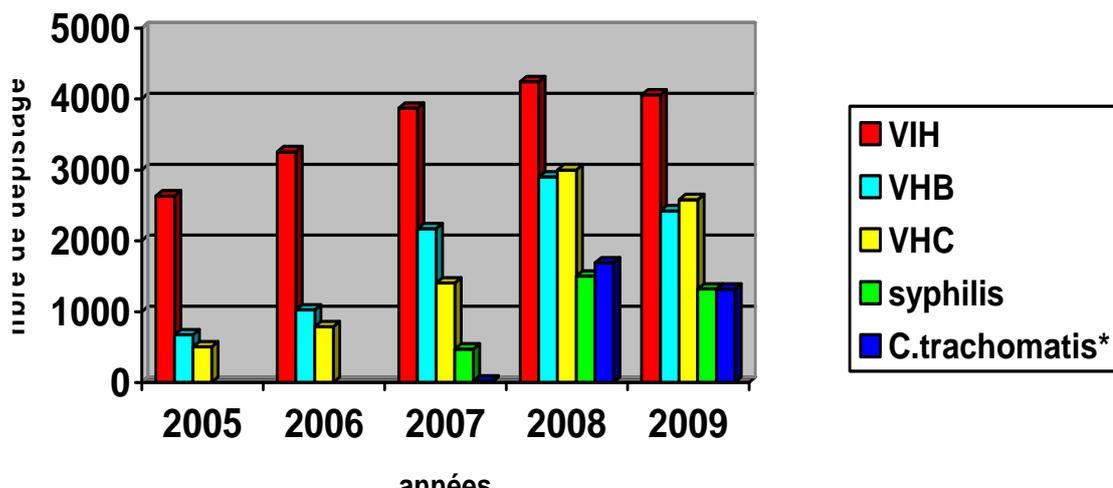
Enfin, le CIDDIST a pu, en 2009,

- pérenniser des consultations de dépistage à l'UCSA de la Maison d'Arrêt (2 ½ journées/semaine). En 2008 : 720 consultations CIDDIST, et environ autant de dépistages proposés (dépistage IST : VIH, VHB, Syphilis, *C.trachomatis*, proposé systématiquement à chaque entrant et selon recommandations).
- instaurer d'une ½ journée hebdomadaire de consultation/dépistage IST au Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de l'UBO (SUMPPS).
- mettre à disposition du dépistage de *C.trachomatis* par PCR sur urine au consultant(e)s des CPEF de Morlaix et Carhaix, jusqu'aux problèmes sus décrits....
- Offrir un créneau de consultation/dépistage IST est mis à disponibilité de la Maison des Adolescent (mercredi après midi, site Hôpital Morvan).
- Ouvrir une consultation dédiée l'hôpital de Carhaix en fin d'année.

Ce dépistage met à la disposition de la population les sérologies HIV, HVC, HVB, syphilis (et la PCR *Chlamydia trachomatis* sur les urines pour le 1^{er} semestre), après un counselling pré-test et recueil de différentes informations (âge, sexe + partenaires/an, orientation sexuelle, antécédents et symptômes IST, origine, sécurité sociale).

Ainsi, le CIDDIST a permis de réaliser, en 2009, en sus de 2006 : 1425 dépistages dans les structures CIDDIST/CDAG du CHU, 257 à l'occasion des sorties du camion; en plus des 3298, chiffre stable depuis des années, dépistages annuels du CDAG.

Figure 1: évolution des dépistages IST de 2005 à 2008

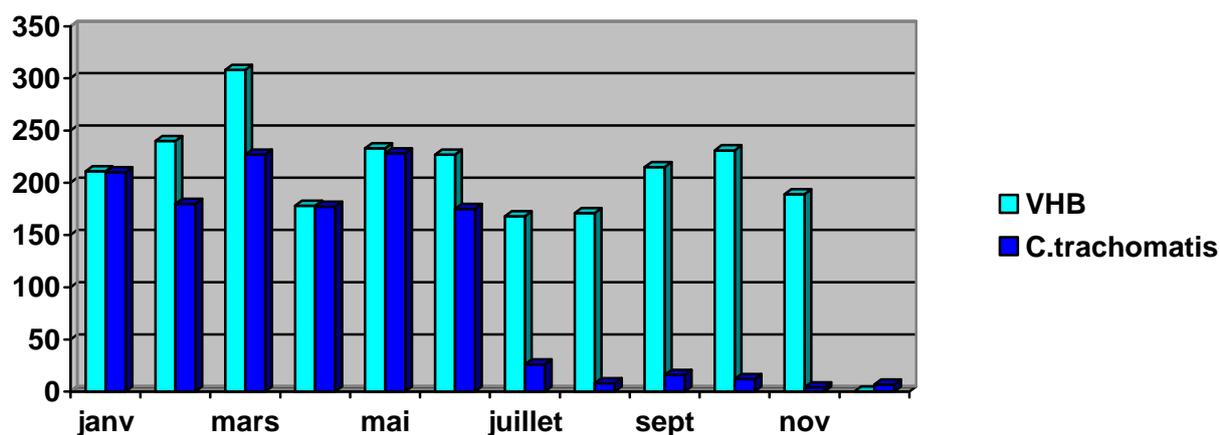


Le dépistage de *Chlamydia trachomatis*

- a débuté en décembre 2007, avec restriction sur une population restreinte: il n'était proposé qu'aux femmes de < 25 ans...
- en 2008 : proposé selon les recommandations HAS femmes <25 ans, hommes <30 ans et sans limites d'âge si multi partenariat.
- En 2009 : proposé selon les recommandations HAS (cf. supra) au 1^{er} semestre puis seulement sur ordonnance « de ville » au 2^{ème} semestre (suppression du poste de technicienne) (fig.2)

L'augmentation, conséquente, des dépistages syphilis en 2008 est lié au mode de prélèvement : analyse sanguine, les consultants venant la plupart du temps pour « la totale » selon les recommandations pour le dépistage syphilis (multipartenariat (>2/12 mois), groupe à risque (H/B-SM, migrants, travailleurs du sexe,...)

Figure 2 : nombres de dépistages IST trimestrielle 2008 (hors UCSA-SUMPPS)



⇒ Prise en charge thérapeutique au CIDDIST

Assurée sur rendez-vous soit en Dermatologie à l'hôpital Morvan le vendredi matin (9h-10h30) soit à La Cavale Blanche les lundi (14h à 19h), mercredi (14h à 16h) et jeudi (14h à

17h), soit à l'UCSA (lundi et jeudi de 9 à 12h). Sans rendez-vous une consultation d'urgence est assurée tous les jours ouvrables de 9 à 18h à la disposition de la population, des médecins traitants ou des services hospitaliers (portable médecin : 06 76 73 32 16).

⇒ **Activité d'information**

1. Intervention en milieu scolaire :

235h d'informations sur les IST dans les lycées, collèges et autres structures du territoire, soit 3229 personnes, assurées par les IDE (2 ½ temps CIDDIST + ½ réseau ville-hôpital+ ½ temps équipe) auquel s'ajoute le temps de préparation et de transport.

Les structures ayant bénéficié de ces actions de prévention [160h et 2200 personnes, imputables au CIDDIST= action prévention 2008-actions préventions 2006 (RéViH seul)] sont :

- CAT de l'Armorique (St Rivoal)
- IMPRO Kergaradec, Brest
- les Lycées et collèges BMO :
 - Croix-rouge
 - Collège des Iles du Ponant
 - Dupuy de Lôme
 - Kerichen,
 - Saint Anne
 - du Vizac,
 - des 4 Moulins
 - Fénelon
 - St Pol Roux
 - Pen Ar Chleuz
- et hors BMO
 - Lycée Agricole et horticole de l'Aulne (Châteaulin),
 - Collège Louis Hémon (Pleyben),
 - Collège St Joseph (Landerneau)
 - Collège F. Collobert et Lycée Professionnel (Pont de Buis),
 - Lycée de l'Elorn (Landerneau)
 - Lycée St Esprit (Landivisiau)
 - Collège des Abers (Lannilis)
 - Lycée Paul Sérusier (Carhaix)
 - Collège Coat Mez (Daoulas)



2. Intervention de formation des personnels de Santé :

FMC du Pays de Lesneven : mise au point/actualité sur les IST, 20 médecins libéraux présents (Mars) généralistes, biologistes.

FMC CHEM 28 et 29 Mai 2009, Plougastel : « *Infections Sexuellement Transmissibles, quelle prévention dans une politique globale de santé* » (20 médecins)

Les Rencontres du VIH : Aéroport de Brest Guipavas 29 septembre 2009 (15 médecins)

Formation du personnel paramédical des Centres de Santé de Mayotte (2 groupes : traducteurs-chauffeurs-secrétaires et infirmier(e)s) : Les IST(généralités, impact santé publique, dépistage, traitement, suivi), organisation CDAG/CIDDIST, 12 heures de formations, sur 4 semaines.

Participation aux 1^{ères} journées d'échanges CIDDIST-CDAG, organisées par l'INVS à Paris les 5 et 6 octobre 2009

Participation au colloque Nord/Sud : « rôles et responsabilités » le 8 décembre, Paris.

II. ASPECT QUALITATIF DE L'ACTIVITE CIDDIST POUR L'ANNEE 2009

- La filière **Intra CHU** de prise en charge des IST, associe les différents services concernés (Dermatologie-Vénérologie, Médecine Interne, Maladies Infectieuses, Gynécologie).

Un groupe de travail sur la prise en charge des Accidents d'Exposition au Risque Viral a été mis en place, visant à mieux flécher le parcours des patients victimes d'AERV, notamment leur aiguillage à l'issue d'une consultation hors heure ouvrable, avec un suivi systématique de ces patients par le CIDDIST. (Le déménagement du laboratoire a entraîné quelque retard sur la finalisation du parcours...). Une procédure écrite a été finalisée.

- Mais l'objectif principal, du CIDDIST est d'atteindre l'équité géographique sur l'ensemble de la population de Bretagne Occidentale, imposant la mise en place d'une filière **extra CHU**, celle-ci associe :

- le réseau Ville-Hôpital VIH, (extension du réseau aux IST en général), avec participation aux structures existantes (Collectif SIDA de la ville de Brest, ...), aux réunions, projet... notamment campagne de communication...etc.

- un réseau spécifique de prise en charge de la prévention, du diagnostic et du traitement des IST, associant les CPEF des Hôpitaux de Carhaix et Morlaix, le Point H à Brest, le SUMPPS et l'UCSA. Si des conventions ont été signées avec le point H et le SUMPPS, le Conseil Général 29 n'a pas souhaité signer les conventions, mais donner une autorisation pour travailler avec les CPEF. Le réseau est actuellement handicapé par du dépistage de *C. trachomatis* au 2^{ème} semestre 2009.

Des contacts ont été pris avec le CADA de Brest pour organiser une information aux migrants ainsi qu'un bilan IST (dépistage, consultation médicale), il est ouvert depuis début 2010.

Cependant pour arriver à cet objectif de couverture optimale du territoire, il nous a paru primordial d'envisager une vision globale, y compris dans sa dimension financière (remboursement forfaitaire,...), associant information, dépistages et vaccinations tant dans les murs (CDAG/CIDDIST), qu'hors les murs (Camion, SUMPPS, Carhaix, UCSA Maison des adolescents) ou chez nos partenaires (CPEF, Point H et Point S) et permettant :

- en évitant l'apparition sur les feuille de remboursement, le maintien de l'anonymat en particulier pour les mineurs.
- d'assurer une gratuité réelle.

En reconnaissance à son implication le CIDDIST de Bretagne Occidentale a été sollicité par le service des Centres de Santé du CH de Mamoudzou (Mayotte) pour une coopération concernant la mise en place d'une structure de prise en charge des IST à Mayotte (Les Centres de Santé Mahorais ont la charge depuis mi-2009 du dépistage, du suivi et du traitement des IST).

Les objectifs de cette mission étaient :

- la formation du personnel paramédical des Centres de Santé
- la prise en charge des consultations IST/VIH/Hépatites (+ Lèpre)
- la mise en place d'un dossier médical de suivi pour les patients séropositifs pour le VIH, le VHB, le VHC.

Cette mission a eu lieu du 7 octobre au 1^{er} novembre 2009.

Début 2010, le CDAG/CIDDIST de La Réunion a pris contact pour des informations similaires.

⇒ **Communication :**

Internet :

Un site Internet a été crée malheureusement le référencement est très insuffisant, et l'adresse peu porteuse...

(<http://sites.google.com/site/istbretagneouest/Home>).

Une solution serait de faire figurer cette adresse au sein des futurs sites du SUMPSS de l'UBO, du CHU...etc mais les contraintes administratives ont été jusqu'à présent infranchissables.

Période estivale :

Une campagne d'affichage était prévue en collaboration avec la ville de Brest sur panneaux Decaux, malheureusement le service communication de la Ville s'y est opposé au tardivement...L'affichage s'est alors seulement fait dans les bars et lieux festifs brestois, et lors des festivités estivales du département (annexe 1)

Avec la collaboration, pour la diffusion des affiches, du Collectif Sida-Brestois et Aides 29.

Prospectives 2010 :

- Finaliser le remboursement forfaitaire du dépistage de *C. trachomatis*, c'est prioritaire ;
- Améliorer notre couverture du territoire de Santé par la participation au développement d'un camion mobile de prévention du COREVIH;
- Franchir les réticences de l'Education Nationale à l'éducation sexuelle en milieu scolaire en intervenant comme formateurs de formateurs auprès de l'URAFF ;
- Institutionnaliser nos actions de FMC auprès des professionnels de Santé ;
- Obtenir une admission des intervenants et décideurs à une vision « globale » des interventions de prévention (package information, dépistage, vaccination, contraception)
- Implémenter le dépistage rapide HIV et HVB dans le dépistage ;

- Faire agréer nos actions de transfert de compétence pour démedicaliser une grande partie des actions ;
- Développer la partie épidémiologique du réseau IST du Finistère (CIDDISTs, CDAGs, CPEF, Généralistes, Dermatologues, Gynécologues,...) ;
- Impliquer les Urgences hospitalières dans l'offre de dépistage ;
- Mettre en place des études d'évaluations d'auto-dépistage (à *C. tracomatis* en particulier) sur le modèle développé par le Laboratoire de Microbiologie avec le soutien de la Ligue contre le Cancer pour l'infection à HPV ;
- Conforter nos liens avec nos confrères de l'Océan Indien pour partager les expériences et mutualiser les idées.

Le 26/03/2010

Dr Y. Quintric
Dr L. de Saint Martin

Campagne été 2009

**B
R
E
S
S
S
T**

Devoir de vacances

Conjuguons-nous au présent

Je me préservative

Je te préservatives

Je le préservative

Je nous préservativons

Je vous préservativez

Je les préservativent

Condom
Use

En été

BRES_(ea)S_(ex)S_(un)T

s'écrit aussi avec

trois S*!!!

* 11% de nouveau partenaire en voyage (Bloor 1998) et
63% des premiers rapports sexuels en vacances
(ANRS1995)

Condom
Use

ANNEXE 13.b : Rapport d'activité des CDAG Lorient

LORIENT

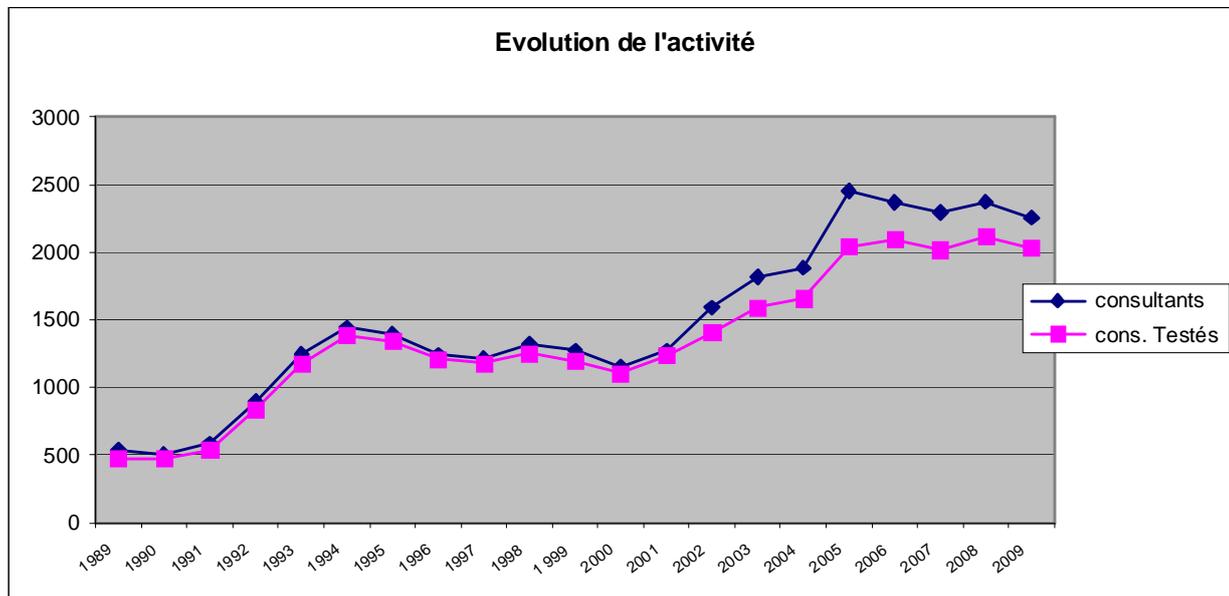
1. Accueil

Durant l'année 2009, **2030** personnes se sont présentées à la C.D.A.G. pour réaliser un test de dépistage VIH.

→ **226** personnes ont seulement été reçues en consultation (sans réalisation d'un test de dépistage)

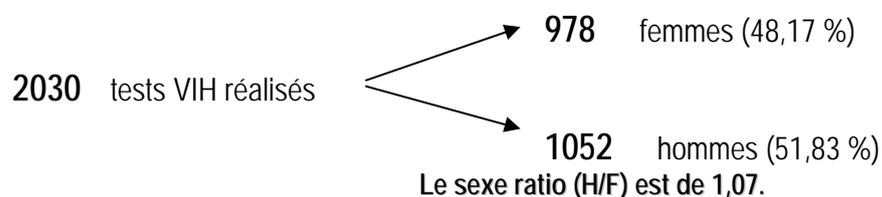
2. Evolution de l'activité depuis 1990

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1 999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
consultants	508	586	901	1247	1445	1396	1243	1215	1321	1 273	1 153	1 274	1 595	1 815	1884	2453	2370	2296	2372	2256
cons. Testés	474	539	840	1171	1389	1345	1210	1180	1254	1 199	1 104	1 236	1 410	1 590	1657	2045	2099	2 020	2120	2030



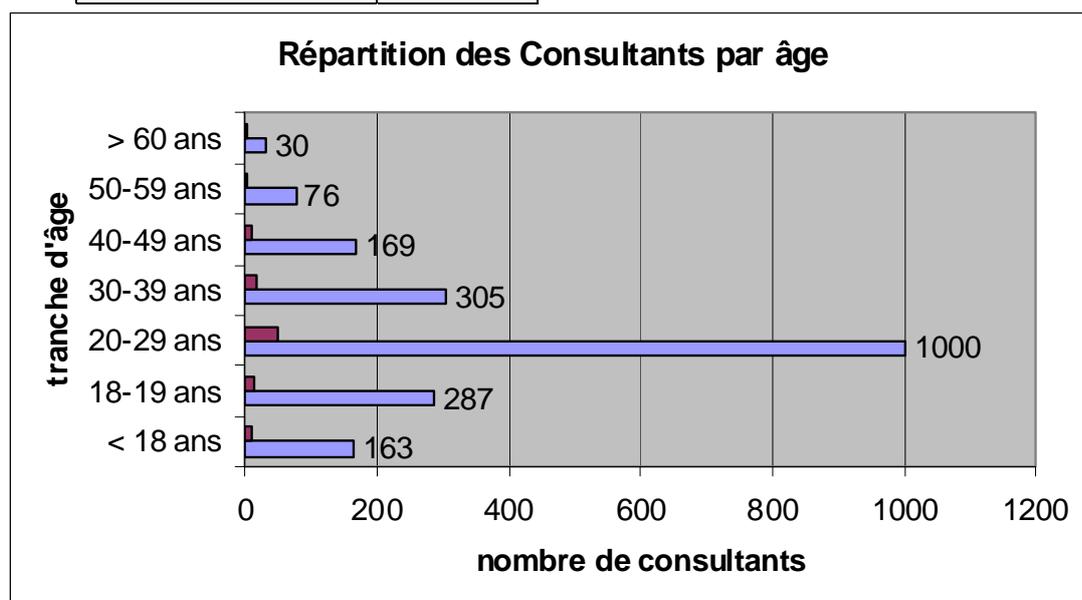
3. Caractéristiques des Consultants

3.1 Selon le sexe (pour les seuls patients testés VIH)



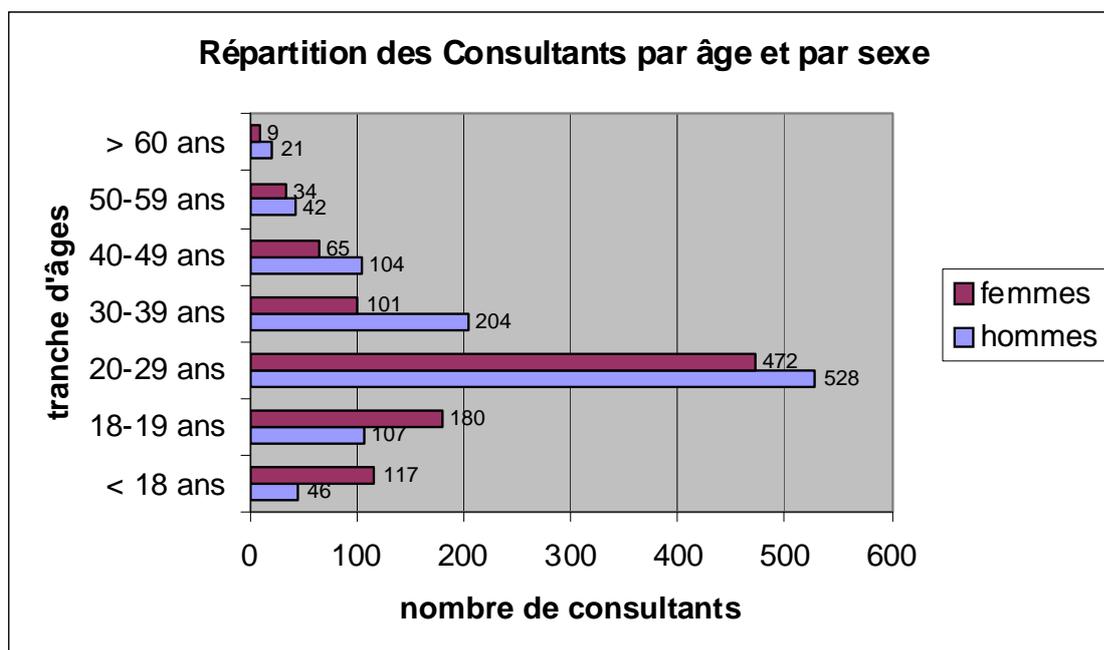
3.2 Selon l'âge (pour les patients testés VIH) :

Tranche d'âge	Total	%
< 18 ans	163	8,02
18-19 ans	287	14,14
20-29 ans	1000	49,26
30-39 ans	305	15,02
40-49 ans	169	8,32
50-59 ans	76	3,74
> 60 ans	30	1,5
TOTAL	2030	



3.3 Selon l'âge et le Sexe

Tranche d'âge	hommes	%	femmes	%	
< 18 ans	46	4,37	117	11,96	
18-19 ans	107	10,17	180	18,40	
20-29 ans	528	50,19	472	48,26	
30-39 ans	204	19,39	101	10,32	
40-49 ans	104	9,88	65	6,65	
50-59 ans	42	3,99	34	3,48	
> 60 ans	21	2,01	9	0,93	
TOTAL	1052		978		2030



4. Autres Caractéristiques des Consultants

⇒ 2029 fiches analysées.

4.1 Selon l'origine géographique

Nationalité	Nombre de Personnes	Pourcent age
Française (métropole)	1903	93,80
DOM.TOM	35	1,72
Afrique du Nord	23	1,13
Afrique	46	2,23
Union Européenne	10	0,49
Europe de l'Est	4	0,20
Amérique du Sud	1	0,04
Asie	0	0
Autre	7	0,30
Non réponse	3	0,15

4.2 Selon le niveau d'études

Niveau d'études	Nombre de Personnes	Pourcent age
Primaire, CAP, BEP	711	35,04
BAC	641	31,59
Etudes supérieures	521	25,68
Non réponse	156	7,69

4.3 Selon l'emploi

Style d'emploi	Nombre de Personnes	Pourcent age
travail stable	925	45,58
Stage, jobs, chômage, recherche d'emploi	206	10,15
études, formation	739	36,42
Au foyer	36	1,30
Autre	69	3,40
non réponse	64	3,15

4.4 Test V.I.H. antérieur

Test VIH antérieur	Nombre de personnes	Pourcentage
NON	857	42,23
OUI	1152	56,77
Ne sait pas	20	1

4.5 Test V.H.C. antérieur

Test VHC antérieur	Nombre de personnes	Pourcentage
NON	1260	62,10
OUI	382	18,83
Ne sait pas	397	19,07

4.6 Usage de drogue IV

USAGE DROGUE IV	Nombre de personnes	Pourcentage
Jamais	2016	99,40
OUI, répété	7	0,348
Rare, une fois	1	0,002
Non réponse	5	0,25

4.7 Usage de drogues par voie nasale

DROGUE PAR VOIE NASALE	Nombre de personnes	Pourcentage
Jamais	1995	98,32
OUI, répété	20	0,98
Rare, 1 fois	4	0,20
Non réponse	10	0,50

4.8 Existence d'un piercing

PERCING	Nombre de personnes	Pourcentage
NON	1532	75,50
OUI	465	22,90
Non réponse	32	1,60

4.9 Existence d'un tatouage

TATOUAGE	Nombre de personnes	Pourcentage
NON	1675	82,55
OUI	322	15,87
Non réponse	32	1,58

4.10 Motifs de la demande de test (2029 fiches renseignées)

Motif de la demande de dépistage	Nombre de pers.	%
Peur d'une contamination après un rapport sexuel	734	36,20
Avant d'arrêter les préservatifs	483	23,80
Changement de partenaire	217	10,70
Autre	143	7
Doute sur la fidélité du partenaire	92	4,50
Rupture, incident de préservatif	94	4,6
Demande du partenaire	87	4,3
Contrôle d'un résultat précédent	59	2,9
Problèmes de santé, IST	40	2
Sans raison particulière	36	1,8
Usage / partage de drogues (injection ou snif)	8	0,4
Violences sexuelles	8	0,4
Partenaire VIH positif	12	0,6
Partenaire VHC positif	4	0,2
S'est blessé ou piqué accidentellement	8	0,4
Rapports sexuels sous usages de produits	4	0,2
Proche porteur du VIH	0	0

◆ Pour les hommes (1051 fiches):

Motif de la demande de dépistage	Nombre de pers.	%
Peur d'une contamination après un rapport sexuel	387	36,80
Avant d'arrêter les préservatifs	251	23,90
Changement de partenaire	108	10,30
Rupture, incident de préservatif	52	4,90
Demande du partenaire	66	6,30
Doute sur la fidélité du partenaire	25	2,40
Contrôle d'un résultat précédent	31	2,90
Autre	62	5,90
Sans raison particulière	14	1,30
Problème de santé, IST	27	2,60
Rapports sexuels après utilisation de produits	0	0
Partenaire VIH positif	11	1
Usage/partage de drogues (injection ou snif)	6	0,60
Violences sexuelles	1	0,10

Partenaire VHC positif	2	0,20
S'est blessé ou piqué accidentellement	5	0,50
Rapports sexuels sous usages de produits	3	0,60

◆ **Pour les femmes (977 fiches):**

Motif de la demande de dépistage	Nombre de pers.	%
Peur d'une contamination après un rapport sexuel	347	35,5
Avant d'arrêter les préservatifs	323	23,7
Changement de partenaire	109	11,1
Rupture, incident de préservatif	42	4,3
Demande du partenaire	21	2,1
Doute sur la fidélité du partenaire	67	6,9
Contrôle d'un résultat précédent	28	2,9
Autre	81	8,3
Sans raison particulière	22	2,2
Problème de santé, IST	13	1,3
Rapports sexuels après utilisation de produits	0	0
Partenaire VIH positif	1	0,1
Usage/partage de drogues (injection ou snif)	2	0,2
Violences sexuelles	7	0,7
Partenaire VHC positif	2	0,2
S'est blessé ou piqué accidentellement	3	0,3

4.11 **Orientation sexuelle**

Orientation sexuelle	Nombre de personnes	%
N'ont jamais eu de rapport	1	0
Hétérosexuel(les)	1912	94,2
Homosexuel(les)	78	3,8
Bisexuel(les)	25	1,2
Non réponse	13	0,6

} 5 %

◆ Pour les hommes (1051 fiches) :

Orientation sexuelle	Nombre de personnes	Pourcentage
Hétérosexuels	944	89,8
Homosexuels	76	7,2
Bisexuels	22	2,1
N'ont jamais eu de rapport	0	0
Non réponse	9	0,9

⇒ soit environ 9,3 % des hommes ayant une orientation bi ou homosexuelle

◆ Pour les femmes (978 fiches) :

Orientation sexuelle	Nombre de personnes	Pourcentage
Hétérosexuels	968	99
Homosexuels	2	0,2
Bisexuels	3	0,3
N'ont jamais eu de rapport	1	0,1
Non réponse	4	0,4

4.12 Selon le nombre de partenaire depuis 1 an

Nombre de partenaire en une année	Nombre de pers.	%
aucun	8	0,4
un seul partenaire stable	54,4	26,8
plusieurs partenaires stables	419	20,7
un partenaire stable et quelques partenaires occasionnels	610	30,1
1 occasionnel	35	1,7
plusieurs partenaires occasionnels différents	358	17,6
Non réponse	55	2,6

◆ Pour les hommes :

Nombre de partenaire en une année	Nombre de pers.	%
aucun	5	0,5
un seul partenaire stable	250	23,8
plusieurs partenaires stables	180	17,1
un partenaire stable et quelques partenaires occasionnels	346	32,9
1 occasionnel	12	1,1
plusieurs partenaires occasionnels différents	229	21,8
Non réponse	25	2,4

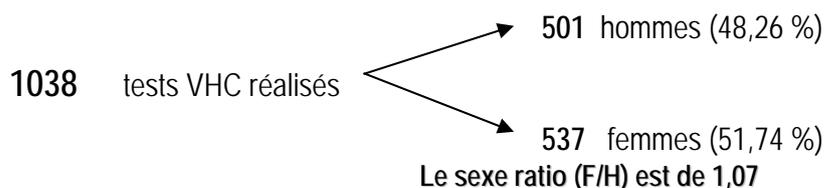
◆ Pour les femmes :

Nombre de partenaire en une année	Nombre de pers.	%
aucun	3	0,3
un seul partenaire stable	294	30,1
plusieurs partenaires stables	239	24,4
un partenaire stable et quelques partenaires occasionnels	264	27
1 occasionnel	23	2,4
plusieurs partenaires occasionnels différents	129	13,2
Non réponse	26	2,6

5. Tests V.I.H. Positifs

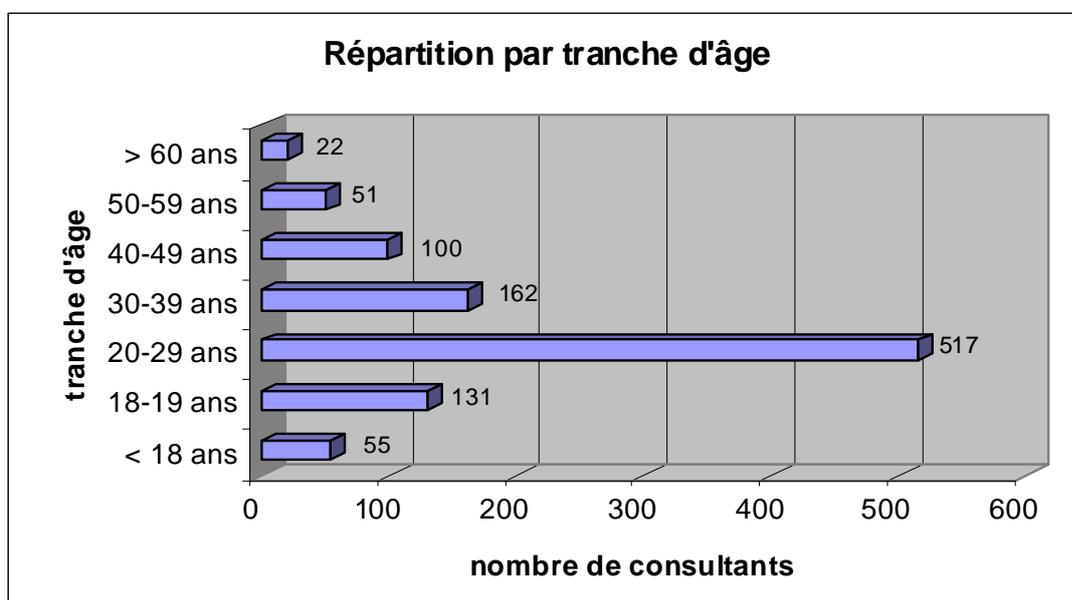
- Pas de tests VIH positifs en 2009 pour le site de Lorient.

6. Hépatite C



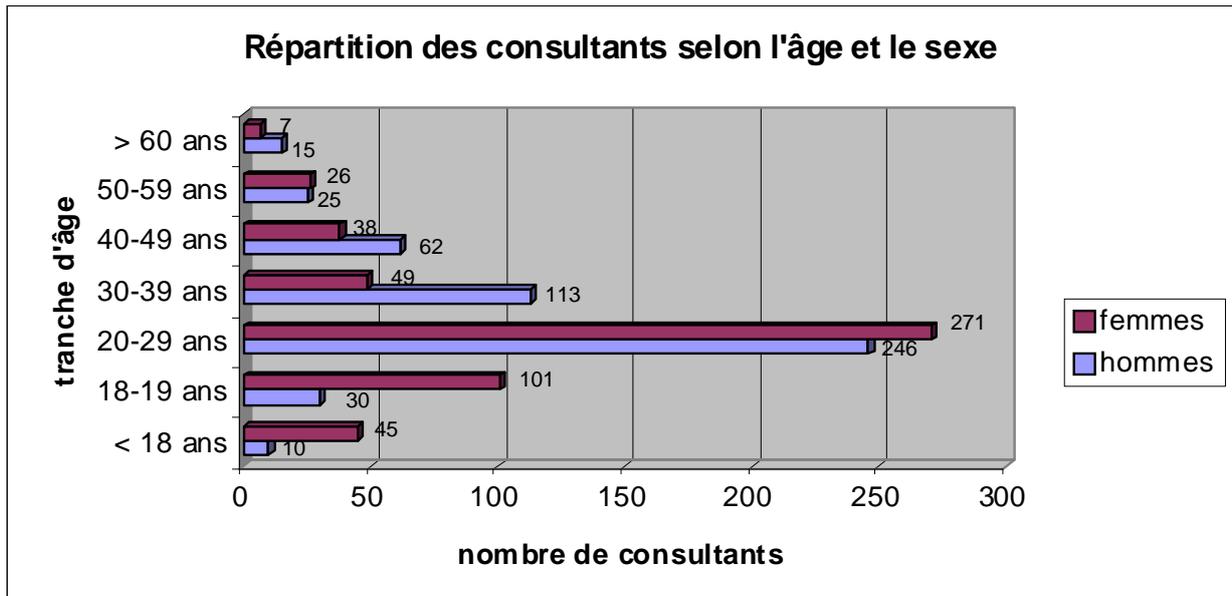
Selon l'âge :

Tranche d'âge	Total	%
< 18 ans	55	5,30
18-19 ans	131	12,62
20-29 ans	517	49,80
30-39 ans	162	15,60
40-49 ans	100	9,63
50-59 ans	51	4,91
> 60 ans	22	2,14
TOTAL	1038	



Selon l'âge et le sexe :

Tranche d'âge	hommes	%	femmes	%
< 18 ans	10	0,96%	45	4,30%
18-19 ans	30	2,87%	101	9,65%
20-29 ans	246	23,50%	271	25,88%
30-39 ans	113	10,79%	49	4,68%
40-49 ans	62	5,92%	38	3,63%
50-59 ans	25	2,39%	26	2,48%
> 60 ans	15	1,43%	7	0,67%
TOTAL	501		537	



Il y a deux tests positifs V.H.C. :

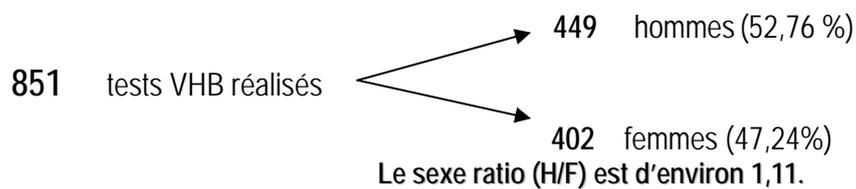
⇒ Il s'agit de deux femmes

⇒ Tranche d'âge : deux femmes => de 30-39 ans
=> de 40-49 ans

⇒ Mode de transmission : 1 personne => Usage de drogue IV
1 personne => cause non déterminée

⇒ Origine géographique : Française

7. Hépatite B

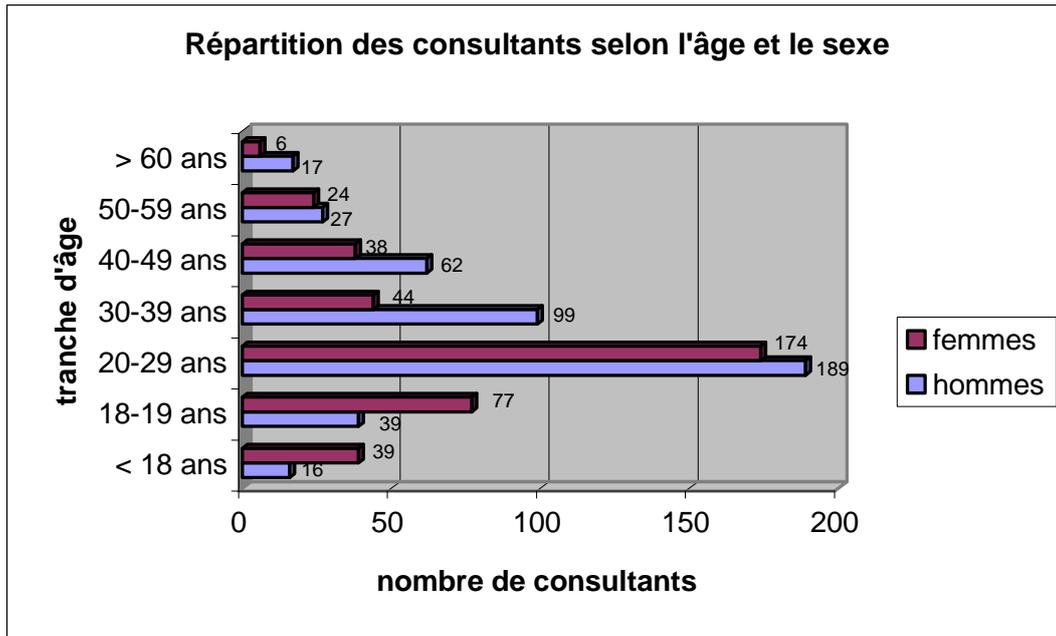


Selon l'âge :

Tranche d'âge	Total	%
< 18 ans	55	5,48%
18-19 ans	116	11,57%
20-29 ans	363	36,19%
30-39 ans	143	14,26%
40-49 ans	100	9,97%
50-59 ans	51	5,08%
> 60 ans	23	2,29%
TOTAL	851	

Selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	hommes	%	femmes	%
< 18 ans	16	1,53%	39	3,72%
18-19 ans	39	3,72%	77	7,35%
20-29 ans	189	18,05%	174	16,62%
30-39 ans	99	9,46%	44	4,20%
40-49 ans	62	5,92%	38	3,63%
50-59 ans	27	2,58%	24	2,29%
> 60 ans	17	1,62%	6	0,57%
TOTAL	449		402	



Il y a 4 tests positifs V.H.B.

⇒ il s'agit de 4 **hommes**

⇒ **tranche d'âge** ⇒ 2 personnes entre 20-29 ans

⇒ 2 personnes entre 30-39 ans

⇒ **Origine géographique** : ⇒ 3 originaires d'Afrique

⇒ 1 originaire DOM-TOM

⇒ **Mode de transmission** : Il reste indéterminé mais pour trois patients sur quatre, on peut présumer d'une transmission maternelle.

8. Autres tests

↳ Syphilis : 4 diagnostics positifs

542 tests réalisés

- 377 hommes (69,55 %)
- 165 femmes (30,45 %)

Le sexe ratio (H/F) est d'environ 2,28.

⇒ Il s'agit de **3 hommes et 1 femme**

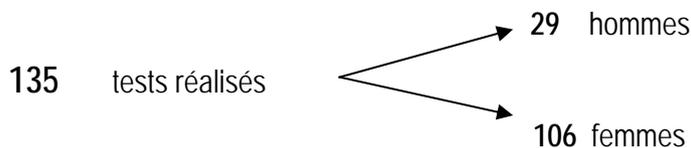
⇒ **Tranche d'âge** : Deux personnes => entre 40-49 ans
Une personne => entre 20-29 ans
Une personne => entre 50- 59 ans

⇒ **Mode de transmission** : Sexuel

⇒ **Orientation sexuelle** : 2 personnes homosexuelles
2 personnes hétérosexuelles

Remarque : Pour une des personnes, il semble que l'infection soit ancienne et ait été probablement traitée (origine géographique Afrique).

↳ Chlamydia



18 tests se sont révélés positifs sur PCR :
=> 9 tests positifs chez les femmes
=> 9 tests positifs chez les hommes

Notre protocole établi pour les chlamydia concerne :

=> Les femmes âgées de moins de 25 ans et ayant eu 2 partenaires au moins dans les douze mois et non protégés

=> Les hommes présentant des signes cliniques d'IST (écoulement urétral, douleurs, brûlures, etc...) ou ayant la notion d'une partenaire présentant une IST.

En ciblant ainsi la population, nous avons un pourcentage de tests positifs pour les chlamydia en 2009 qui est de **13 %**.

Pour la totalité de ces dépistages, il s'agissait d'un premier diagnostic et ils ont pu **tous** être traités. Ceci montre donc l'importance extrême et la pertinence de ces dépistages ciblés.....

↳ Gonocoque

3 prélèvements réalisés (**2 hommes et 1 femme**)

Un test positif (le patient présentait des signes cliniques)

↳ Herpès

1 sérologie réalisée.

ANNEXE 13.c : Rapport d'activité des CDAG Vannes

VANNES

1. Accueil

Durant l'année 2009, **1272** personnes se sont présentées à la C.D.A.G.

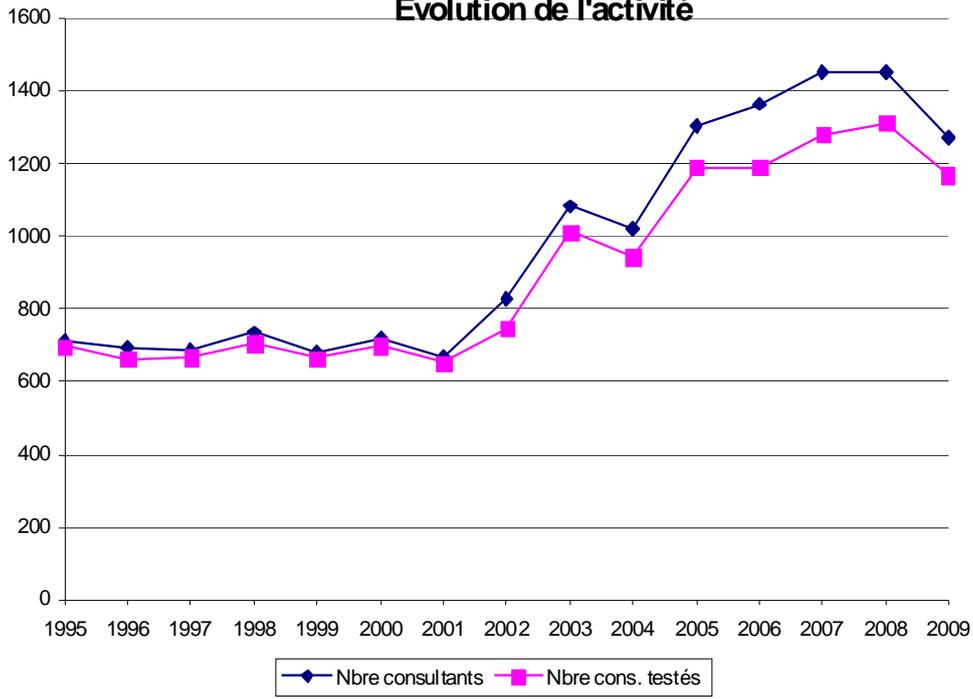
→ **1168** tests VIH ont été réalisés.

→ **103** personnes ont seulement été reçues en consultations (sans réalisation d'un test de dépistage).

2. Evolution de l'activité depuis 1993

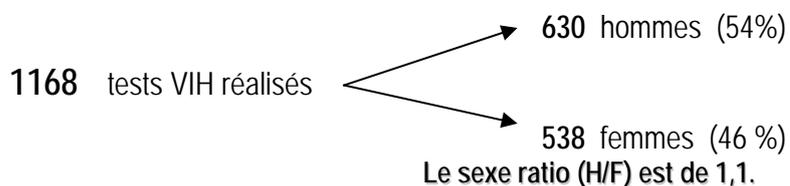
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nbre consultants	548	714	695	688	734	681	718	666	827	1081	1022	1302	1364	1451	1451	1272
Nbre cons. testés	532	696	662	667	706	664	698	651	746	1011	941	1190	1189	1279	1312	1168

Evolution de l'activité



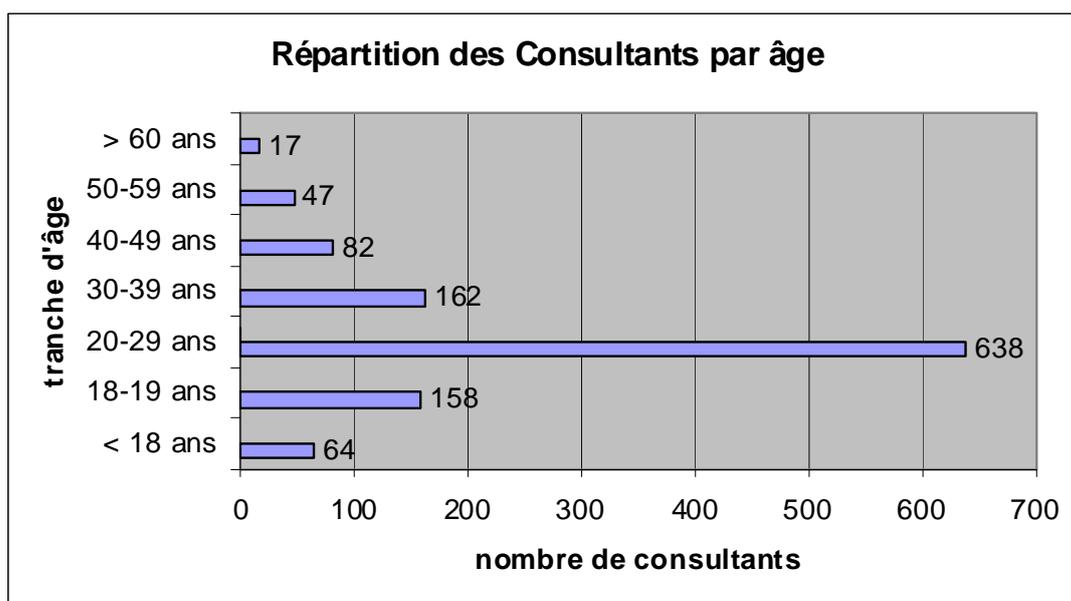
3. Caractéristiques des Consultants

3.1 Selon le sexe (pour les seuls patients testés VIH)



3.2 Selon l'âge :

Tranche d'âge	Total	%
< 18 ans	64	5,48%
18-19 ans	158	13,53%
20-29 ans	638	54,62%
30-39 ans	162	13,87%
40-49 ans	82	7,02%
50-59 ans	47	4,02%
> 60 ans	17	1,46%
TOTAL	1168	

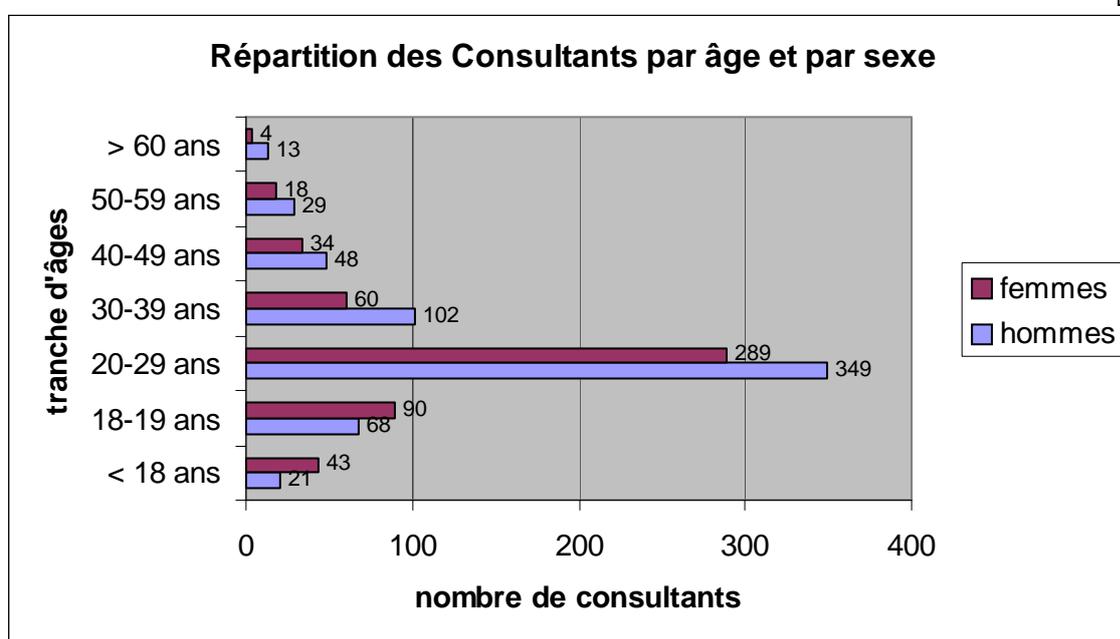


3.3

Selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	hommes	%	femmes	%
< 18 ans	21	3,33%	43	6,83%
18-19 ans	68	10,79%	90	14,29%
20-29 ans	349	55,40%	289	45,87%
30-39 ans	102	16,19%	60	9,52%
40-49 ans	48	7,62%	34	5,40%
50-59 ans	29	4,60%	18	2,86%
> 60 ans	13	2,06%	4	0,63%

1 312



4. Autres Caractéristiques des Consultants

⇒ 1166 fiches renseignées.

4.1 Selon l'origine géographique

Nationalité	Nombre de Personnes	Pourcent
Française (métropole)	1103	94,6
DOM.TOM	27	2,3
Afrique du Nord	7	0,6
Afrique	18	1,5
Union Européenne	4	0,3
Europe de l'Est	3	0,3
Amérique du Sud	0	0
Asie	2	0,2
Autre	2	0,2

4.2 Selon le niveau d'études

Niveau d'études	Nombre de Personnes	Pourcent age
Primaire, CAP, BEP	381	32,7
BAC	341	29,2
Etudes supérieures	372	31,9
Non réponse	72	6

4.3 Selon l'emploi

Style d'emploi	Nombre de Personnes	Pourcent age
travail stable	511	43,8
Stage, jobs, chômage, recherche d'emploi	156	13,4
études, formation	426	36,5
Au foyer	20	1,7
Autre	41	3,5
non réponse	12	0,9

4.4 Test V.I.H. antérieur

Test VIH antérieur	Nombre de personnes	Pourcent age
NON	516	44,3
OUI	641	55
Ne sait pas	9	0,7

4.5 Test V.H.C. antérieur

Test VHC antérieur	Nombre de personnes	Pourcent age
NON	820	70,3
OUI	179	15,4
Ne sait pas	167	14,3

4.6 Usage de drogue IV

USAGE DROGUE IV	Nombre de personnes	Pourcent age
Jamais	1158	99,3

OUI, répété	6	0,5
Rare, une fois	0	0
Non réponse	2	0,2

4.7 Usage de drogues par voie nasale

DROGUE PAR VOIE NASALE	Nombre de personnes	Pourcent age
Jamais	1141	97,9
OUI, répété	16	1,4
Rare, 1 fois	5	0,4
Non réponse	4	0,3

4.8 Existence d'un piercing

PERCING	Nombre de personnes	Pourcent age
NON	882	75,6
OUI	281	24,1
Non réponse	3	0,3

4.9 Existence d'un tatouage

TATOUAGE	Nombre de personnes	Pourcent age
NON	971	83,3
OUI	192	16,5
Non réponse	3	0,2

4.10 Motifs de la demande de test (1166 fiches renseignées)

Motif de la demande de dépistage	Nombre de pers.	%
Peur d'une contamination après un rapport sexuel	434	37,2
Avant d'arrêter les préservatifs	257	22
Changement de partenaire	139	11,9
Autre	68	5,8
Doute sur la fidélité du partenaire	59	5,1
Rupture, incident de préservatif	56	4,8
Demande du partenaire	27	2,3
Contrôle d'un résultat précédent	42	3,6
Problèmes de santé, IST	12	1

Sans raison particulière	33	2,8
Usage / partage de drogues (injection ou snif)	6	0,5
Violences sexuelles	2	0,2
Partenaire VIH positif	11	0,9
Partenaire VHC positif	0	0
S'est blessé ou piqué accidentellement	1	0,1
Rapports sexuels sous emprise de produits	18	1,5
Proche porteur VIH	1	0,1

◆ Pour les hommes (624 fiches)

Motif de la demande de dépistage	Nombre de pers.	%
Peur d'une contamination après un rapport sexuel	258	41,3
Avant d'arrêter les préservatifs	141	22,6
Changement de partenaire	64	10,3
Autre	36	5,8
Doute sur la fidélité du partenaire	13	2,1
Rupture, incident de préservatif	24	3,8
Demande du partenaire	23	3,7
Contrôle d'un résultat précédent	18	2,9
Problèmes de santé, IST	7	1,1
Sans raison particulière	17	2,7
Usage / partage de drogues (injection ou snif)	5	0,8
Violences sexuelles	0	0
Partenaire VIH positif	8	1,3
Partenaire VHC positif	0	0
S'est blessé ou piqué accidentellement	0	0
Rapports sexuels sous emprise de produits	10	1,6
Proche porteur VIH	0	0

◆ Pour les femmes (541 fiches)

Motif de la demande de dépistage	Nombre de pers.	%
Peur d'une contamination après un rapport sexuel	176	32,5
Avant d'arrêter les préservatifs	116	21,4
Changement de partenaire	75	13,9
Autre	32	5,9

Doute sur la fidélité du partenaire	46	8,5
Rupture, incident de préservatif	32	5,9
Demande du partenaire	4	0,7
Contrôle d'un résultat précédent	24	4,4
Problèmes de santé, IST	5	0,9
Sans raison particulière	15	2,8
Usage / partage de drogues (injection ou snif)	1	0,2
Violences sexuelles	2	0,4
Partenaire VIH positif	3	0,6
Partenaire VHC positif	0	0
S'est blessé ou piqué accidentellement	1	0,2
Rapports sexuels sous emprise de produits	8	1,5
Proche porteur VIH	1	0,2

4.11 Orientation sexuelle : 1166 fiches renseignées

Orientation sexuelle	Nombre de personnes	%
N'ont jamais eu de rapport	3	0,3
Hétérosexuel(les)	1086	93,1
Homosexuel(les)	55	4,7
Bisexuel(les)	18	1,5
Non réponse	4	0,3

Soit 6,2 %

◆ Pour les Hommes (624 fiches) :

Orientation sexuelle	Nombre de personnes	%
Hétérosexuels	550	88,1
Homosexuels	53	8,5
Bisexuels	16	2,6
N'ont jamais eu de rapport	2	0,3
Non réponse	3	0,5

Soit 11,1 %

◆ Pour les Femmes (541 fiches) :

Orientation sexuelle	Nombre de personnes	%
Hétérosexuels	535	99,1
Homosexuels	2	0,4
Bisexuels	2	0,4
N'ont jamais eu de rapport	1	0,2
Non réponse	1	0,2

Soit
0,8 %

4.12 Selon le nombre de partenaire depuis 1 an

Nombre de partenaire en une année	Nombre de pers.	%
aucun	11	0,9
un seul partenaire stable	362	31
plusieurs partenaires stables	317	27,2
un partenaire stable et quelques partenaires occasionnels	293	25,1
1 occasionnel	24	2,1
plusieurs partenaires occasionnels différents	144	12,3
Non réponse	15	1,3

◆ Chez les hommes (624 fiches) :

Nombre de partenaire en une année	Nombre de pers.	%
aucun	8	1,3
un seul partenaire stable	1656	26,4
plusieurs partenaires stables	152	24,4
un partenaire stable et quelques partenaires occasionnels	182	29,2
1 occasionnel	9	1,4
plusieurs partenaires occasionnels différents	100	16
Non réponse	8	1,3

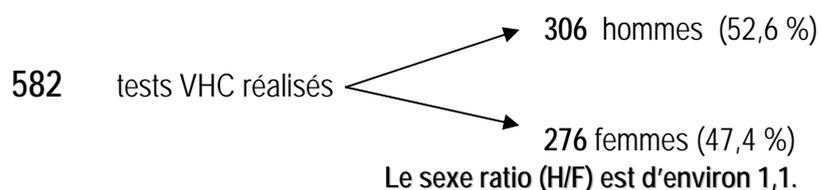
◆ Chez les femmes (541 fiches) :

Nombre de partenaire en une année	Nombre de pers.	%
aucun	3	0,6
un seul partenaire stable	196	36,2
plusieurs partenaires stables	165	30,5
un partenaire stable et quelques partenaires occasionnels	111	20,5
1 occasionnel	15	4,2
plusieurs partenaires occasionnels différents	44	8,1
Non réponse	7	1,3

5. Tests V.I.H. Positifs

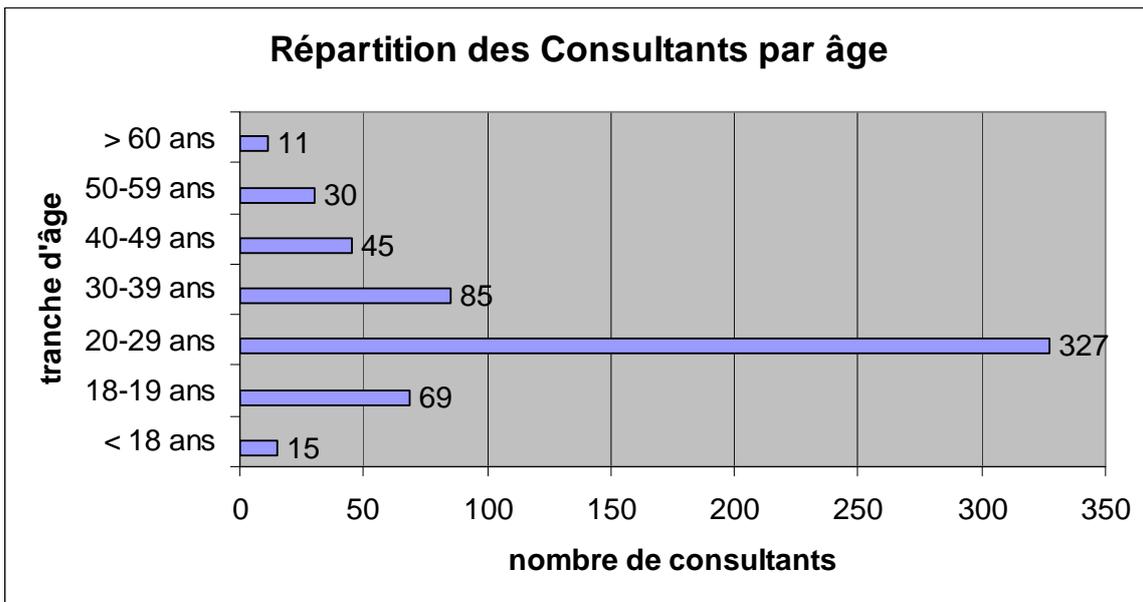
Pas de tests positifs en 2009.

6. Hépatite C



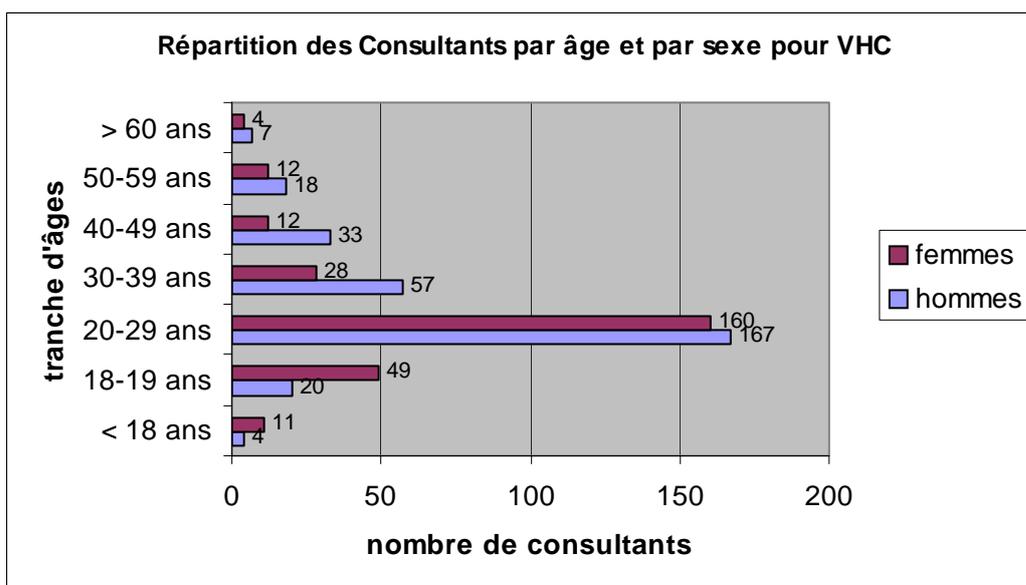
Selon l'âge :

Tranche d'âge	Total	%
< 18 ans	15	2,58%
18-19 ans	69	11,86%
20-29 ans	327	56,19%
30-39 ans	85	14,60%
40-49 ans	45	7,73%
50-59 ans	30	5,15%
> 60 ans	11	1,89%
TOTAL	582	



Selon l'âge et le sexe :

Tranche d'âge	hommes	%	femmes	%
< 18 ans	4	1,31%	11	3,59%
18-19 ans	20	6,54%	49	16,01%
20-29 ans	167	54,58%	160	52,29%
30-39 ans	57	18,63%	28	9,15%
40-49 ans	33	10,78%	12	3,92%
50-59 ans	18	5,88%	12	3,92%
> 60 ans	7	2,29%	4	1,31%

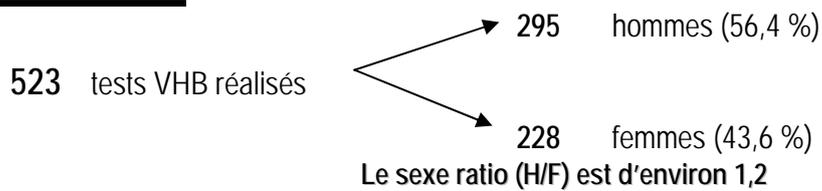


Il y a 1 test positif V.H.C.

⇒ Il s'agit d' 1 homme

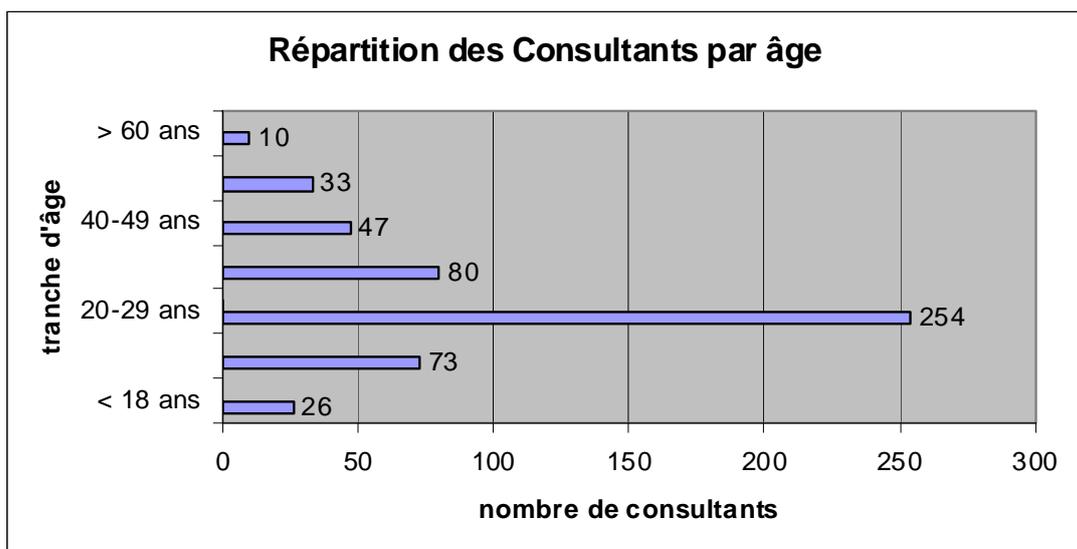
- ⇒ Tranche d'âge => 40-50 ans
- ⇒ Mode de transmission : usage de drogue IV (Contamination ancienne probable)
- ⇒ Origine géographique : France

7. Hépatite B



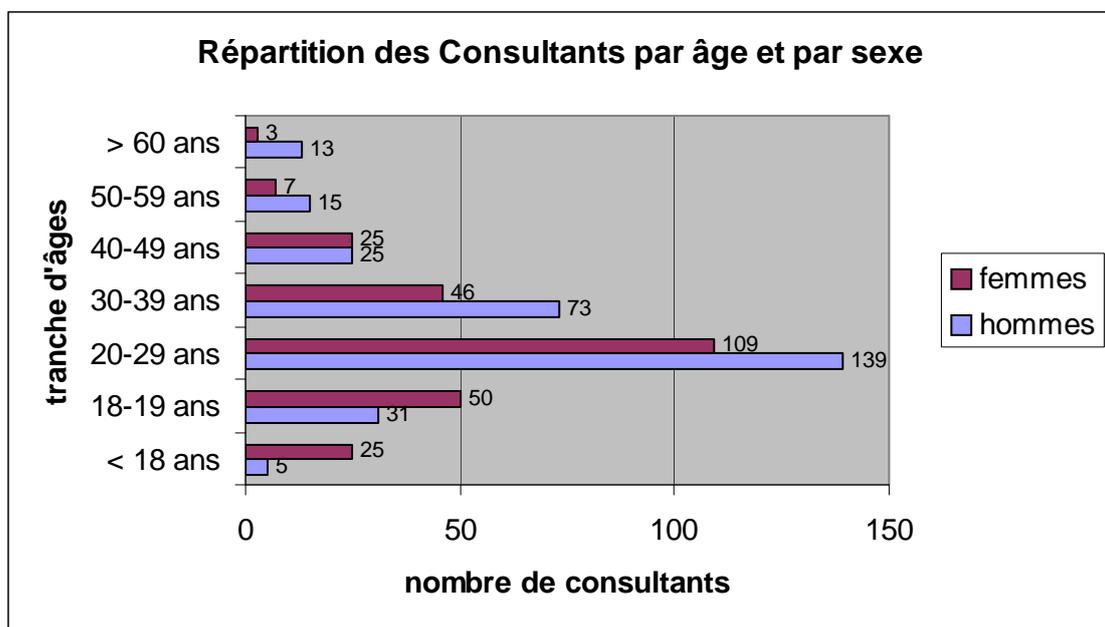
Selon l'âge :

Tranche d'âge	Total	%
< 18 ans	26	4,97
18-19 ans	73	13,96
20-29 ans	254	48,57
30-39 ans	80	15,30
40-49 ans	47	8,99
50-59 ans	33	6,31
> 60 ans	10	1,91
TOTAL	523	



Selon l'âge et le sexe :

Tranche d'âge	hommes	%	femmes	%
< 18 ans	5	1,66	25	8,31
18-19 ans	31	10,30	50	16,61
20-29 ans	139	46,18	109	36,21
30-39 ans	73	24,25	46	15,28
40-49 ans	25	8,31	25	8,31
50-59 ans	15	4,98	7	2,33
> 60 ans	13	4,32	3	1,00

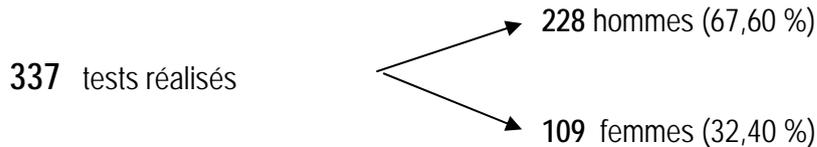


Il y a 1 test positif V.H.B.

- ⇒ il s'agit d' 1 homme
- ⇒ tranche d'âge => 30-39 ans
- ⇒ Origine géographique : Afrique
- ⇒ Mode de transmission : Indéterminé

8. AUTRES TESTS

↳ **Syphilis :**



4 tests sont faiblement positifs, compatibles avec des infections anciennes traitées.

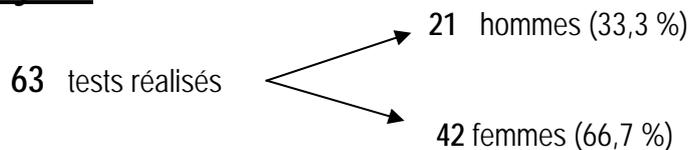
En effet, pour deux personnes, il s'agit d'un contrôle (notion de syphilis diagnostiquées et traitées en 2008 au CDAG).

- Il s'agit de deux hommes.
- Orientation sexuelle => Homosexuelle

Les deux autres tests concernent :

- Deux femmes
- tranche d'âge => 40-49 ans
- Originaire : Afrique
- Sans notion de syphilis ancienne connue..... mais l'absence totale d'IGM et la clinique laissent bien supposer une infection ancienne traitée.

↪ Chlamydia :



Dont 9 tests positifs.

- Il s'agit de 7 femmes et de 2 hommes
- tranche d'âge : < 25 ans

Pour la plupart des personnes, les rapports sont peu ou pas protégés et la plupart des personnes sont multipartenaires.

Pour tous, il s'agit d'un premier diagnostic (remarque : toutes les personnes ont été traitées suite à ce diagnostic).

Gonococque

Pas de test positif.

CONCLUSION

On note une légère baisse de l'activité de dépistage en 2009, sur les deux sites, mais plus sensible à Vannes.

Par ailleurs, pas de découvertes de séropositivité VIH en 2009, ce qui n'est pas très significatif pour autant. L'année 2010 comptabilise déjà à la mi-février : 4 nouveaux cas de syphilis et une découverte d'infection VIH sur le seul site de Vannes.

Parallèlement à cela, l'enquête prévagay (ANRS et Invs) vient de paraître : elle fait part de chiffres extrêmement inquiétants : environ 7,5 % de contamination annuelle chez les HSH. Même si prévagay concerne une population très spécifique (hommes fréquentant les backrooms parisiens) et que de ce fait, elle ne peut pas être élargie à l'ensemble de la population HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) néanmoins, cela démontre une situation très préoccupante. En consultation CDAG, les HSH témoignent très régulièrement de la difficulté de la prévention et des pratiques qui abandonnent de plus en plus le préservatif.

Le rapport « Lers-Pialoux » pose les bases « d'une nouvelle manière de penser la prévention » : aller vers des « des actions innovantes ».

Les rapports du CHS et la HAS soulignent également cette même nécessité : adopter des stratégies visant à élargir l'offre de dépistage en s'orientant préférentiellement vers les populations les plus exposées (HSH, migrants...) et promouvoir les méthodes alternatives de prévention.

« Entendre, accompagner les personnes » et les aider à adopter des méthodes de prévention qui soient intégrables par eux et qui seront le plus efficaces possibles.

La population gay reste « une priorité absolue ». La commission de dépistage du COREVIH essaie de mettre en place un projet de dépistage hors-murs dans la région (camion qui se déplacerait dans les quatre départements, pour des actions de dépistage ciblant les populations peu ou pas accessibles à la prévention (remarque : les CDAG de Lorient et Vannes ont déjà mené de telles actions avec l'association AIDES sur des aires de rencontres et des boîtes Gay).

Dans ce contexte de recommandations, il semble que ce projet soit tout à fait innovant et pertinent....

L'arrivée prochaine de tests à lecture rapide devrait encore pouvoir faciliter sa faisabilité....

Par ailleurs, un autre projet est également en cours au sein de ce même commission : un logiciel commun aux CDAG des quatre départements bretons de manière à obtenir un recueil épidémiologique commun ce qui nous donnerait un outil d'analyse privilégié, toujours dans l'objectif d'améliorer l'offre de dépistage et les actions de prévention.