

CENTRE D'INFORMATION ET DE SOINS  
DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE  
BICHAT - CLAUDE BERNARD

---

RAPPORT D'ACTIVITE  
2005



Centre Hospitalier Bichat – Claude Bernard  
46 rue Henri Huchard - 75018 PARIS

Tel : 01.40.25.80.33 – Fax : 01.40.25.88.23  
Email : [corevih.resp@bch.ap-hop-paris.fr](mailto:corevih.resp@bch.ap-hop-paris.fr)



# L'Équipe du C.I.S.I.H. en 2005

---

## Coordination Médicale

Pr. Patrick YÉNI

## Technicien(ne)s d'Études Cliniques

Jean-Luc ECOBICHON  
Christiane GAUDEBOUT  
Juliette GERBE  
Sylvie le GAC

## Coordination Administrative

M. Jean BARRAUD, Directeur du C.H.U.  
M. Thomas LAURET, Directeur Adjoint

## Assistante Administrative

Claudie CHASTANET

## Secrétaire Médicale

(en contrat d'apprentissage)  
Cathy CLOUX

# Les Centres rattachés au C.I.S.I.H. Bichat - C. Bernard en 2005

---

## AP-HP :

- Hôpital Bichat – Claude Bernard (*75018 PARIS*)
- Hôpital Beaujon (*92118 Clichy*),
- Hôpital Robert Debré (*75019 Paris*)

## Autres :

- Hôpital Américain (*92200 Neuilly sur Seine*)
- Hôpital d'Argenteuil (*95107*)
- Centre Hospitalier de Beauvais (*60021 Beauvais*)
- Hôpital René Dubos (*95301 Pontoise*)
- Centre Hospitalier Eaubonne Montmorency (*95602*)
- Centre Hospitalier de Gonesse (*95500*)
- Centre René Huguenin (*92210 Saint Cloud*)
- Centre Hospitalier de Neuilly (*92200 Neuilly sur Seine*)
- Fondation A. de Rothschild (*75019 Paris*)
- Centre Hospitalier de Saint Cloud (*92211*)
- Etablissement Français du Sang (EFS) du Val d'Oise (*95300 Pontoise*)

# Introduction

---

Le C.I.S.I.H. (*Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine*) a pour but d'assurer une meilleure qualité de soins et de services aux patients V.I.H.

Dans cette optique, il s'efforce :

- d'associer étroitement tous les services concernés par le V.I.H. (*unités cliniques, médico-techniques, recherche, etc.*),
- de faciliter l'information et la communication des professionnels de Bichat et des établissements rattachés au C.I.S.I.H. Bichat – Claude Bernard ainsi que l'information de la population :
  - Professionnels de santé : mise à jour des connaissances scientifiques : recommandations d'experts, actualités des A.R.V. (*réunions régulières, mailing, etc.*),
  - Population : éducation thérapeutique, actions de prévention et de dépistage,
- de développer les réseaux : ville-hôpital et inter-hospitalier, partenaires associatifs, organismes institutionnels,
- d'améliorer le suivi épidémiologique,
- de renforcer l'organisation des essais thérapeutiques

## Actions menées en 2005

---

- Prise en charge des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) T20, Valgancyclovir, Valcyte, Ténofovir, Macrolin, Atazanavir, Fosamprenavir
- Gestion des Accidents Exposant au Sang (AES)
- Protocoles de recherche clinique.
- DMI2 (*Dossier épidémiologique Médical et économique de l'Immunodéficience humaine version 2*) : Participation à la base nationale ayant pour but de préciser l'état de l'épidémie et de la prise en charge en France.
- NADIS : Préparation à la mise en place du dossier médical informatisé VIH à l'hôpital Bichat – Claude – Bernard effective en 2006.
- Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA : Organisation et coordination en collaboration avec le service communication.
- COREVIH : préparation à la mise en place des COREVIH, en remplacement des CISIH, effective en 2007.

# Offre de Soins

## à Bichat - Claude Bernard



GROUPE HOSPITALIER  
BICHAT - CLAUDE BERNARD

Vous  
avez pris  
un risque ?

Vous  
avez des  
doutes ?

Vous avez  
peur d'en  
parler ?



## A qui vous adresser ?

### 🚫 Pour un dépistage :

VIH, Hépatites, IST, (MST), ...

#### • C.D.A.G.

(Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)

Renseignements : 01.40.25.84.34

Horaires : . lundi 10h30 – 19h

. Mardi 14h00 – 19h

. Mercredi 16h30 – 19h

. Jeudi 10h30 – 13h30 et 16h30 – 19h

. Vendredi 10h30 – 13h30

### 🚫 Pour la prise en charge :

#### • Des risques d'exposition sexuelle :

Le jour : se présenter au **C.D.A.G.**

(pendant les heures d'ouverture)

La nuit et en cas de fermeture du **C.D.A.G.** :

se présenter aux **Urgences**

#### • Des usagers de drogues :

**E.C.I.M.U.D.**

(Équipe de Coordination et Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues)

Renseignements : 01 40 25 82 64 de 9h à 19h

### 🚫 Pour le suivi médical :

#### • Consultations sur Rendez-vous : Services des Maladies Infectieuses et Tropicales :

01 40 25 88 92

01 40 25 88 93

#### • Les médicaments :

##### Pharmacie de l'Hôpital :

(2ème sous-sol de la Tour)

Horaires d'ouverture :

. Lundi, mardi ou vendredi de 8h30 à 17h30

. Mercredi ou jeudi de 8h30 à 14h30

. Samedi de 9h00 à 13h00

#### • La recherche clinique :

Études Cliniques – Essais Thérapeutiques

(y compris évaluation de nouveaux médicaments)

Renseignements :

01 40 25 70 57

01 40 25 80 80 - bip 4156 ou 4113

# dans les centres rattachés au CISIH Bichat – Claude Bernard

## AP-HP :

- **Hôpital Beaujon (92118 Clichy)**
  - Médecine Interne
  - Hépatologie
  - Pneumologie et Réanimation
- **Hôpital Robert Debré (75019 Paris)**
  - Immuno-Hématologie

## Autres :

- **Hôpital Américain (92200 Neuilly sur Seine)**
  - Médecine Interne
- **Hôpital d'Argenteuil (95107)**
  - Dermatologie
  - Pneumologie
  - Hématologie
- **Centre Hospitalier de Beauvais (60021 Beauvais)**
  - Pneumologie
- **Hôpital René Dubos (95301 Pontoise)**
  - Médecine Générale
  - Gastro-Entérologie
- **Centre Hospitalier Eaubonne Montmorency (95602)**
  - Médecine Interne II & III
- **Centre Hospitalier de Gonesse (95500)**
  - Médecine Interne
- **Centre René Huguenin (92210 Saint Cloud)**
  - Oncologie Médicale et Hématologie
- **Centre Hospitalier de Neuilly (92200 Neuilly sur Seine)**
- **Fondation A. de Rothschild (75019 Paris)**
  - Dermatologie
  - Médecine Interne
- **Centre Hospitalier de Saint Cloud (92211)**
  - Médecine Interne et Néphrologie
- **Centre Départemental Transfusion Sanguine Val d'Oise (95)**

# Activité VIH / SIDA 2005

File active (nb patients VIH suivis)	Consultations (source : relevé manuel)			Hospitalisation partielle (de jour) (source : PMSI)			Hospitalisation complète (source : PMSI)									
	Nb de Consultations			Nb de séjours <sup>(1)</sup>			Nb de séjours <sup>(1)</sup> de 0 ou 1 jour (CM24)			Nb de séjours <sup>(1)</sup> ≥ 2 jours			DMS <sup>(2)</sup>			
	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Toutes pathologies	Toutes pathologies hors VIH	VIH	
															séjours ≥ 2 jours	tous séjours

Hôpital ± service

<b>BICHAT - CI. BERNARD</b>																	
<b>SMIT A + B</b>	3745	18842	14806	79%	3053	2452	80,3%	77	34	44,2%	1730	649	37,5%	15,8	15,0	17,09	16,28
Reste Hôpital	-	-	-	-	18915	574	3%	6253	77	1,2%	23608	303	1,3%	8,6	8,6	7,4	6,05
<b>Hôpital</b>	-	-	-	-	21968	3026	13,8%	6330	112	1,8%	23123	957	4,1%	9,5	9,3	14,04	12,65
<b>BEAUJON</b>																	
Médecine Interne	250	2232	637	29%	409	11	2,7%	44	3	6,8%	855	59	6,9%	13,6	13,6	13,4	
<b>ROBERT DEBRE (*)</b>																	
Hôpital	344	148075	1632	1%	8854	65	0,7%	5885	0	0%	15742	30	0,2%	5,1	-	9,2	
<b>HÔPITAL SIMONE VEIL</b>																	
Service E.S.C.A.L.E.	193	1145	976	85%	1737	26	1,5%	348	12	3,4%	1644	34	2%	15,0	15,0	16	
<b>HÔPITAL AMERICAIN</b>																	
Hôpital	120	131255	520	0,4%	2528	0	0%	2579	4	0,2%	6080	15	0,2%	4,6	4,6	3,42	
<b>HÔPITAL RENE DUBOS</b>																	
Médecine générale et gastroentérologie	375	-	1135	-	-	-	-	-	165	-	-	117	-	-	-		
Hôpital	-	-	-	-	-	161	-	-	557	-	-	384	-	-	-		3,28
Maison d'arrêt d'Osny UCSA <sup>(#)</sup>	18	-	108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
<b>CLINIQUE E. RIST</b>																	
Hôpital	24	0	0	0%	15500	2036	13%	0	0	0%	397	20	5%	68,0	67,5	76	
<b>C.H. du VEXIN</b>																	
Médecine Polyvalente	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0%	752	8	1%	8,9	8,8	8	
<b>C.H. de NEUILLY</b>																	
Hôpital	0	50000	0	0%	0	0	0%	1359	1	0,1%	6796	12	0,2%	5,2	5,2	10,2	
<b>Fondation A. de Rothschild</b>																	
Hôpital	-	-	-	-	8393	56	0,7%	990	26	2,6%	6789	46	0,7%	4,27	4,22	10,63	

**TOTAL VIH**

**5069**

**19814**

**5381**

**880**

**1682**

(\*) : la file active correspond aux enfants contaminés par le VIH et aux nouveaux-nés de mère séropositive suivie pendant 2 ans

(#) : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

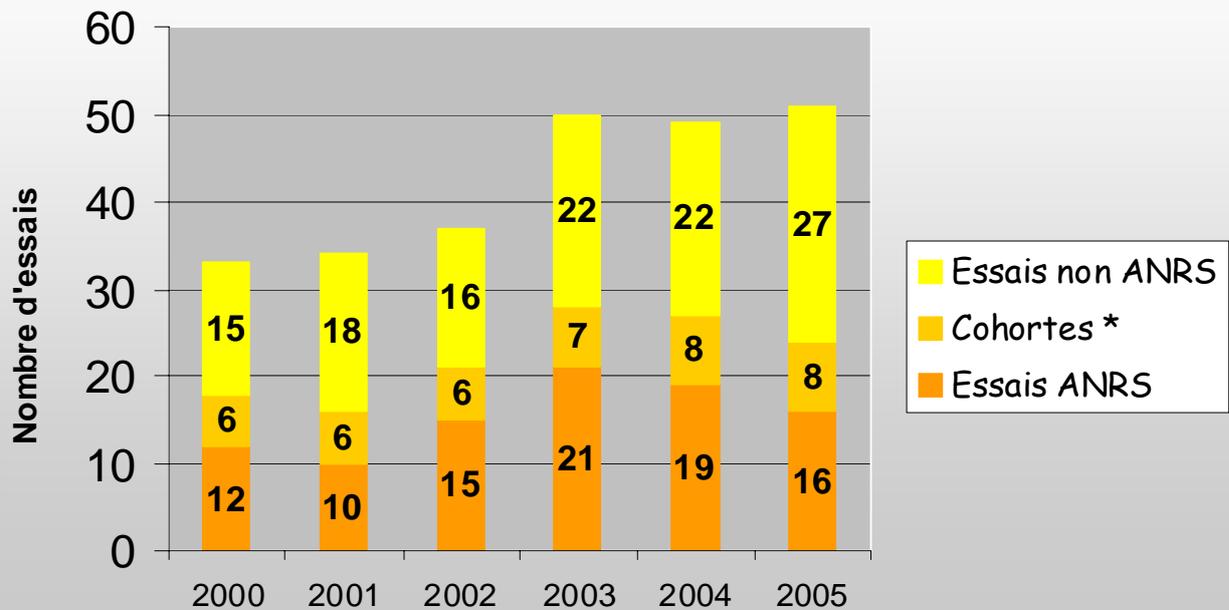
(1) : nb de séjours : séjours avec diagnostic principal, relié ou associé comportant un des codes diagnostiques CIM 10 d'infection par le VIH ou de séropositivité suivants :

Code	Libellé
B200	Maladie par VIH à l'origine d'une infection mycobactérienne
B201	Maladie par VIH à l'origine d'autres infections bactériennes
B202	Maladie par VIH à l'origine d'infections à cytomégalovirus
B203	Maladie par VIH à l'origine d'autres infections virales
B204	Maladie par VIH à l'origine de candidose
B205	Maladie par VIH à l'origine d'autres mycoses
B206	Maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à Pneumocystis
B207	Maladie par VIH à l'origine d'infections multiples
B208	Maladie par VIH à l'origine d'autres maladies infectieuses et parasitaires
B209	Maladie par VIH à l'origine d'une maladie infectieuse ou parasitaire non précisée
B210	Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi
B211	Maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt
B212	Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens
B213	Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
B217	Maladie par VIH à l'origine de tumeurs malignes multiples
B218	Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes
B219	Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision
B220	Maladie par VIH à l'origine d'une encéphalopathie
B221	Maladie par VIH à l'origine d'une pneumopathie lymphoïde interstitielle
B222	Maladie par VIH à l'origine d'un syndrome cachectique
B227	Maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs
B230	Syndrome d'infection aiguë par VIH
B231	Maladie par VIH à l'origine d'adénopathies généralisées (persistantes)
B232	Maladie par VIH à l'origine d'anomalies hématologiques et immunologiques, non classées ailleurs
B238	Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés
B24	Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision
B24+0	Pré-sida (ARC), sans précision
B24+1	SIDA avéré sans précision
B24+9	Infection par le VIH, sans précision
Z21	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

(2) : DMS : calculée à partir de résumés standardisés de sortie (RSS) pour tous les séjours d'hospitalisation complète.

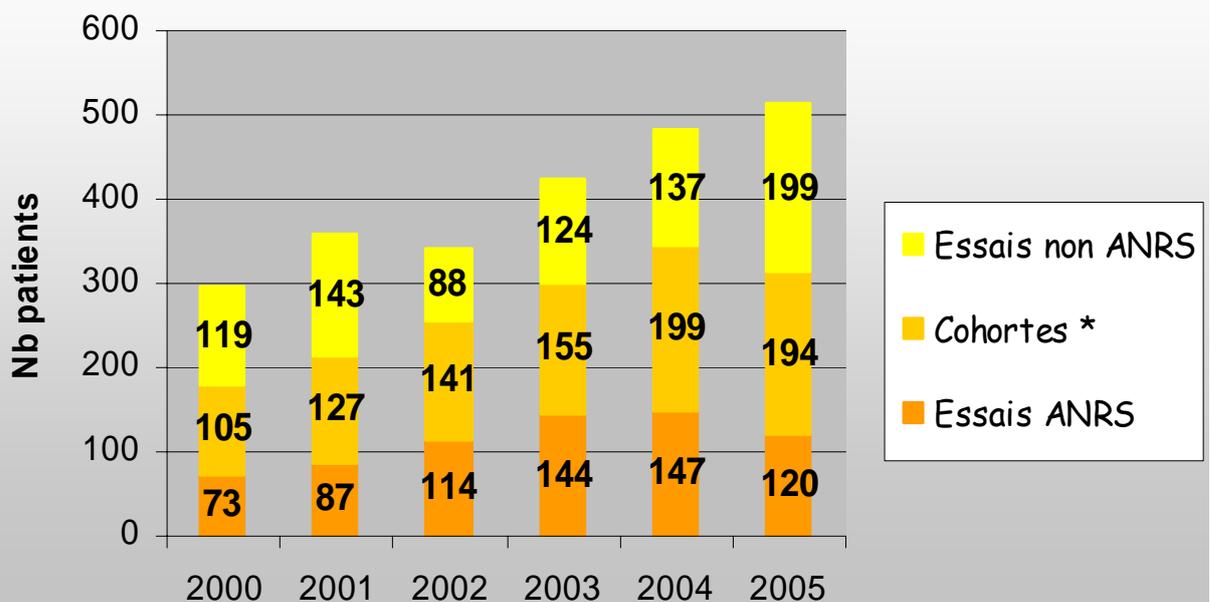
# Recherche clinique SMIT-A

## Evolution du nombre d'essais



\* Hors Sérogest, EPF, Enquête ItinerAir

## Evolution du nombre de patients inclus



\* Hors Sérogest, EPF, Enquête ItinerAir

# Activité PSY SMIT-A

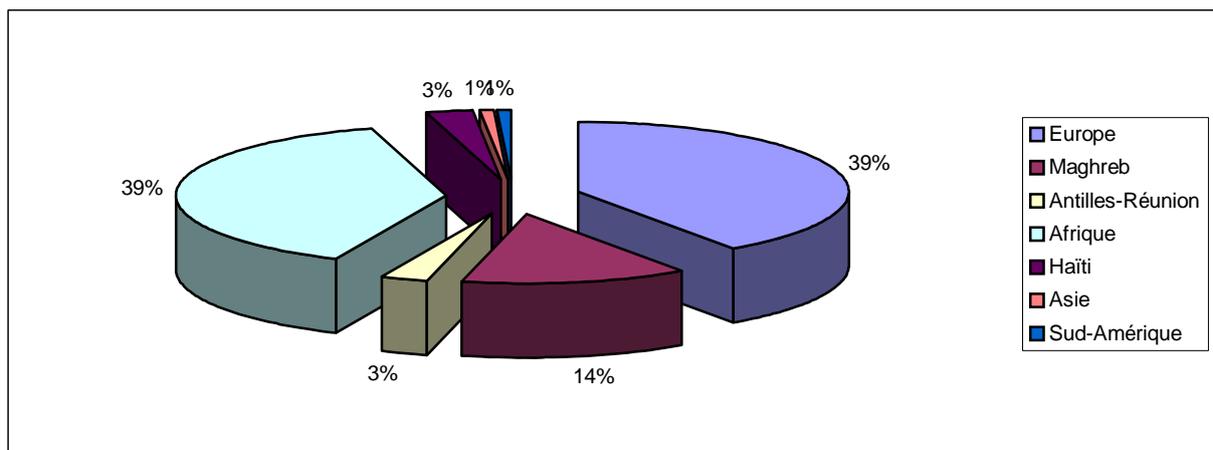
## Consultations et Hospitalisations SMIT-A

Nombre de patients reçus	<b>224</b>
Nombre d'entretiens réalisés	<b>1596</b> soit <b>39 par semaine</b> : en tenant compte des vacances, des journées de formation, etc. cela représente en moyenne <b>9 entretiens par jour</b> sur 4 jours

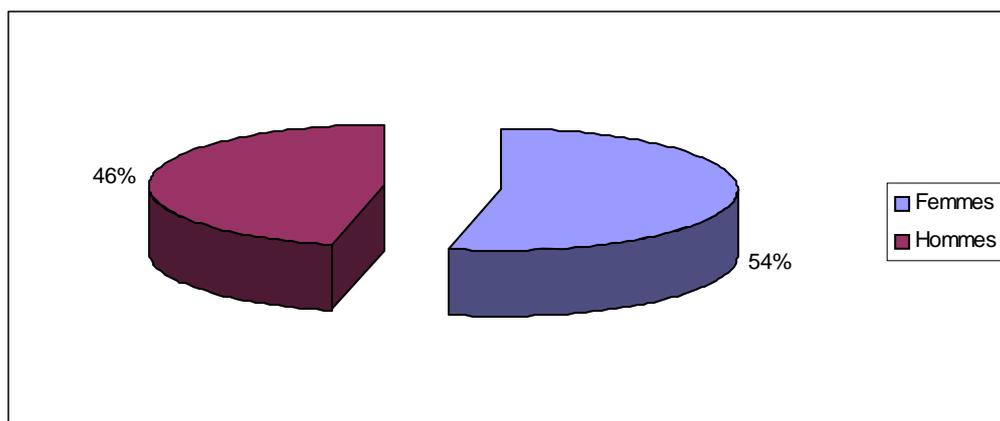
**Tableau 1 : Répartition des patients par service :**

SMIT-A			Dermatologie	
VIH	Co-infections	Autres	VIH	Autres
171	33	16	3	1
220			4	

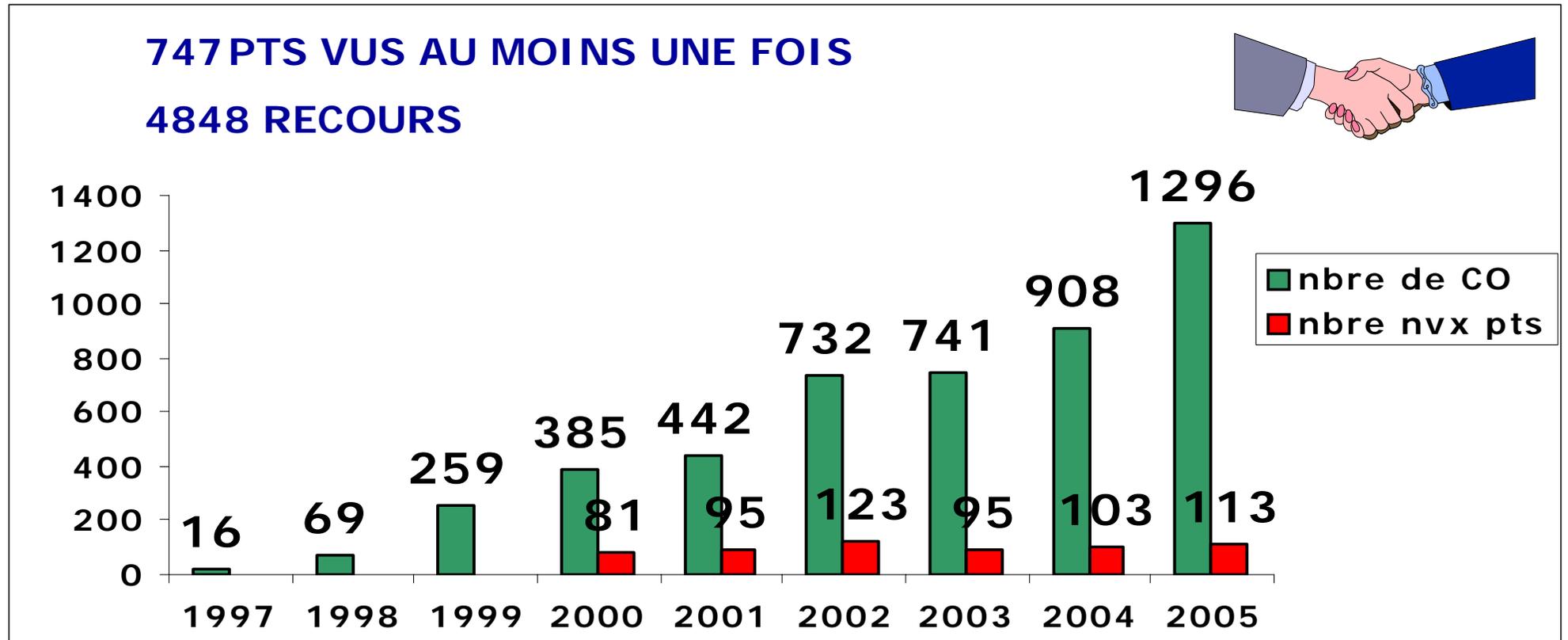
**Tableau 2 : Répartition des sujets infectés par le VIH selon leur origine :**



**Tableau 3: Répartition par sexe :**



# Consultation Observance SMIT-B



**Nb CST, variation 2005/2004 : +43%**

**Nouveaux PTS, % de femmes, variation 2001-2005 : 26 - 42**

Profil socio-économique des patients suivis par le SSH (\*)  
**Comparatif HOSPI SMIT A et B - 2005**

	Patients entourés	Patients isolés
SMIT A	131	101
SMITB	211	97

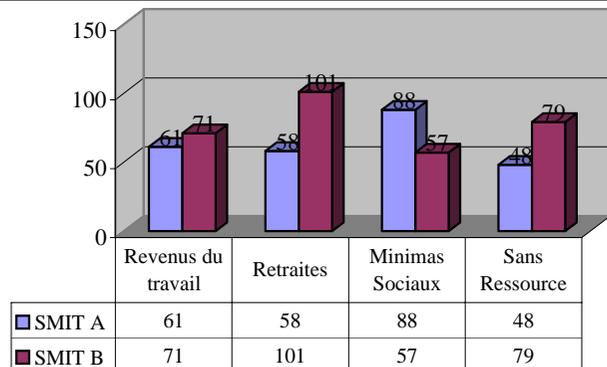
Nationalité	Française	UEE	Autre
SMIT A	122	11	99
SMITB	161	12	135

Environnement social	PARIS	91	92	93	94	95	77	78	Province	Dom-Tom Etranger	SDF
SMIT A	116	12	20	38	7	4	4	4	11	7	9
SMITB	160	1	21	42	6	14	3	7	9	13	32

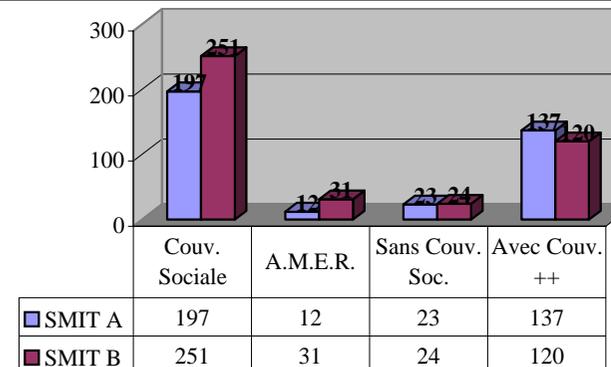
Type d'hébergement

	Individuel	Hébergement	Dans la Rue
SMIT A	126	70	36
SMIT B	162	83	63

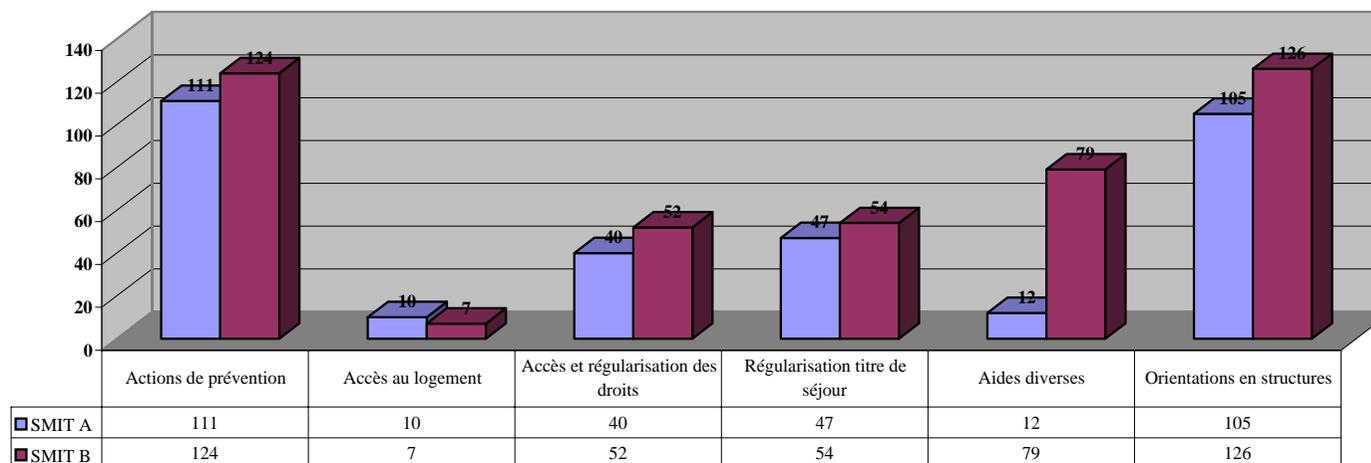
Ressources



Protection Sociale



Type d'interventions



	Patients entourés	Patients isolés
SMIT A	232	172
SMITB	107	61

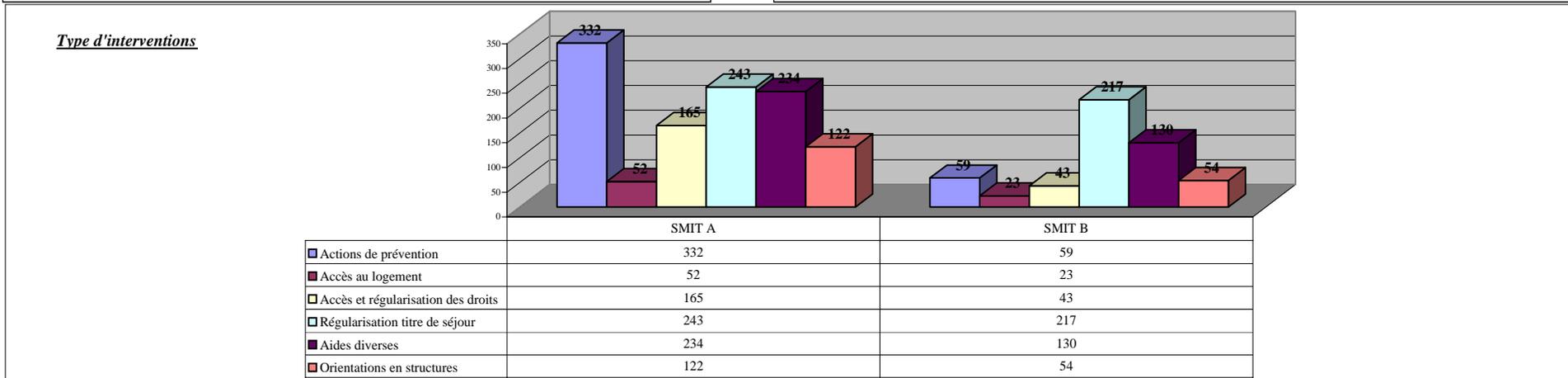
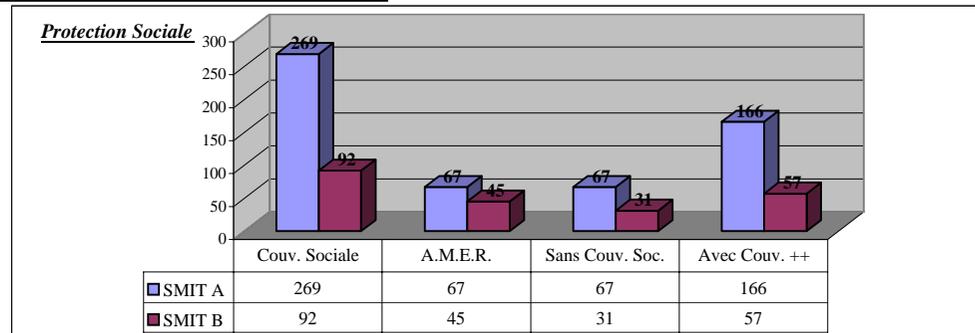
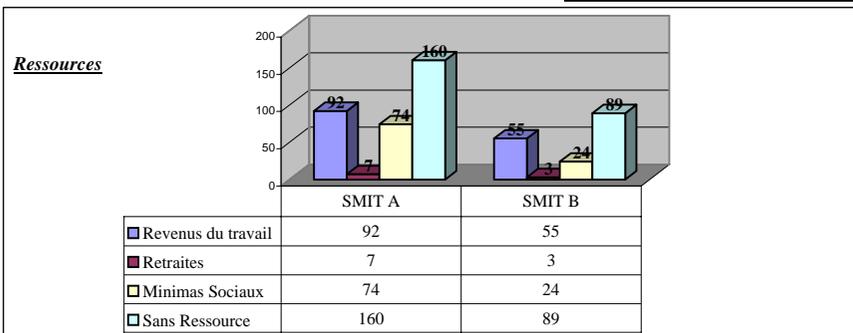
*Profil socio-économique des patients suivis par le SSH (\*)*  
**Comparatif CONSULTATIONS SMIT A et B - 2005**

Nationalité	Française	UEE	Autre
SMIT A	62	8	334
SMITB	18	18	132

Environnement social	PARIS	91	92	93	94	95	77	78	Province	Dom-Tom Etranger	SDF
SMIT A	188	8	37	92	3	15	6	5	6	2	42
SMITB	96	2	14	21	11	6	7	1	3	0	7

Type d'hébergement

	Individuel	Hébergement	Dans la Rue
SMIT A	124	221	59
SMIT B	53	79	36



\* Service Social Hospitalier

# Bilan des accouchements de femmes séropositives à Bichat – Claude Bernard

Sylvie Le Gac – CISIH BCB

**67** accouchements de femmes séropositives sur **2378** accouchements soit **2.9 % des accouchements** ; le terme à l'accouchement en médiane **est de 38 SA+3 semaines** [31.3-42+.2]

**22%** des femmes découvrent leur séropositivité au cours de la grossesse

**69** bébés nés (2 grossesses gémellaires)

► **POUR L'ANNEE 2005 0 ENFANT CONTAMINE à ce jour né à BCB**

► **Un enfant a été contaminé chez une femme suivie à BCB mais dont l'enfant est né à l'extérieur.**

## Description des Patientes à l'accouchement

Age médian (Ans)	<b>31</b> [20-47]
Accouchement par césarienne	(45/67): <b>67.2%</b>
Accouchement par voies basses	(22/67) : <b>32.8%</b>
Médiane CD4 /mm <sup>3</sup>	<b>403</b> [125-953]
% CV VIH1 < 50 copies/ml	<b>79.4%</b>
% CV VIH1 < 200 copies/ml	<b>90.5%</b>

## Pays d'origine des Patientes

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>AFRIQUE NOIRE</b>	52	77.6
<b>EUROPE</b>	8	11.9
<b>CARAIBES</b>	1	1.5
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	3	4.5
<b>OCEAN INDIEN</b>	1	1.5
<b>AMERIQUE du sud</b>	1	1.5
<b>EUROPE de l'est</b>	1	1.5

La majorité des patientes sont d'originaires d'Afrique noire 77.6% dont 36.5% de Côte d'Ivoire, 17.3% du Cameroun , 9.6 % du Mali, et 9.6% du Zaïre.

## Traitement reçu durant les 4 premières semaines de grossesse

	N	%
<b>Sans Traitement</b>	42	62.7
<b>Monothérapie</b>	0	0
<b>Bithérapie</b>	1	1.5
<b>Trithérapie</b>	24	35.8

**Bithérapie** : 3TC,D4T(1)

**Trithérapie** :TZV(1), 3TC/DDI/EFV(1), 3TC/D4T/NVP (1), 3TC/DDI/LPV (1), CBV/NFV (4), AZT/DDI /LPV(2), AZT/DDI,NVP(1), CBV/LPV(2), DDI/3TC/NFV(1), DDI/TNF/EFV(1), FTC/3TC/NFV(1), TNF/SQV/LPV(1), CBV/FPV/RTV(1), TNF/DDI/3TC(1), TNF/ABC/ATV(1), TNF/DDI/NFV (1), CBV/NVP(3)

## Traitement reçu au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse

	N	%
<b>Sans Traitement</b>	36	53.7
<b>Monothérapie</b>	0	0
<b>Bithérapie</b>	1	1.5
<b>Trithérapie</b>	30	44.8

**Bithérapie** : 3TC,D4T(1)

**Trithérapie** :TZV(1), 3TC/DDI/LPV (2), CBV/NFV (7), CBV/SQV/RTV(1), AZT,ABC,LPV (1) AZT/DDI /LPV(2), CBV/LPV(5), DDI/3TC/NFV(1), FTC/3TC/NFV(1), TNF/SQV/LPV(1), DDI/3TC/FPV/RTV(1), TNF/DDI/NFV (1), CBV/NVP(3), 3TC/TNF/NVP(1), AZT/DDI,NFV(2),

## Traitement reçu au 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse

	N	%
<b>Sans Traitement</b>	13	19.4
<b>Monothérapie</b>	2	3
<b>Bithérapie</b>	0	0
<b>Trithérapie</b>	52	77.6

**Monothérapie** : AZT ( 13)

**Trithérapie** : 3TC/DDI/LPV (1), CBV/NFV (24), CBV/SQV/RTV(2), AZT,ABC,LPV (1)

AZT/DDI /LPV(2), CBV/LPV(10), DDI/TNF/NFV(1), TNF/SQV/LPV(1), TNF/3tc/NFV(1), CBV/NVP(3), 3TC/TNF/NVP(2), AZT/DDI,NFV(3), AZT,ABC,NFV (1)

## Traitement reçu au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse

	N	%
<b>Sans Traitement</b>	0	0
<b>Monothérapie</b>	5	7.5
<b>Bithérapie</b>	1	1.5
<b>Trithérapie</b>	61	91

**Monothérapie**: AZT (5)

**Bithérapie** : AZT,TNF

**Trithérapie** : 3TC/DDI/LP (1), CBV/NFV(26), CBV/SQV/RTV(2), DDI,ABC,LPV(1)

AZT/DDI /LPV(2), CBV/LPV(17), TNF/SQV/LPV(1), TNF/3TC/NFV(1), CBV/NVP(2), 3TC/TNF/NVP(2), AZT/DDI/NFV(3), AZT,ABC,NFV(1), 3TC/DDI/LPV (1) ,DDI/AZT /NFV/RTV(1)

## Traitement reçu à l'accouchement

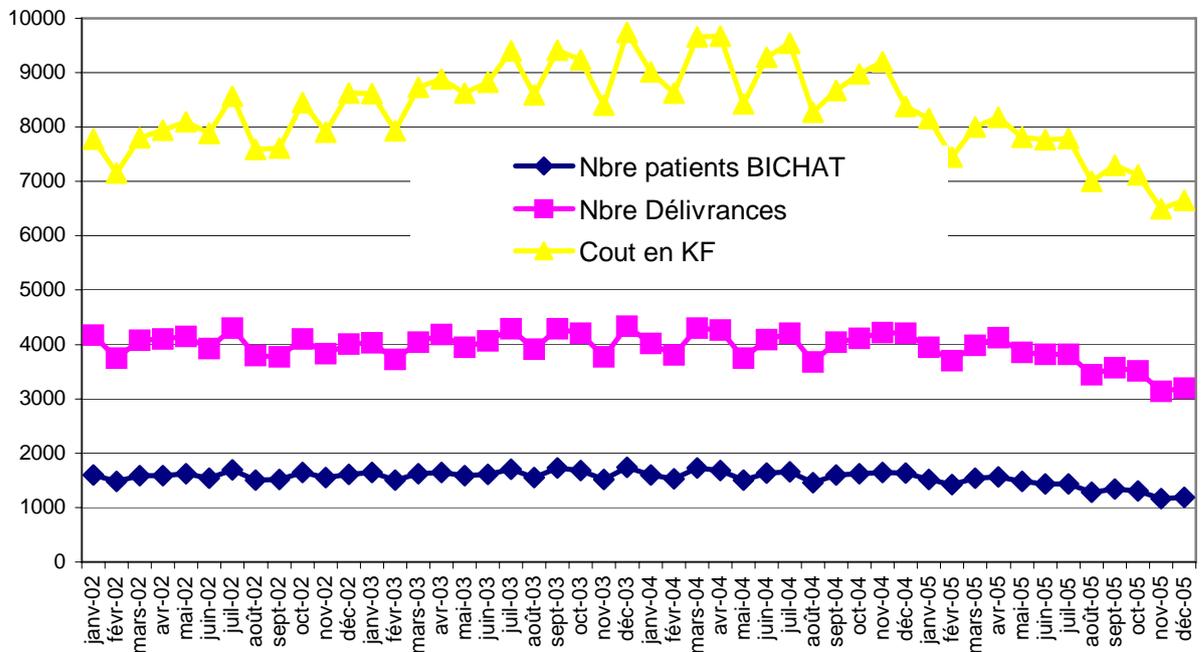
	N	%
<b>Sans Traitement</b>	0	0
<b>Monothérapie</b>	63	94
<b>Bithérapie</b>	4	6

**Monothérapie**: AZT (63)

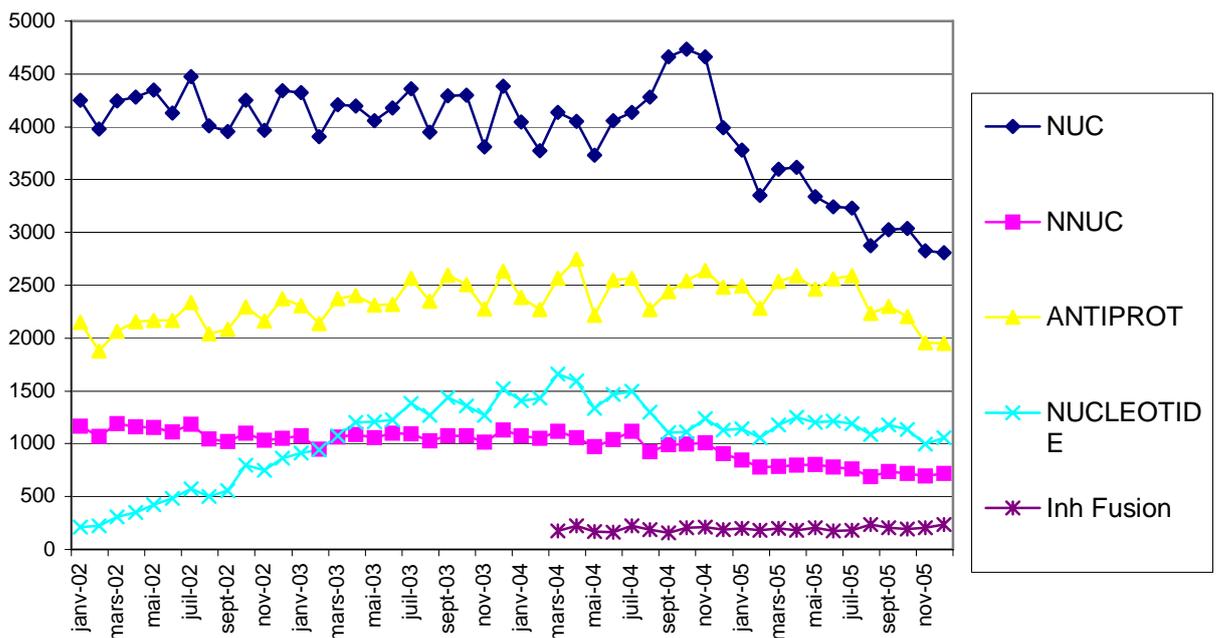
**Bithérapie** : AZT/NVP (4)

# Pharmacie

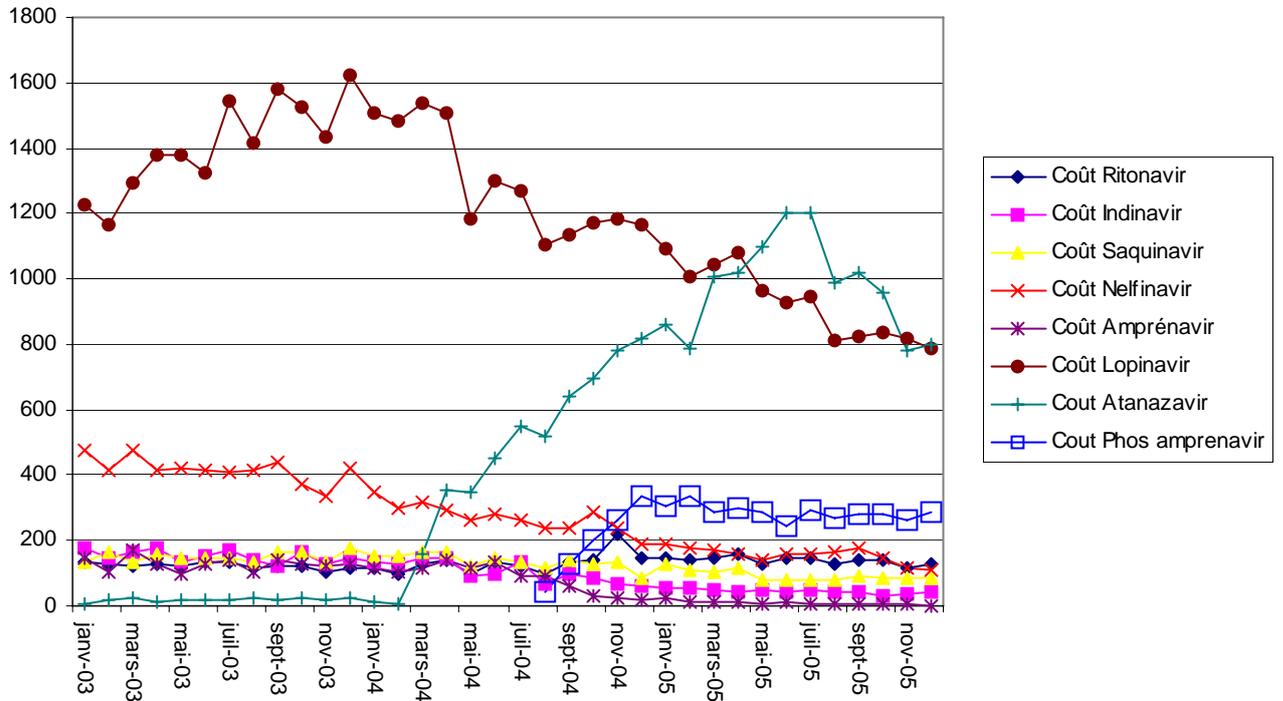
## Evolution des patients VIH



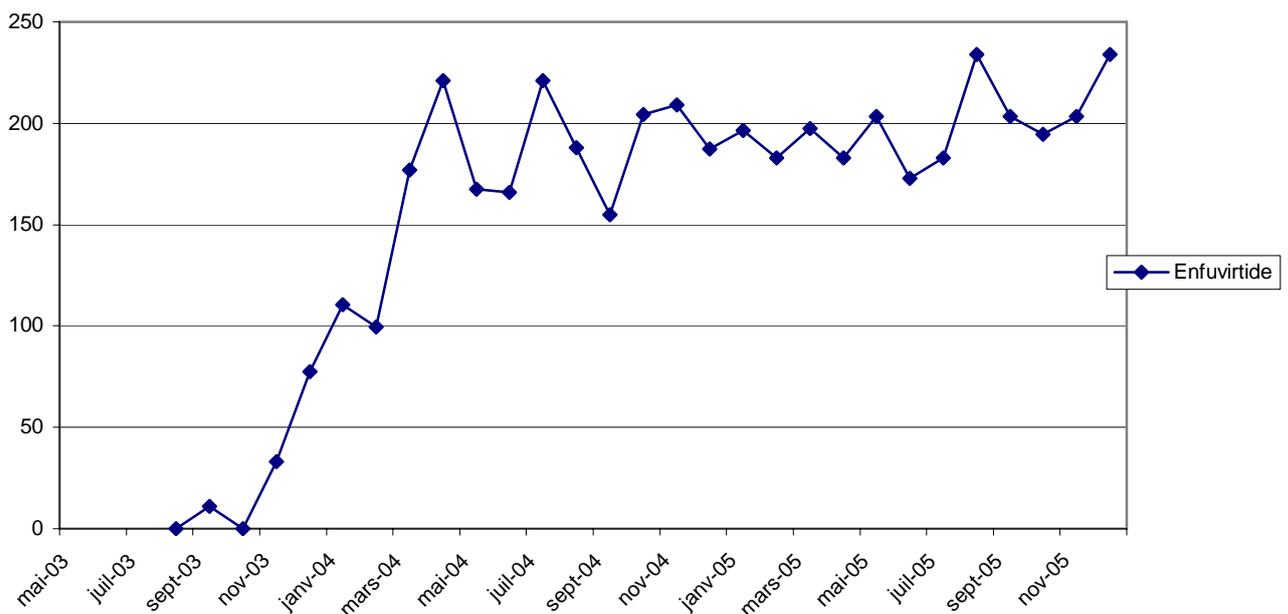
## Coût (en KF) par sous-famille d'antirétroviral



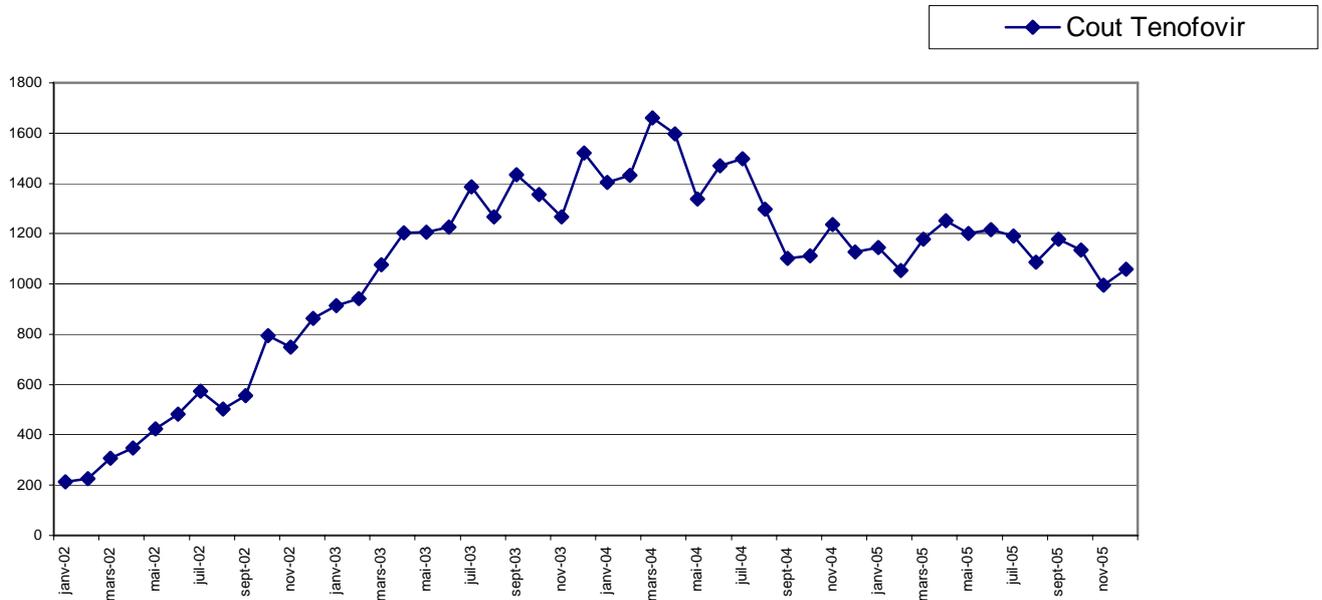
## Coût (en KF) des antirétroviraux antiprotéases



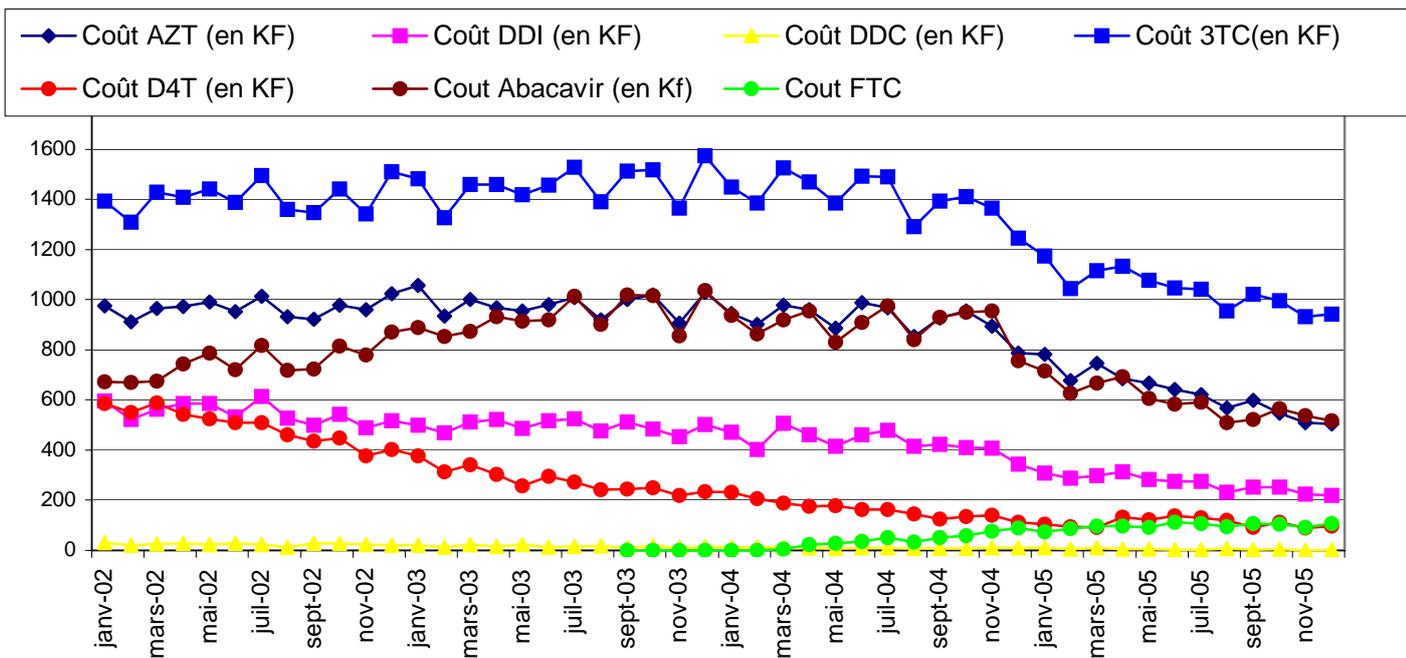
## Coût (en KF) des inhibiteurs de fusion



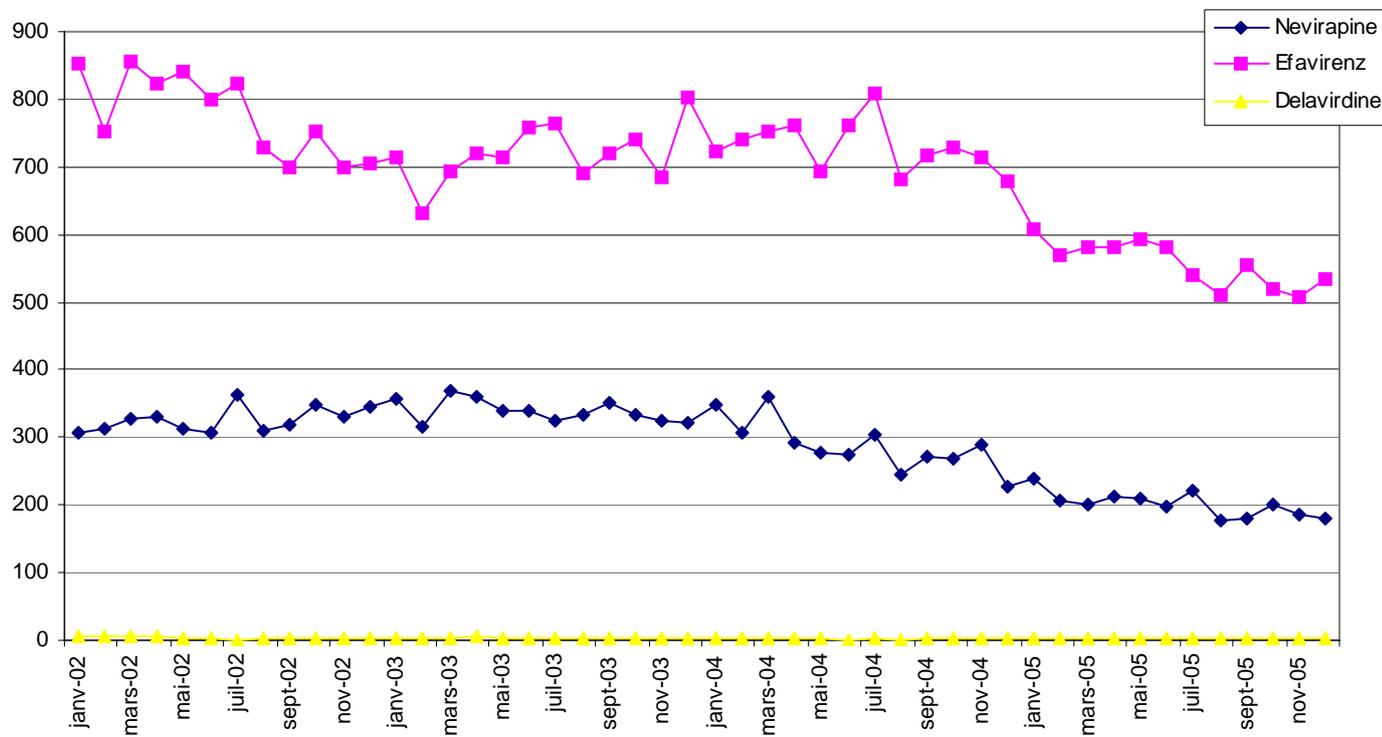
## Coût (en KF) des antirétroviraux nucléotides



## Coût (en KF) des antirétroviraux nucléosidiques ou nucléotides



# Coût (en K€) des antirétroviraux non nucléosidiques



# Consultation Proctologique au SMIT

---

Assurée par le Dr. Dalila. Benabderrahmane

## Consultation de proctologie

Organisée dans le service des maladies infectieuses et tropicales 1 fois par semaine le mercredi matin

Les patients sont orientés par leur médecin infectiologue en charge de leur suivi pour dépistage et prise en charge de lésions condylomateuses ano-génitales

**L'examen** comprend :

- l'explication sur les papillomavirus et sur l'utilité du dépistage
- l'interrogatoire du patient et le recueil de données à partir du dossier médical.
- l'examen proctologique de la marge anale et du canal anal (anuscopie) sans et avec application d'acide acétique puis l'examen du pénis et la recherche d'adénopathies inguinales.
- les lésions de la marge et du canal anal sont biopsiées et adressées par mes soins au Dr. F.Walker ( anapath. )
- les prélèvements à la recherche d'IST sont effectués sur 4 milieux de transport différents et dirigés par mes soins sur les laboratoires de bactériologie et virologie.
- la saisie des résultats sur le document papier.
- le courrier au médecin infectiologue.
- la programmation de la prise en charge thérapeutique en proctologie.
- la saisie CCAM.
- la saisie NADIS .

**Durée** d'un examen simple : 30 min.  
60 min. si biopsie et/ou prélèvements

Les examens sont demandés avec copie au médecin du patient et les résultats sont récupérés sur STARE puis rapportés sur le document de synthèse

## Résultats de l'année 2005

**137** patients vus dans le cadre du dépistage

**31** patients vus sans rdv sur demande du service pour urgences proctologiques : (analgies aiguës , rectorragies , diarrhées glairo-sanglantes .....)

### Sur 137 patients :

- **39** présentaient des lésions exophytiques ou planes dont **28** sont en **dysplasie** et **2 cancers épidermoïdes**
- **47** avaient des pathologies proctologiques diverses : hémorroïdes, fissures, fistules, polypes + MST

## Prise en charge

Les patients présentant des lésions anales sont orientés vers la consultation de proctologie, puis traités selon la nature des lésions :

- électrocoagulation au niveau de la marge et du canal anal sous anesthésie locale en consultation par moi-même, si les lésions ne sont pas trop étendues
- prescription d'un traitement médical pour les autres atteintes proctologiques (MST, fissure, hémorroïdes...)
- prise en charge chirurgicale par le Dr.Abramowitz pour les lésions étendues et les problèmes chirurgicaux (fistule, fissure....)

## Contrôle

Les patients traités sont systématiquement revus :

- tous les 3 mois jusqu'à disparition des récurrences
- puis 6 mois après,
- puis tous les ans.

Les patients sains sont revus tous les ans

Actuellement à peu près 1000 patients sont suivis.

## Commentaires

C'est un examen psychologiquement éprouvant pour le patient. Le médecin doit être attentif en premier lieu à cet aspect particulier car la compliance des patients dépend de la qualité de ce premier contact.

Il faut encore sensibiliser les médecins pour ce dépistage.

	Total consultants testés VIH	Séropositifs			
		CDAG	DAV	total	soit
<b>2003</b>	5853	116	10	126	2,2%
<b>2004</b>	5624	108	6	114	2%
<b>2005</b>	5728	81	8	89	1,6%

## Laboratoires

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Hémato Immunologie</b>	typages lymphocytaires	12275	12297	11535	12131	11872	9158
<b>Toxicologie</b>	dosages	11746	12021	13476	19089	22997	
<b>Virologie</b>	charges virales VIH1	11399	12428	11768	12983	12274	13507
	charges virales VIH1-O**	-	-	-	-	-	97
	charges virales VIH2*	-	932	754	980	1579	2846
	biothèques	2144	2210	2159	2140	2289	2181

\* nouvelle activité 2001

\*\* nouvelle activité 2005

## Ophthalmologie (consultations)

La file active VIH en 2005 pour l'OPH est d'environ 1000-1100 patients.

Nous avons observé parmi les pathologies infectieuses actives :

- rétinite à CMV active : 4
- Chorioretinites toxoplasmiques : 2
- Nécrose rétinienne aiguë (VZV ou HSV) : 1
- Cryptococcose méningée avec retentissement sur le nerf optique : 2
- Uvéites de restauration immunitaire : 4, dont aucun nouveau cas en 2005

# Les accidents exposant au sang (AES)

## à Bichat-Claude Bernard en 2005

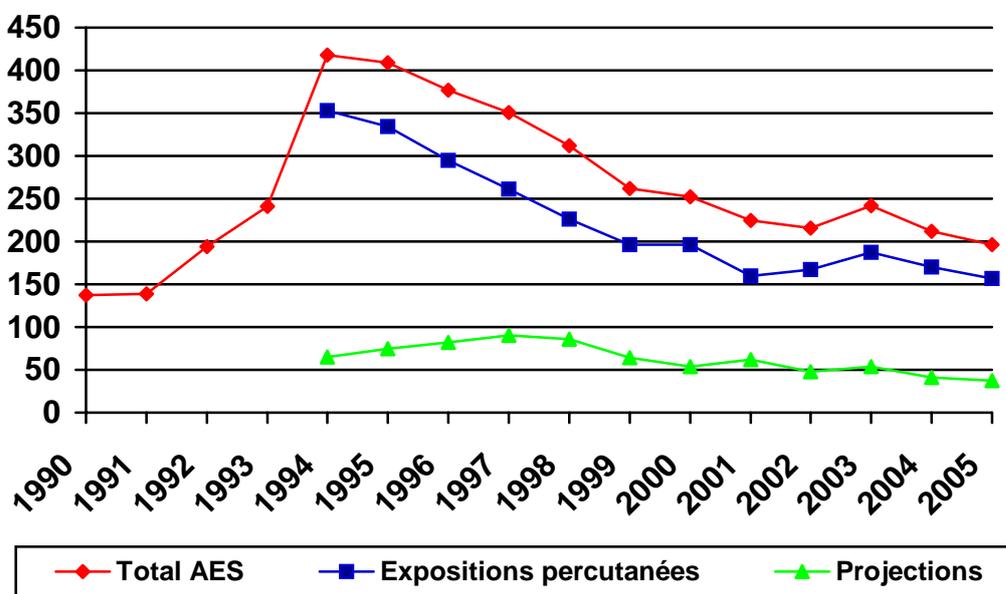
I. Lolom\*\*, F. Brégent\*, S. Branchu\*, D. Abiteboul\*

\*Service de Santé au Travail, \*\*UHLIN

En 2005, **196 personnes ont déclaré un AES** dont 171 (87%) ont consulté en Médecine du travail (stable par rapport aux années précédentes). Il s'agit en majorité de piqûres (70%). La fréquence globale annuelle des AES est de 5,4/100 ETP (équivalent temps plein) [5,9 en 2004 et 7 en 2003] et de 19,7 AES/100 lits d'hospitalisation (21 AES/100 lits en 2004). Les infirmier(e)s restent la catégorie qui déclare le plus d'AES [137 en 2003, 109 en 2004, 112 en 2005]. Comme chaque année, ce sont surtout les nouveaux embauchés qui sont victimes d'accident (61% ont moins de 2 ans d'ancienneté dans le service et 20% sont à moins de 2 ans de leur diplôme d'Etat). Le taux d'AES chez les jeunes en formation restent toujours importants (15 étudiants hospitaliers, 12 en soins infirmiers, 26 internes et 1 élève sage femme) car ils notifient à eux seuls plus d'un 1 AES sur 4 (54 en 2005 et 51 en 2004). La sous-déclaration est aussi probablement moindre chez les jeunes médecins que chez leurs aînés.

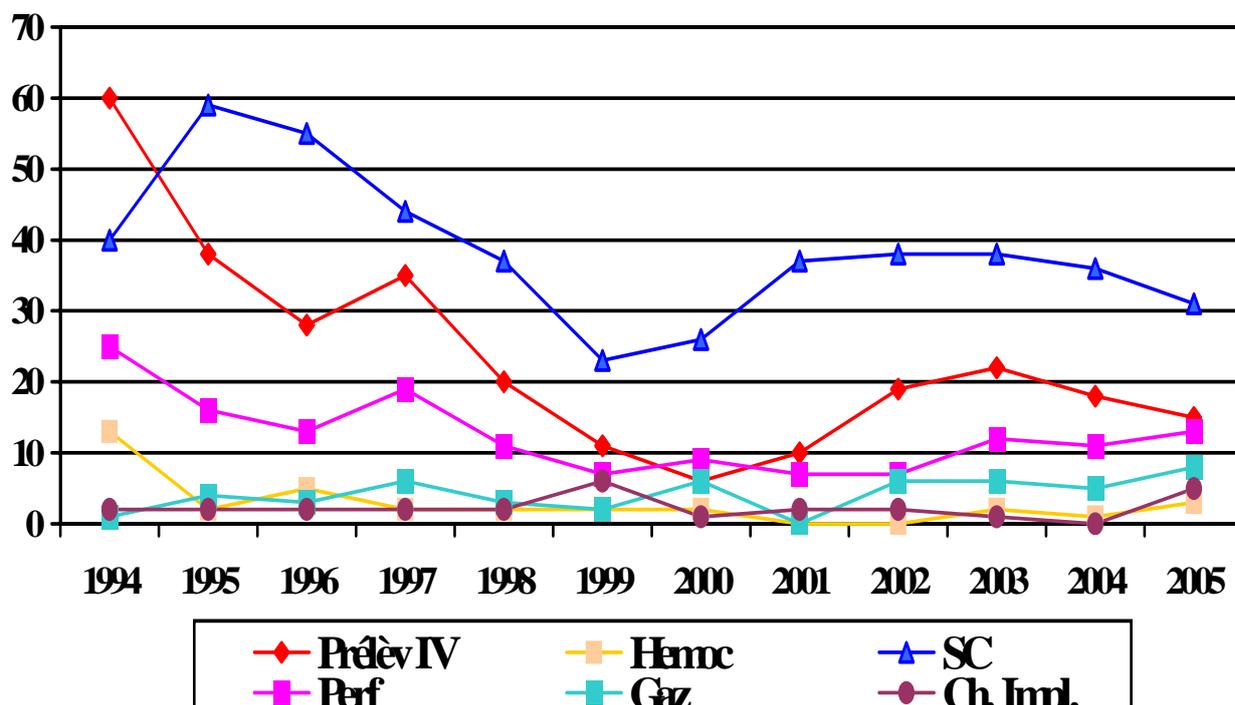
**Ce sont les internes et les sages femmes qui ont l'incidence d'AES la plus élevée (respectivement 0,17 et 0,13 ETP).** L'incidence des AES chez les infirmier(e)s est stable à 0,09 AES / ETP.

Figure 1 : Evolution du nombre d'AES de 1990 à 2005



Après 8 ans de décroissance régulière **une augmentation des accidents percutanés (APC) avait été notée en 2002 et 2003** (167 en 2002, 187 en 2003). Depuis 2004, **une diminution de ces accidents est de nouveau observé et se poursuit cette année** (170 en 2004 et 157 en 2005) [cf. figure 1]. **Par contre la proportion d'APC à risque** c'est-à-dire les piqûres avec des aiguilles creuses utilisées en intravasculaire : prélèvement veineux, hémoculture, pose de perfusion, gaz du sang et geste sur chambre implantée [cf. figure 2] reste élevée depuis 4 ans : 45 APC soit 28% des accidents par piqûre ou coupure [19 en 2001, 32 en 2002, 43 en 2003, 36 en 2004].

**Figure 2 : Evolution des expositions percutanées de 1994 à 2005 en fonction des procédures réalisées**



Parmi ces accidents à risque, 67% surviennent avec des dispositifs de sécurité (30/45), et dans 1 cas sur 2 implique un système de prélèvements à ailettes (14/30). L'accident survient dans 60% des cas (18/30) pendant la phase d'activation et concerne plus précisément deux types de matériel : les cathéters courts et les épicroaniennes à ailettes. Enfin, bien que des dispositifs sécurisés soient à disposition pour l'ensemble de ces gestes, un tiers de ces APC sont survenus avec des matériels non sécurisés. Les accidents lors des injections sous-cutanées restent les APC avec aiguille creuse les plus fréquents [38 en 2002 et 2003, 36 en 2004, 31 en 2005]. Ils surviennent majoritairement après le geste : par recapuchonnage ou désadaptation de l'aiguille (n = 11), par l'absence d'une élimination immédiate (n = 4) ou lors de l'introduction du dispositif dans le conteneur (n = 3). Néanmoins, la part des accidents liés au recapuchonnage (16%) lors de ces injections est en nette diminution [33% en 2004, 25% en 2003, 45% en 2002].

**Les déclarations aux blocs opératoires diminuent et représentent 25% des AES (30% en 2004) :** il s'agit là aussi en majorité d'accidents percutanés (42/50 APC). Deux catégories professionnelles sont particulièrement concernées par ces accidents : le personnel infirmier de bloc opératoire (IBODE) et les internes de chirurgie (29/50 APC).

**30,5% des APCs seraient potentiellement évitables :** 30 (19%) lors de l'élimination différée d'objets piquants, tranchants (posés sur plateau, sur table d'instrumentation, dans champs, sac poubelle...), 9 (5,7%) par recapuchonnage des aiguilles, 8 (5%) lors de la désadaptation de l'aiguille ou de lame à la main, 1 (0,5%) conteneur trop plein [cf. figure 3].

19 AES sur 196 (9,7%) sont survenus au contact de patient VHC+ dont 3 co-infectés par le VIH. 27 personnes (13,8%) ont été exposées accidentellement au VIH : 13 (48%) ont été traitées (9 après exposition par piqûre, 2 coupures, 1 après projection oculaire et 1 après un contact sur peau lésée).

**Figure 3 : Evolution de la proportion des expositions percutanées liées à l'élimination d'objets piquants tranchants**

MECANISMES	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
Pendant le geste	110	56 %	106	54%	73	46%	80	48%	92	49%	91	53,5 %	70	44,6 %
Après le geste	80	41 %	85	43.5 %	72	45%	87	52%	87	46.5 %	74	43,5 %	84	53,5 %
Recapuchonnage	12	6%	7	3.5%	9	5,5%	19	11,5 %	10	5,3%	13	7,6%	9	5,7%
Objets trainants	35	18 %	48	24.5 %	36	22,5 %	35	21%	42	22,5 %	29	17%	30	19,1 %
Conteneur	18	9%	11	5.5%	12	7,5%	13	8%	13	6,9%	11	6,5%	10	6,4%
- <i>introduction</i>	13		9		10		12		9		9		9	
- <i>trop plein</i>	3		1		1		1		2		2		1	
- <i>mal cliqué</i>	1		1						1					
- <i>autre</i>	1													
Manip objets souillés divers	11	6%	15	8%	8	5%	6	5%	11	6,0%	8	4,7%	15	9,5%
En activant sécurité	4	2%	4	2%	7	4,5%	9	3,5%	11	6,0%	13	7,6%	20	12,7 %
<b>Sans précision</b>	<b>6</b>	<b>3%</b>	<b>5</b>	<b>2.5%</b>	<b>15</b>	<b>9%</b>	<b>5</b>	<b>3%</b>	<b>8</b>	<b>4,3</b>	<b>5</b>	<b>3%</b>	<b>3</b>	<b>1,9 %</b>

## En conclusion :

- L'incidence des AES se stabilise à 5,4/100 ETP, et le nombre d'APC (n = 157) est le plus bas jamais enregistré. Néanmoins, les accidents les plus à risque (gestes intravasculaires) restent trop nombreux. Le nombre élevé de piqûres lors d'injections sous-cutanées (dont 9 avec des stylos à insuline), bien que moins à risque, est préoccupant d'autant plus que ces accidents seraient évitables une fois sur 2 par l'application des précautions standard.
- La part importante de ces accidents survenant chez des personnels récemment embauchés, et les problèmes posés lors de la phase d'activation de certains matériels de sécurité, en particulier les dispositifs à ailettes sécurisés doivent inciter à poursuivre les efforts de formation sur les mesures de prévention et d'utilisation des matériels. Rappelons qu'une formation pour tout nouveau personnel dans les semaines qui suivent l'embauche existe depuis 2005 et que des actions sont conduites en parallèle auprès de l'IFSI. Enfin, le groupe protection du personnel réfléchit en 2006 sur l'acquisition de nouveaux matériels de sécurité à activation semi automatique plus facile d'utilisation.
- 30% des accidents sont évitables (taux stable depuis plusieurs années), et comme toujours la grande majorité des AES est encore due à une élimination incorrecte des objets piquants tranchants. L'élimination immédiate par l'opérateur de tout objet piquant-tranchant souillé dans un conteneur placé à portée de main associée à une utilisation correcte des matériels de sécurité, est pourtant une des mesures essentielles dans la réduction des APC.

# Clinique Médicale et Pédagogique Edouard RIST

14 rue Boileau, 75016 PARIS

---

## Accueil des patients infectés par le VIH

Notre établissement PSPH comporte essentiellement des services de SSR réservés à **90%** à des **adolescents âgés de 13 à 25 ans**, en effet la clinique médicale et pédagogique E. RIST fait partie de la Fondation Santé des Etudiants de France qui comporte en liaison avec l'éducation nationale, un établissement scolaire pour jeunes handicapés.

Cet établissement comporte différents services médicaux :

- pneumologie : accueillant les pathologies chroniques respiratoires, myopathies, mucoviscidose.
- MPR traumatologie et cérébro-lésés.
- Hémato-oncologie
- Médecine interne de l'adolescent accueillant des pathologies multiples : maladies génétiques, diabète, insuffisance rénale et infection par le VIH qui représente 5 % de l'activité totale du service.
- Médecine interne- néphrologie accueillant des patients adultes soit transplantés d'organes (foie, rein moelle), soit présentant une insuffisance rénale, soit une infection par le VIH représentant 5 % de l'activité du service.
- Un service d'hémodialyse pour adultes et adolescents. Dans ce service les patients infectés par le VIH représente 11% des patients. Ce taux est important, car la prévalence de l'infection par le VIH chez les patients dialysés est évaluée en France en 2002 à 0.5%.

*Docteur Brigitte ZINS  
Paris le 23/6/2006*

# Centre Hospitalier du Vexin

Parc d'Aincourt, 38 rue Carnot, 95420 Magny en Vexin

## Service de Médecine Polyvalente

Cf. tableau activité VIH page 6.

## Unité de Soins de Suite spécialisée dans la prise en charge des malades touchés par le VIH :

Nombre de séjours	31
DMS	70 jours

## « Maison de Lumière » :

Maison d'accueil spécialisée, la « Maison de Lumière » est constituée de 15 places qui accueillent des patients infectés par le VIH et présentant de lourds handicaps secondaires à différentes infections opportunistes.

Nombre total de séjours	16
Nombre de séjours prolongés	15
Nombre de séjours temporaires	1

Ce service est une structure médico-sociale dont les prises en charge sont inscrites sur le long terme. Les tableaux ci-dessous représentent les tranches de durée de séjour :

### ✓ Séjours temporaires :

	Nombre	Pourcentage
Entre 1 et 3 mois	1	6.2 %

### ✓ Séjours prolongés :

	Nombre	Pourcentage
Entre 1 et 2 ans	10	62.5 %
Entre 2 et 3 ans	1	6.2 %
Entre 3 et 4 ans	1	6.2 %
Entre 4 et 5 ans	-	-
Plus de 5 ans	3	18.8 %

## UNITÉ ESCALE

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>FILE ACTIVE patients VIH+</b>	139	135	153	167	179	193
Patients sous antirétroviraux au long cours	N/D	107	116	132	149	146
% patients en succès thérapeutique				94%	94%	90%
Nouveaux patients	25	30	39	26	31	36
Dont diagnostic de l'infection par le VIH dans l'année		25	23	21	22	24
Déclarations SIDA	3	8	7	3	12	5
Décès	3	2	2	3	6	2
<b>FILE ACTIVE patients suivis pour Accident Exposant au Sang (AES)</b>		40	56	66	88	71
Consultations médicales (cs externes + cs HDJ)	917	915	978	1030	1019	1145
Dont consultations pour AES			155	156	137	169
Consultations psychiatre	101	101	103	106	87	92
Entretiens psychologue	98	49*2	118*3	64*4	140	180
Interventions Assistante Sociale	342	212	195	73*5	287	276
Actes infirmiers en AMI	166*1	501	653	825	756	807
Aérosols de pentamidine						24
Hospitalisations de Jour	54	42	61	44	24	20

\*1 : sept mois de congé de maternité, remplacé un mois et demi

\*2 : six mois de congé de maternité non remplacé

\*3 : deux de vacance de poste

\*4 : six mois de congé de maternité non remplacé

\*5 : sept mois de congé maladie et de vacance de poste

L'ESCALE est l'unité spécialisée, mobile et pluridisciplinaire de l'Hôpital Simone Veil dont la mission est d'assurer le suivi, tant médical que social et psychologique, en consultation et lors des hospitalisations des personnes infectées par le VIH et leurs proches. Elle dépend des services de Médecine II et III.

### A la fin de l'année 2005, l'équipe était composée de :

- Mme M-A KOZA : infirmière plein temps,
- Mme S. CHAUVIN : secrétaire médicale plein temps,
- Mme A. LEPRETRE : médecin responsable, praticien hospitalier mi-temps,
- Mr N. GRUAT: praticien attaché à la consultation (2,5 vacations/semaine),
- Mme N. KHELIL : praticien attaché à la consultation (1 vacation/semaine),
- Mme L. EL HAJJ, praticien hospitalier temps plein du service de Médecine III : elle consulte une fois/semaine à l'ESCALE,
- Mr le Dr P. POLOMENI (0,5 vacation/semaine) : praticien attaché coordinateur du réseau REVIHVO,
- Mme le Dr M. REY-CAMET: praticien attaché psychiatre, détaché du service du Dr BRUNET-CHAUVINEAU (0,5 vacation par semaine),
- Mme H. BEROUD-POYET : psychologue mi-temps,
- Mme L. PASSI : assistante sociale à mi-temps.

## File active des patients séropositifs pour le VIH

### ● 14 patients suivis en 2004 n'ont pas été revus en 2005

10 ont déménagé dans un autre département et sont maintenant suivis dans un autre Centre Hospitalier, 4 patients sont perdus de vue.

### ● 193 patients ont été suivis en 2005 dont 36 nouveaux (19 %)

- ▶ il s'agissait de 105 hommes (54 %) et 88 femmes (46 %).
- ▶ le mode de contamination présumé était hétérosexuel pour 69 %, l'usage de drogues par voie intraveineuse pour 16 %, homosexuel pour 13 % et post-transfusionnel pour 4 %.
- ▶ 50 % étaient de nationalité française, 35 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne, 6 % d'Afrique du Nord, 5 % d'Haïti, 3 % du Portugal et 1 % de Turquie.
- ▶ 187 étaient infectés par le VIH1, 5 par le VIH2 et 1 était doublement infecté.
- ▶ 57 (30 %) étaient au stade SIDA (stade C), 23 % présentaient des symptômes cliniques mineurs de l'évolutivité de la maladie (stade B) et 47 % étaient asymptomatiques sur le plan clinique (stade A).
- ▶ 146 étaient traités par trithérapie antirétrovirale au long cours.
- ▶ 44 patients (22 %) étaient co-infectés par VHC et/ou le VHB (34 par le VHC, 9 par le VHB et 1 par les 2 virus).
- ▶ 2 patients ont présenté une syphilis.
- ▶ 1 patient a présenté un infarctus du myocarde.
- ▶ 2 patients sous antirétroviraux au long cours sont décédés : 1 d'insuffisance rénale sub-aigüe et 1 d'accident.
- ▶ 15 femmes ont présenté une grossesse, dont 14 ont été poursuivies.

A l'exception de 4 patientes, toutes ont été ou sont suivies par les médecins du service d'obstétrique du Dr J.P. CLEOPHAX.

**Aucun enfant né n'est infecté par le VIH.**

## Caractéristiques de 36 nouveaux patients

Il s'agit de **18 femmes** (moyenne d'âge 34 ans) et de **18 hommes** (moyenne d'âge 39,5 ans). Le mode de contamination est hétérosexuel pour 78 %, homosexuel pour 17 % et l'usage de drogues par voie intraveineuse pour 5 %.

**2** sont infectés par le **VIH2** et **1** par le **VIH1 et le VIH2**.

**44 %** sont originaires d'**Afrique Subsaharienne**, **36 %** sont de nationalité **française**, **8 %** d'**Haïti**, **5 %** d'**Afrique du Nord**.

**26** sont **asymptomatiques** sur le plan clinique (stade A) et **10** sont ou ont été **symptomatiques**, dont **9** sont au stade **SIDA**.

- **11 patients dépistés VIH+ antérieurement à 2005**

Ils connaissent leur infection depuis **7,5 ans en moyenne** et ont eu un suivi médical jusque là chaotique pour la majorité d'entre eux.

**2 patients** étaient déjà sous traitement antirétroviral alors que 7/11 présentaient des  $CD4 \leq 250/mm^3$  à la première consultation, ce qui signe une immunodépression sévère. 5 patients ont donc bénéficié de l'initiation d'un traitement.

Ces patients n'ayant pas réussi à adhérer à un suivi médical régulier et donc à accepter leur maladie, notre travail est de les y aider. Au delà de la nécessaire alliance thérapeutique avec le médecin, un soutien psychologique et/ou social est très souvent nécessaire.

- **25 ont été dépistés positifs pour le VIH en 2005.**

17 ont effectué une démarche de dépistage en dehors de tout symptôme lié au VIH : 5 parce que leur partenaire venait d'être dépisté positif pour le VIH, 4 ont été conseillés par leur médecin traitant, 4 étaient enceintes ou désiraient l'être et 4 se sont rendus dans au CDAG.

8 ont présenté des signes cliniques évocateurs de l'infection par le VIH : 2 patients vus en consultation pour une primo-infection et 6 patients hospitalisés dont 5 pour des infections signant un stade SIDA.

18 sont asymptomatiques sur le plan clinique et 6 au stade SIDA.

7 ont débuté un traitement antirétroviral en 2005 et 2 le feront dès que le traitement de leur tuberculose le permettra.

Seuls 4 de ces primodépistés n'avaient aucune couverture sociale au moment de la prise en charge, ce qui ne veut pas dire absence de problèmes sociaux...

**Contrairement aux années précédentes, plus de la moitié des nouveaux patients reçus à l'ESCALE n'a pas nécessité de mise sous traitement au long cours dès la découverte de la maladie et presque la moitié (17/36) avait effectué un dépistage en dehors de tout signe clinique d'évolutivité. Hasard ou début de tendance, l'avenir nous le dira !**

## **Prise en charge spécifique des patients co-infectés par le VHC et/ou le VHB.**

Depuis 2001, l'équipe s'est attelée à évaluer la gravité de ces co-infections et à les traiter. Ces co-infections et leur nécessaire prise en charge sont toujours mal vécues par les patients qui les vivent souvent comme « une double peine », ayant déjà pour la plupart, un traitement à vie à gérer. Les brochures de l'association SOS-hépatites et celles des laboratoires impliqués dans le traitement de l'hépatite C remises au patient pour lui même et son entourage sont très utiles pour aider le patient à objectiver cette deuxième maladie et à s'approprier la nécessité d'un traitement. Pour les patients fragilisés sur le plan psychologique et/ou social, la pluridisciplinarité de la prise en charge proposée à l'ESCALE permet une évaluation médico-psycho social régulière et produit des réponses individualisées pour l'initiation, l'observance, la gestion des effets secondaires afin de mener à terme ce lourd traitement d'un an.

### **Nous nous appuyons également sur un petit réseau :**

Le Dr GRUAT, praticien attaché de l'unité mais également praticien hospitalier à l'hôpital du Vexin qui y accueille régulièrement des patients pour l'initiation du traitement.

Le Dr NURY, coordinateur du réseau ville-hôpital hépatite C nous apporte son avis éclairé de même que le Dr Gervais, hépatologue spécialisée de la co-infection VIH/VHC de notre CISIH (*Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine*) de référence.

### ■ les 34 patients séropositifs pour le VHC :

**Parmi eux, 74 % d'hommes** ; l'âge moyen est relativement élevé : 46,5 ans.

Le mode de contamination présumé est l'usage de drogues par voie intraveineuse pour 85 % d'entre eux. 2 personnes ont été contaminées par transfusion et le mode de contamination est indéterminé pour 3 personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

**Sur le plan de la maladie VIH, il s'agit de patients souvent à un stade avancé : 82 % ont été ou sont symptomatiques sur le plan clinique et 47 % sont au stade SIDA.** Un seul patient ne nécessite pas de traitement antirétroviral, 1 sera traité dès que sa tuberculose le permettra, 3 le devraient mais ne se présentent que très rarement à la consultation. Les 29 autres (85 %) sont sous trithérapie antirétrovirale au long cours et ont tous une charge virale indétectable.

Sur le plan VHC, 31 présentaient une infection chronique (ARN positif) et 3 une guérison spontanée (ARN négatif à plusieurs reprises).

Le sous type du VHC est renseigné pour 28 patients, il s'agit du sous type 1 pour la moitié d'entre eux.

Sous-type VHC	1	2	3	4	3c/4/6
Nbre de patients	14	1	6	6	1

L'activité et la fibrose de cette hépatite chronique est évaluée chez 26 patients (81 %). 7 patients ont déjà bénéficié d'au moins 2 évaluations à 3 ans d'intervalle.

La dernière évaluation a été faite par un test biologique pour 12 patients, une PBH pour 9 patients, un test biologique + 1 fibroscan pour 4 patients et un test biologique + PBH pour 1 patient.

Score de Fibrose	F0	F1	F2	F3	F4
Nbre de patients	2	4	7	2	11

**La moitié des patients est à un stade évolué de fibrose hépatique ( F3 ou F4).**

### ■ Traitement du VHC :

**32 % des patients (10) ont déjà été traités, seules 3 réponses virales prolongées ont été obtenues.**

7 patients (23%) étaient en cours de traitement en 2005, dont 2 avaient déjà bénéficié d'au moins 1 traitement antérieur.

16 patients (52%) n'ont jamais été traités :

- 2 doivent être évalués sans tarder
- 2 débuterons le traitement en 2006
- 5 patients ne relèvent pas d'un traitement selon les critères en cours (activité <1 et fibrose ≤ F1) mais nécessitent une évaluation annuelle.
- 7 patients : leur maladie VIH ou une co-morbidité récuse actuellement le traitement.

Ces premiers résultats peuvent paraître décevants, eu égard à l'énergie fournie par l'équipe et les patients. Nous comptons sur les patients traités en 2005 et 2006 pour améliorer le taux de réponse virale prolongées.... et sur la recherche thérapeutique pour mettre au point des molécules plus actives sur ce virus. En effet, si 2 ou 3 patients déjà traités peuvent espérer une réponse à un nouveau traitement, les autres n'ont plus d'alternative thérapeutique curative.

### ■ Les 9 patients co-infectés par le VHB :

**55 % sont des femmes. L'âge moyen est de 42,5 ans.** Le mode de contamination n'est certain que pour un patient (contamination hétérosexuelle), les 8 autres patients sont originaires de zones d'endémie.

6/9 patients bénéficient d'un traitement antirétroviral au long cours qui inclus une ou deux molécules également actives contre le VHB.

L'ADN du VHB est renseigné pour 8 patients : 2 présentaient une réplication active du virus avant instauration de la trithérapie qui a permis l'arrêt de cette réplication du VIH et du VHB.

1 patient Ag Hbe+ a séroconverti (Ac Hbe+) après 5 ans de traitement.

**1/9 patient présente une fibrose hépatique sévère (F4).**

## **Le suivi des Femmes enceintes.**

La file active de l'unité se féminise, l'infection par le VIH ne signe plus une mort à court terme et la prise en charge mise en œuvre en France permet un faible taux de transmission materno-fœtal du VIH (0,6% en 2003, Enquête Périnatale Française). Aussi, le nombre de suivi de grossesse augmentent : 14 cette année.

Parmi les 15 femmes enceintes suivies en 2005, 6 étaient déjà sous antirétroviraux au long cours dont une seule a demandé une IVG et 4 ont découvert leur infection par le VIH à l'occasion de leur grossesse dont une nécessitait un traitement antirétroviral pour elle-même.

### **Le suivi de ces femmes nécessite une importante mobilisation de l'équipe :**

La prise en charge nécessite un suivi mensuel, tant VIH qu'obstétrical dès le début du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse. La mise sous traitement des femmes non antérieurement traitées doit être débutée entre 28 et 32 SA pour obtenir une charge virale indétectable pour l'accouchement. En cas de résistance virale chez la mère, il faut discuter avec le néonatalogiste spécialisé le traitement qui sera donné à l'enfant dès sa naissance.

**D'autre part, comme le souligne notre psychologue dans son rapport, la grossesse chez une femme porteuse du VIH est toujours vécue dans l'anxiété. Les 4 femmes dépistées à l'occasion de leur grossesse ont également dû vivre le traumatisme de l'annonce de leur maladie.**

**Par ailleurs, 2 femmes en situation de logement très précaire ont nécessité un travail social intense.**

Une bonne coordination entre les équipes est primordiale afin de permettre une grande réactivité en cas de problème. La collaboration avec le service d'obstétrique de notre hôpital, initiée en 2001, est très bonne et nous travaillons déjà étroitement avec l'unité de parentalité récemment créée.

## **Les patients sous antirétroviraux au long cours.**

Au 31 décembre 2005 144 patients, soit 75% des patients suivis nécessitent la prise d'un traitement antirétroviral quotidien à vie.

Des interruptions temporaires de traitement médicalement encadrées avaient été « accordées » à quelques patients ces 2 dernières années : elles ne l'ont plus été en 2005, les premières données des essais contrôlés d'interruption thérapeutique en cours étant ambivalentes, il semblait raisonnable de ne plus utiliser cette stratégie dans l'attente des résultats définitifs.

Parmi les 144 patients :

-4 ont débuté une trithérapie antirétrovirale depuis moins de 6 mois

-5 ne sont pas revenus à la consultation depuis plus de 6 mois

-9 sont en échec thérapeutique : 7 en échec virologique minime (CV<5000 copies/ml), 1 en échec modéré et 1 en échec sévère (CV>30 000 copies/ml)

-126 ont une charge virale VIH inférieure à 500 copies/ml

**Ainsi, en intention de traité, c'est à dire en considérant que les 5 patients non revus depuis 6 mois sont tous en échec virologique, 90% (126/140) des patients traités depuis plus de 6 mois sont en succès virologique.**

Pour les patients en succès thérapeutique, le dépistage précoce des effets secondaires, les changements de molécules en fonction des co-morbidités associées et si possible du mode de vie du patients sont des clefs essentielles pour un adhésion au long cours du traitement, en dehors de la situation sociale et psychologique des patients qui évoluent également avec le temps.

**Le sur-risque cardiovasculaire, maintenant bien connu, des patients traités par antirétroviraux depuis plusieurs années, nous amène à surveiller de très près les autres facteurs de risque et à traiter les HTA et les dyslipidémies de ces patients.** Les Dr SLAMA et LEWY, cardiologues sont nos interlocuteurs privilégiés.

1 patient de 40 ans, dont le seul facteur de risque associé était un tabagisme important a présenté un infarctus du myocarde cette année.

Concernant les problèmes de surpoids et de comportement alimentaire, nous avons beaucoup de difficultés à les entraîner à modifier leur mode de vie, même en cas de diabète associé. Pour de nombreux patients, le surpoids est synonyme de bonne santé, montre « que l'on est pas malade »...

## **Le suivi des accidents exposant au sang et autres liquides biologiques (AES).**

Cette procédure, mise en place en France en 1998, permet à toute personne exposée à un risque potentiel d'exposition au VIH récent (<48h) de bénéficier d'une Prophylaxie Post exposition (PPE) par antirétroviraux pendant 4 semaines et d'un suivi sérologique concernant les virus VIH, VHB, et VHC.

Selon le protocole de l'hôpital Simone Veil, validé par le CLIN le 20/11/2001, la première évaluation et l'éventuelle mise sous traitement est effectuée par le service des urgences.

L'ESCALE reçoit dans les 72 heures, pour une deuxième évaluation, toute personne mise sous trithérapie antirétrovirale et effectue son suivi durant au moins 6 semaines (4 semaines de traitement + bilan post-traitement) :

- Les personnes dont l'AES est d'origine professionnel sont ensuite suivies par leur service de médecine du travail pour les salariés.
- Les personnes non mises sous PPE et non personnel de l'hôpital sont reçues au moins une fois à l'ESCALE pour le rendu de leur bilan sérologique, ainsi que celui de la personne-source lorsqu'il a pu être prélevé, et pour l'organisation du suivi ultérieur si nécessaire.

Nous assurons la totalité du suivi pour les AES des personnels de santé libéraux et des personnes ayant pris un risque sexuel.

**Parce que cette procédure nécessite un haut niveau de coordination entre différents services (les urgences, le laboratoire de biologie, l'unité ESCALE, la médecine du travail) et qu'elle contribue à la lutte contre la transmission des infections soignants/soignés, un groupe de travail AES, coordonné par les services d'hygiène et de la qualité se réunie mensuellement. Ce groupe a travaillé, en 2005, à une formation pour l'ensemble du personnel de l'hôpital qui aura lieu au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2006.**

L'évaluation de cette procédure, tant sur le plan national que local, est essentielle. Elle est effective concernant les AES professionnels (réseau RAISIN auquel participent nos 2 médecins du travail) et montre qu'en France, si

aucun soignant n'a été contaminé par le VIH dans sa pratique professionnelle depuis 1997, le risque de contamination par le VHC n'est pas négligeable ( 18 depuis 1997 au 31/12/2004-BEH N° 23/2005).

L'évaluation concernant les AES sexuels est plus difficile et encore balbutiante.

Pour 2005, le manque de temps de secrétariat ne nous permet pas de connaître le nombre de perdus de vue entre la consultation initiale aux urgences et notre consultation. Cette lacune pourra être comblée en 2006 grâce au logiciel URCAL utilisé depuis peu aux urgences.

**71 personnes ont été reçues à l'ESCALE en 2005 dans le cadre de cette procédure pour un volume de 169 consultations.**

**Aucune contamination par les virus du VIH, du VHB ou du VHC n'a été constatée.**

- 38 (54%) à la suite d'un accident de prévention sexuelle (25 hommes et 13 femmes, âge moyen 34 ans).
- 32 suite à un accident professionnel (dont 25 hors GHEM).
- 1 suite à une piqûre avec 1 stylo à insuline trouvé dans la rue.

**42 personnes (59 %) avaient bénéficié de l'initiation, par le service des urgences, d'une trithérapie antirétrovirale (COMBIVIR® + KALETRA®).**

Il s'agit surtout de personnes ayant pris des risques sur le plan sexuel : elles représentent 80 % des initiations de PPE. En effet, pour les AES professionnels, le dossier du patient ou un prélèvement sanguin pour test VIH rapide permet une connaissance rapide du statut sérologique du patient source, ce qui évite le plus souvent une mise sous PPE inutile.

**Le suivi des 33 personnes mises sous PPE après un risque sexuel :**

il s'agissait :

- d'une relation hétérosexuelle pour 26 d'entre elles dont 4 ruptures de préservatif avec un partenaire connu porteur du VIH et un viol.
- d'une relation homosexuelle pour 7 personnes dont 1 avec un partenaire connu porteur du VIH et un viol. On note que l'âge moyen est de 25 ans pour ces 7 personnes.

A l'issue de la première consultation , 10 PPE étaient interrompues :

- 1 personne l'avait arrêtée elle-même après 48h de traitement.
- 9 traitements ont été interrompus par le médecin ( 4 partenaires testés séronégatifs pour le VIH, 3 prises de risque ne relevant pas d'une PPE selon les critères en vigueur et 2 PPE débutée plus de 48h après le risque).

Il est normal que des PPE aient été initiées largement aux urgences, souvent sur demande pressante d'une personne angoissée. La consultation à 48h permet une réévaluation plus sereine de la situation.

Parmi les 23 personnes pour lesquelles la PPE a été poursuivie :

- 14 sont allées jusqu'au bout du suivi proposé (4 mois) au cours duquel 5 personnes ont été vaccinées contre le VHB.
- 2 se sont arrêtées à mi-chemin (2 mois).
- **7 ne sont pas revenues à l'issue de la première consultation dont 4 personnes ayant eu des relations homosexuelles.**

**Les 9 personnes mises sous PPE aux urgences après un risque professionnel :**

Il s'agissait de 5 membres du personnel de l'hôpital et de 4 professionnels hors GHEM.

A l'exception d'une IDE exerçant en libéral qui ne savait pas l'importance de prendre cette PPE le plus rapidement possible après le risque d'exposition et a donc attendu d'avoir fini sa journée de travail pour se présenter aux urgences, **tous ont débuté leur traitement au plus tard dans les quatre heures après le risque d'exposition, c'est à dire dans les conditions optimum de l'efficacité de la PPE.** La procédure a donc été parfaitement suivie tant par les services d'origine que celui des urgences.

Il s'agissait de :

- 2 effractions cutanées avec du matériel transfixiant en stérilisation dont 1 pour qui le patient source a pu être identifié et s'est avéré séronégatif pour le VIH, ce qui a permis l'arrêt de la PPE rapidement.
- **7 piqûres ( 4 aiguilles IV, 2 sous-cutanée et une aiguille pleine ) avec du sang de 4 patients source VIH1+ connus dont 2 avec charge virale détectable, 2 patients source non identifiables et 1 patient source identifié secondairement et séronégatif pour le VIH.**

## **Travail avec les partenaires institutionnels et associatifs**

- Echanges hebdomadaires avec la coordination du réseau Ville-Hôpital REVIHVO.
- Participation aux réunions du CISIH (Centre d'Information et de Soins pour l'Immunodéficience Humaine) de Bichat-Claude Bernard auquel l'Hôpital est rattaché.
- Réunions de synthèse avec les équipes de LOGINTER (association gérant des Appartements de Coordination Thérapeutique ) autour de patients communs dont une sur le site du « Phare » à Gonesse.
- Réunions de synthèse avec la fondation Léonie Chaptal (Coordination de l'aide à la vie quotidienne des patients atteints par le VIH/Sida sur le Val d'Oise)
- Rencontre de l'équipe et visite du foyer mères-enfants du Vert Logis ( Montmorency).
- Rencontre de l'équipe de l'unité de parentalité de l'hôpital.
- Rencontre de l'équipe de l'association Aurore ( hébergement social, Paris).

## **Les activités de formation, de prévention et de recherche**

### **Formation :**

#### **⊕ cours à l' IFSI :**

15 heures pour le module infectieux VIH des étudiants de 1<sup>ère</sup> année.

3 heures dans le cursus de formation des aides-soignantes.

#### **⊕ Stages pratiques des élèves de l'IFSI :**

3 élèves infirmiers ont été accueillis à l'ESCALE

### **Prévention :**

#### **⊕ La prévention primaire :**

Nous développons une activité de prévention auprès des personnes qui consultent dans le cadre de la procédure AES suite à une prise de risque de nature sexuelle :

Les consultations de suivi sont l'occasion d'une information personnalisée concernant les IST, le contrôle sanguin des anticorps de protection contre le virus de l'hépatite B effectué lors du bilan effectué aux urgences, permet une sensibilisation à la vaccination : ainsi 5 personnes ont bénéficié d'une vaccination complète contre ce virus.

Présentation et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins.

Entretiens avec la psychologue sont proposés.

#### ⊕ **La prévention secondaire :**

La protection systématique des rapports sexuels pour les personnes infectées par le VIH par l'usage de préservatifs est un enjeu majeur. Nous tentons d'aider nos patients à relever le défi :

- **des préservatifs féminins donnés par le CODESS et masculins fournis par la pharmacie de l'Hôpital et donnés par les laboratoires pharmaceutiques sont toujours à disposition dans le bureau de consultation et régulièrement proposés aux patients**
- des discussions, voir des démonstrations autour de leur utilisation peuvent être initiées par l'infirmière
- les problématiques liées à la sexualité sont parfois abordées au cours des entretiens médicaux et sont souvent au cœur des entretiens psychologiques.

Contrairement aux idées reçues, nous constatons avec satisfaction et un brin de fierté qu'un certain nombre de patients (es) d'origine africaine adopte le préservatif et se fournit régulièrement à l'ESCALE.

Le diagnostic de syphilis primaire chez 2 patients homosexuels vient modérer notre autosatisfaction...

#### ⊕ **La journée mondiale de lutte contre le SIDA du Jeudi 1<sup>er</sup> décembre 2005 :**

- Intervention du Dr A. LEPRETRE au Lycée Notre Dame de Bury – 95580 MARGENCY
- Intervention de M<sup>me</sup> M.A. KOZA, IDE, au C.C.A.S. de Deuil –la-barre.

### **Recherche :**

L'insuffisance en personnel ne permet pas de participation à des essais thérapeutiques.

Nous tentons cependant de contribuer à l'avancée des connaissances en participant à des études de cohortes observationnelles promues par l'ANRS (cohorte PRIMO, cohorte VIH2, étude MORTAVIC) ou des laboratoires pharmaceutiques (étude kaléobs, étude ARAMIS).

## **CONCLUSION**

### **Evaluation du service rendu**

Dans l'attente du nouveau rapport du groupe d'experts prévu pour août 2006, notre référence de travail reste le rapport 2004 sur la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH , rédigé sous la direction du Pr Delfraissy.

**Chez les patients traités depuis plus de 6 mois, 90% des patients suivis à l'ESCALE ont une charge virale inférieure à 500 copies/ml, ce qui définit actuellement le succès thérapeutique, contre 65% pour les patients suivis à l'hôpital en France. Par ailleurs, alors que la moyenne nationale est de 6%, moins de 1% des patients sous antirétroviraux au long cours sont en échec thérapeutique sévère.**

Ces résultats, s'ils restent bons, sont cependant un peu moins bons que les 2 années précédentes. Ceci s'explique en partie par l'abandon des stratégies d'interruptions thérapeutiques (voir p.6) qui étaient plus volontiers proposées aux patients non compliant au traitement.

Ceci explique qu'il nous faut nous concerter autour de ces patients « difficiles » afin de leur donner toutes les chances pour trouver des stratégies d'aide à la prise de traitement au long cours avant qu'un événement clinique grave ne survienne.

Concernant le dossier AES, l'évaluation 2005 de la réponse des services d'origine des personnels et du service des urgences après AES nécessitant une mise sous Prophylaxie Post Exposition montre une très bonne réactivité puisque tous les agents ont bénéficiés de cette PPE moins de 4 heures après l'exposition au VIH. Ceci met à l'honneur le travail du groupe AES et celui du service des urgences au sein duquel des médecins se sont investis dans la formation de leurs pairs.

L'ESCALE doit poursuivre ses efforts dans l'évaluation du suivi des personnes suite à des prises de risque sexuels. L'émergence d'une population de jeunes hommes (25 ans en moyenne) homosexuels prenant des risques de transmission du VIH, s'adressant aux urgences pour bénéficier d'une PPE et disparaissant plus d'une fois sur deux après la première consultation à l'ESCALE doit nous interroger.

## Fonctionnement de l'unité

L'année 2005 a été marquée par l'obtention d'un poste de secrétariat plein temps, appelée de tous nos vœux en 2003 et 2004, afin de faire face à l'augmentation régulière de notre file active et de stopper le glissement des tâches de l'IDE et du médecin responsable vers celles de secrétaire. L'unité en avait grand besoin **puisque'elle fonctionne 5 jours sur 7 en semaine, toute l'année**, ceci afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients infectés par le VIH et des personnes victimes d'AES, **excepté 2 à 3 semaines par an** où le Dr EL HAJJ ou le Dr SARAUX assurent cette permanence.

Le contexte budgétaire de l'hôpital nous a amené à négocier un redéploiement des postes alloués.

Ainsi, ce poste a été obtenu « en échange » de l'entérinement de la transformation du poste d'assistante sociale en mi-temps, suite à la restructuration 2004 du service social.

De même, après concertation avec les Dr GRUAT et POLOMENI, leur temps de vacation a été redéployé afin de permettre au Dr KHELIL d'intégrer l'équipe : recommandée par nos collègues du service des maladies infectieuses de Saint Denis, ce médecin désirait poursuivre une activité spécialisée VIH tout en exerçant en médecine libérale dans notre secteur sanitaire. Cette consultation supplémentaire va nous permettre de faire face aux nouvelles demandes de prise en charge pour 2006 et 2007.

Par ailleurs, le repositionnement du travail de l'unité auprès des patients hospitalisés en Médecine III, depuis l'arrivée du Dr EL HAJJ, s'est poursuivi : si le recours aux médecins de l'ESCALE n'est plus que rarement nécessaire dans ce service, le recours à l'IDE et à la psychologue restent nécessaires.

Le Dr KHELIL a débuté en juin 2005.

Mme CHAUVIN, secrétaire temps plein a débuté son travail le 1<sup>er</sup> septembre après 3 mois de fonctionnement de l'unité sans secrétariat.

**La fin de l'année 2005 et l'année 2006 sont et seront donc consacrés à une restructuration du travail de l'équipe pour faire plus, mais aussi bien, à moyens constants.**

La formation à certains logiciels informatiques (excel, power point) des piliers de l'équipe et avant tout de la secrétaire devient indispensable pour relever le défi.

Sur le plan médical, la croissance de l'équipe rend d'autant plus nécessaire des temps de partage de nos pratiques et d'échanges autour des situations difficiles.

En 2007, il faudra tout de même sérieusement songer à augmenter les temps médicaux et infirmiers de l'unité !!!!

# ACTIVITE Psychologue

## Unité ESCALE

---

Mme H. Beroud

Durant l'année 2005, **42 personnes** différentes ont été reçues par la psychologue :

- 38 en consultations : 14 hommes et 24 femmes,
- 9 en groupe : 3 femmes et 3 hommes
- 5 en relaxation : 2 hommes et 3 femmes

Le **nombre de personnes** qui ont consulté est assez stable par rapport à l'an passé.

Le **nombre de consultations** a quant à lui bien augmenté, ce qui témoigne d'un travail de suivi plus régulier.

Pour les consultations, la **moyenne d'âge** générale est de **36 ans et demi** :

- moyenne d'âge des femmes : 33 ans,
- moyenne d'âge des hommes : 40 ans.

On note un **rajeunissement des consultants** par rapport à l'année dernière sachant que nous avions une moyenne d'âge à 37 ans chez les femmes et de 44 ans chez les hommes.

## LES CONSULTATIONS

### Les femmes

21 étaient suivies dans le cadre de leur prise en charge pour la séropositivité, 2 suite à un AES et 1 était la conjointe d'un patient séropositif.

- *Pour les 2 femmes suivies suite à un AES* : L'un des AES est consécutif à un viol qui a entraîné un soutien par la psychologue durant 7 mois avant d'orienter la patiente en ville. L'autre AES concernait une soignante également orientée en ville.
- *Pour la femme du conjoint séropositif*, un unique entretien a eu lieu. Cette dernière demandait à être entendue dans sa difficulté à partager le quotidien perturbé de son conjoint coinfecté VIH/ VHC et alors traité pour l'hépatite C.
- *Parmi les 21 femmes séropositives*

Ces 21 femmes ont été contaminées par voie sexuelle. Pour 10 d'entre elles, il s'agissait de relations sexuelles avec leur partenaire régulier. Pour les 11 autres, la contamination a eu lieu avec un partenaire occasionnel et 4 d'entre elles n'identifient pas le partenaire qui leur a transmis le virus (*selon elles, des doutes persistent autour d'une contamination qui aurait pu avoir lieu lors d'interventions chirurgicales ou lors de perfusions réalisées dans des hôpitaux démunis de pays d'Afrique subsaharienne*).

Parmi les 10 femmes contaminées par leur partenaire régulier : 3 partagent encore la vie du partenaire, 4 se sont séparées de leur conjoint et pour 3 femmes le partenaire est décédé.

11 femmes sont venues régulièrement et 10 n'ont eu que des entretiens ponctuels.  
6 des 21 femmes sont venues rencontrer la psychologue *suite à la découverte de leur séropositivité en 2005.*

2 d'entre elles ont souhaité poursuivre une démarche psychothérapeutique.

Parmi les 4 autres, une femme a été orientée vers la psychiatre de l'équipe et une autre a engagé un suivi dans le cadre d'une prise en charge en appartement de coordination thérapeutique.

Les 2 restantes n'ont pas donné suite au premier entretien. (*Je note qu'il s'agit de deux très jeunes femmes âgées de 17 et 19 ans.*)

- Une patiente est décédée à l'âge de 34 ans.

*La sexualité des femmes* est souvent abordée pendant les entretiens. Pour beaucoup, la séropositivité les conduit souvent à ne plus s'autoriser de désir sexuel, de vie sexuelle par crainte de contaminer un partenaire et aussi par une dévalorisation de leurs attraits féminins et de leur sexe.

Il arrive que la présentation du préservatif féminin soit faite pendant les entretiens quand se posent les questions relatives au risques de contamination et au choix de la femme de protéger son partenaire sexuel. Cependant, l'usage du « fémidon » reste assez rare. Pour certaines, une tentative d'utilisation a fortement perturbé le rapport sexuel et surtout la majorité des femmes n'est pas à l'aise avec ce nouveau mode de contraception. Elles le trouvent volumineux, il dépasse sur la vulve au moment des rapports, il fait du bruit... Il faut être à l'aise avec sa sexualité pour pouvoir assumer tout cela !

Malgré cela, le désir de maternité est parfois si fort qu'il réintroduit différemment la possibilité d'une sexualité.

*5 des 21 femmes séropositives étaient enceintes. (3 primipares)*

2 d'entre elles étaient déjà suivies régulièrement par la psychologue, 2 autres sont venues rencontrer spécialement la psychologue du fait de leur grossesse et 1 a consulté suite à la découverte de sa séropositivité pendant la grossesse.

Les 5 grossesses ont été menées à terme et ont donné naissance à des bébés dont la sérologie VIH est négative.

Cependant pour toutes, le temps de la grossesse est marqué par des angoisses prénantes de contamination du bébé et ces angoisses ne les quittent pas (au mieux) avant les résultats 6 semaines après la naissance de l'enfant qui commencent à soulager enfin la maman. En cela, il apparaît nécessaire de proposer à toutes les femmes enceintes et séropositives un soutien psychologique pendant leur grossesse.

Nous apprécions également de pouvoir travailler en partenariat avec l'équipe de parentalité de la maternité de Montmorency afin de leur signaler systématiquement les grossesses connues à la consultation pour qu'elles puissent être attentives à ces femmes.

## **Les hommes**

Les 14 hommes ont été vu dans le cadre de leur prise en charge pour leur séropositivité.

Parmi ces 14 hommes, 3 ont été contaminés par voie intraveineuse dans le cadre de leur toxicomanie. 6 d'entre eux ont été contaminés suite à une relation hétérosexuelle et 5 ont été contaminés suite à une relation homosexuelle.

- Pour les trois hommes toxicomanes, 2 d'entre eux ont été suivis régulièrement en psychothérapie et un n'a pas souhaité poursuivre cet accompagnement. Tous trois vivent la séropositivité dans une extrême solitude, leur milieu d'origine leur renvoyant une image de « rebus » de la société pour avoir contracté ce virus dans le contexte d'une *dépendance à des produits illicites*. L'infection VIH est alors taxée de « cancer du toxicomane », « cancer du sang » mais n'est jamais nommée en tant que telle.

Les deux hommes suivis régulièrement parviennent -grâce au soutien global de l'équipe (l'assistante sociale a eu un rôle considérable) à retrouver une place dans la société. L'un par le travail qui lui a permis de trouver un logement et d'arrêter une consommation fréquente de cocaïne. L'autre par l'accueil dans des ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) où le suivi -social, médical et psychologique est spécifiquement lié à son problème de santé (en l'occurrence: coinfection VIH/VHC) et lui a permis précisément de ne pas être « à la rue ».

- Pour les 6 hommes contaminés suite à une relation hétérosexuelle :
  - . 3 ont pris contact avec la psychologue juste après *l'annonce de la séropositivité*. L'un d'eux a entamé un suivi hebdomadaire très régulier, l'annonce ayant fortement perturbé sa vie de couple.
  - . 1 homme est venu consulter dans sa souffrance de vivre cette infection dans *le secret* de la totalité de ses proches depuis plusieurs années.
  - . 1 homme a été vu à la demande de l'équipe pour évaluer un état mental qui apparaissait confus et inquiétant.
  - . 1 homme a été vu pour une *consultation de sexologie* (rappelons au passage que la psychologue est spécialisée en sexologie) suite à une plainte liée à des dysfonctions érectiles au moment de la pénétration non solutionnées par un traitement.
- Pour les 5 hommes contaminés suite à une relation homosexuelle, 2 d'entre eux ont été suivis très régulièrement en 2005 suite à l'annonce de la séropositivité.

Pour l'un d'eux, la découverte de la maladie s'est faite suite aux résultats de son conjoint qui l'a contaminé. Pour ce patient asymptomatique -contrairement à son conjoint découvrant sa séropositivité au stade sida- ce fut, et c'est toujours, un lent parcours d'acceptation de cette maladie. Les thèmes de la culpabilité, la colère, la trahison sont très présents dans ce couple qui est maintenant lié aussi par ce virus contre lequel chacun se défend à sa manière. Le suivi du conjoint ne s'effectue pas au GHEM, ce que nous cherchons à maintenir malgré une demande réitérée de notre patient pour son conjoint. Dans ces situations conjugales complexes avant la maladie et complexifiées par l'annonce du VIH, il est préférable de bien différencier les suivis des deux patients. (Le plus souvent, les deux membres du couple sont suivis à l'hôpital S.VEIL et nous veillons à ce que le suivi médical soit au plus vite différencié pour le bon déroulement de la prise en charge).

Quant à l'autre patient homosexuel suivi régulièrement, il s'agit d'une découverte dans le cadre d'un hospitalisation.

Le patient très immunodéprimé et conscient du risque mortel, s'est vraiment imaginé que c'était la fin de sa vie. Après la mise en place du traitement ARV et la sortie d'hospitalisation, il a fallu plusieurs mois au patient pour se remettre en vie et pour sortir d'une « mort psychique » tenace. Le soutien de son compagnon très attentionné et la reprise du travail ont progressivement concouru à sa « réanimation psychique ».

Les trois autres patients ont été vus très ponctuellement.

## LA RELAXATION

Ce projet financé depuis 2003 par *Ensemble contre le Sida* a encore permis en 2005 à certains patients de prendre soin de leur corps, d'être à l'écoute de leur corps dans une dynamique de plaisir et de relâchement des tensions.

Nous avons souligné l'année dernière les réticences des patients à venir s'allonger à l'hôpital pour se détendre. Cette année encore, les participants ne furent pas assez nombreux pour que l'association L'escale réitère la demande de financement à ECS.

Une fois le budget consacré à ce projet épuisé, l'activité s'arrêtera.

Essayons de comprendre au-delà des contraintes horaires, de déplacement...

...Ce virus contre lequel il faut produire le maximum de défenses, ce virus contre lequel il faut se battre pour vivre ne facilite donc pas le lâcher-prise. Quel est le risque à trop lâcher? Peut-être bien mourir...

## LE GROUPE DE PAROLE

A plusieurs reprises, l'équipe de l'Escale s'est interrogé sur la pertinence de proposer aux patients de se réunir.

Les réflexions s'engageaient surtout sur le thème du respect de la volonté d'anonymat de nombreux patients.

L'expérience de la relaxation a mis en évidence que certains patients avaient envie de rencontrer d'autres patients et envie d'échanger.

Nous avons donc mis en place un groupe de parole.

C'est un groupe de parole ouvert (qui peut intégrer de nouveaux membres ou en perdre) et c'est un groupe thématique. Chaque nouveau groupe aborde un nouveau thème.

Le travail sur les idées de thème a débuté avec un groupe de patients volontaires.

- Objectifs du groupe :
  - La parole pour le bien de celui qui parle et de celui qui écoute
  - La découverte de l'autre
  - Le partage d'expérience
- Le cadre :
  - La circulation de la parole est sous la responsabilité de l'animateur
  - Chaque membre du groupe est important
  - Interdiction d'émettre des jugements sur un participant
  - La liberté de parler comme la liberté de se taire
- 5 thèmes ont été abordés en 2005:

*L'annonce de la maladie: comment la vivre?* (3 participants)

« L'annonce, c'est la fin »

« Le ciel m'est tombé sur la tête »

« L'annonce est comme un mur, je me tapais la tête contre les murs »

*Le traitement : s'y préparer, vivre avec...* (6 participants)

« Ca va être un bouleversement, c'est l'arrivée de la maladie »

« Le jour où on prend le traitement, on met un pied dans la maladie »

- « Le traitement nous met en face de la maladie »
- « Le traitement, c'est une habitude »
- « J'ai un avenir avec le traitement, sans traitement, j'ai pas »
- « Le traitement, je le vois comme la retraite, beaucoup de choses seront passées »

*Comment dire? Comment parler de la maladie?(4 participants)*

- « C'est épuisant de vivre sans le dire »
- « Le secret enferme »
- « C'est cette peur, ne pas dire c'est ça qui fait la maladie »
- « Si on dit qu'on a le sida, on est pestiféré »

*Comment parler de la maladie en couple?(3 participants)*

- « La séropositivité a changé ma façon d'être tendre, affectueux... »
- « C'est difficile de parler d'une maladie qui ne se voit pas »
- « Le préservatif est toujours une question: « tu ne crois pas qu'on pourrait faire un écart? »
- « L'annoncer à des partenaires occasionnels expose à des rejets »

*Représentation de la maladie(4 participants)*

- « C'est comme une araignée dans le cerveau qui me ronge »
- « C'est la maigreur, c'est la déchéance physique, c'est la mort »
- « Image de noir, de vide, de mort »
- « C'est une petite bestiole, une boule toute hérissée noire qui pourrit »

Comme on le voit à travers ces témoignages, le groupe est un lieu d'expression de l'émotion, de la douleur des patients. Le cadre vise à contenir tous ces mots dans un espace bienveillant. Il est aussi important d'être attentif aux participants fragilisés par certains témoignages ou échanges afin de leur proposer d'en reparler individuellement avec leur thérapeute. Le groupe ouvre toujours sur une autre manière d'appréhender la maladie, quel que soit le patient.

La psychologue est ravie d'avoir pu mettre en place cet espace groupale à l'ESCALE et elle compte bien essayer de réunir encore plus régulièrement les patients en 2006.