

COREVIH **Ile de France Nord**

(Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au VIH)

RAPPORT D'ACTIVITE 2009

Centre Hospitalier Bichat – Claude Bernard
46 rue Henri Huchard – 75877 PARIS cedex 18
☎ +33 1 40 25 80 33 - 📠 +33 1 40 25 88 23
COREVIH.idfn@bch.aphp.fr - <http://COREVIH-idf-nord.aphp.fr>

Sommaire

Préambule	3
Identification	4
. Région administrative.....	4
. Territoire de référence.....	4
. Etablissement de santé siège d'implantation.....	4
. COREVIH.....	5
. Coordonnées COREVIH IF NORD.....	5
. Liste des membres.....	5
. Inauguration.....	5
. Bureau actif en 2009.....	5
Moyens	6
. Ressources humaines participant aux missions.....	6
. Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement.....	7
. Outils développés.....	8
. Indicateurs de fonctionnement.....	9
. Instances.....	9
. Commissions thématiques (groupes de travail).....	9
. Réunions thématiques.....	14
Activité 2009	15
. Mission de coordination des acteurs.....	15
. Actions de coordination.....	15
. Manifestations et évènements.....	16
. Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques.....	18
. Amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques.....	18
. Réunions de concertation pluridisciplinaires (staff clinico-virologique VIH).....	22
. Analyse des données médico-épidémiologiques.....	23
. Analyse globale annuelle des données.....	23
. Analyse des données médico-épidémiologiques en 2009.....	26
Programme de travail 2010	33
Discussion et Conclusion	37
Annexes	38
. Annexe 1 : arrêté n°2009-1200 relatif à la composition du COREVIH.....	38
. Annexe 2 : Structures rattachées à la COREVIH Ile de France NORD.....	42
. Annexe 3 : Bilan complémentaire d'activité 2009 du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) Bichat – Claude Bernard.....	43
. Annexe 4 : Activité de dépistage CDAG Bichat – Claude Bernard.....	58
. Annexe 5 : Bilan 2009 des accouchements des femmes séropositives à la maternité de Bichat – Claude Bernard.....	59
. Annexe 6 : Bilan complémentaire d'activité de l'Hôpital René Dubos (Pontoise).....	61
. Annexe 7 : Bilan d'activité 2009 de l'Unité ESCALE (Eaubonne).....	70
. Annexe 8 : Réseau de Santé Paris-Nord.....	80
Glossaire	87

PREAMBULE

L'année 2008 a été une année d'installation et de mise en place du dispositif de la COREVIH et plus particulièrement des groupes de travail. L'implication des médecins de ville et des associations a permis de donner une nouvelle dimension à la COREVIH.

2009 a permis d'être plus opérationnel, différents projets ont été menés, les équipes se sont étoffées avec le recrutement d'une TEC. L'année 2009 a d'autre part connu une augmentation de la file active validée et non plus déclarative, grâce à un meilleur recensement des personnes infectées par le VIH. Il est également important de souligner l'engagement de plusieurs professionnels de santé non membres du Comité dans les groupes de travail.

Pour 2010, l'équipe sera au complet avec le recrutement d'un coordinateur et de deux TEC supplémentaires. Nos principaux objectifs, outre la réalisation des projets des différentes commissions thématiques, seront :

- établir des relations avec l'ARS
- étendre Nadis sur d'autres sites,
- développer le site Internet,
- favoriser l'implication de nouveaux acteurs, en communiquant sur les actions de la COREVIH de façon à faire connaître l'intérêt et les enjeux de notre structure,
- travailler en étroite collaboration avec les réseaux ville-hôpital.

Nous tenons à remercier tous les membres du Bureau, du Comité plénier, les membres des différents groupes de travail et tous les partenaires pour leur participation et leur investissement sur cette année 2009. Merci également aux médecins, infirmier(e)s, assistantes sociales, psychologues, associatifs, travailleurs sociaux, pharmaciens, technicien(ne)s d'études cliniques, qui consacrent leur temps souvent à titre bénévole.

Enfin, merci à :

- Claudie Chastanet pour la rédaction et la mise en page de ce rapport d'activité.
- Gwenn Hamet, Martine Deschaud et Ali Tadlaoui-Hbibbi qui ont énormément contribué au recueil épidémiologique.
- Giovanna Catalano et Cindy Godard pour le bilan sur la recherche clinique.
- La Direction de l'hôpital Bichat Claude Bernard pour son aide et son soutien.

IDENTIFICATION

Région administrative

Ile de France Nord

Territoire de référence

(extrait de l'arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des COREVIH – NOR : SANH0624149A)

- . Paris : 16^e, 17^e, 18^e et 19^e arrondissements
- . Territoire de santé 95-1 * [excepté Argenteuil, Bezons, Corneille-en-Parisis et Sannois]
- . Territoire de santé 95-3 * *
- . Clichy [92]
- . Levallois-Perret [92]
- . Neuilly sur Seine [92].

* **95-1** : Andilly, Beauchamp, Bessancourt, Béthemont-la-Forêt, Bouffémont, Chauvry, Corneilles-en-Parisis, Frépillon, La Frette-sur-Seine, Groslay, Deuil-la-Barre, Domont, Eaubonne, Enghien-les-Bains, Ermont, Franconville, Herblay, Margency, Moisselles, Montigny-lès-Cormeilles, Montlignon, Montmagny, Montmorency, Piscop, Le Plessis-Bouchard, Saint-Brice-sous-Forêt, Saint-Gratien, Saint-Leu-la-Forêt, Saint-Prix, Soisy-sous-Montmorency, Taverny.

** **95-3** : Ableiges, Aincourt, Ambleville, Amenucourt, Arronville, Arthies, Asnières-sur-Oise, Auvers-sur-Oise, Avennes, Baillet-en-France, Banthelu, Beaumont-sur-Oise, Bellay-en-Vexin, Belloy-en-France, Bernes-sur-Oise, Berville, Boismont, Boissy-l'Aillerie, Bray-et-Lû, Bréançon, Brignancourt, Bruyères-sur-Oise, Buhy, Butry-sur-Oise, Cergy, Champagne-sur-Oise, La Chapelle-en-Vexin, Charmont, Chars, Chaussy, Chérence, Cléry-en-Vexin, Commeny, Condécourt, Corneilles-en-Vexin, Courcelles-sur-Viosne, Courdimanche, Ennery, Epiais-Rhus, Eragny, Frémainville, Frémécourt, Frouville, Gadancourt, Genainville, Génicourt, Gouzangrez, Grisy-les-Plâtres, Guiry-en-Vexin, Haravilliers, Haute-Isle, Heaulme, Hédouville, Hérouville, Hodent, L'Isle-Adam, Jagny-sous-Bois, Jouy-le-Moutier, Labbeville, Livilliers, Longuesse, Maffliers, Magny-en-Vexin, Marines, Maudétour-en-Vexin, Menouville, Menucourt, Mériel, Méry-sur-Oise, Montgeroult, Montreuil-sur-Epte, Montsoult, Mours, Moussy, Nerville-la-Forêt, Nesle-la-Vallée, Neuilly-en-Vexin, Neuville-sur-Oise, Nointel, Noisy-sur-Oise, Nucourt, Omerville, Osny, Parmain, Perchay, Persan, Pierrelaye, Pontoise, Presles, Puiseux-Pontoise, La Roche-Guyon, Ronquerolles, Sagy, Saint-Clair-sur-Epte, Saint-Cyr-en-Arthies, Saint-Gervais, Saint-Martin-du-Tertre, Saint-Ouen-l'Aumône, Santeuil, Seraincourt, Seugy, Théméricourt, Theuville, Us, Vallangoujard, Valmondois, Vauréal, Vétheuil, Viarmes, Vienne-en-Arthies, Vigny, Villaines-sous-Bois, Villers-en-Arthies, Villiers-Adam, Wy-dit-Joli-Village.

Etablissement de santé siège d'implantation



BICHAT - CLAUDE-BERNARD
Groupement hospitalier universitaire Nord

☏ 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris (*Porte de Saint Ouen*)

✉ 46 rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18

Numéro FINESS : 750 100 232

COREVIH

Coordonnées COREVIH IDF NORD

☎ +33 1 40 25 80 33

📠 +33 1 40 25 88 23

✉ : corevih.idfn@bch.aphp.fr

🌐 : <http://corevih-idf-nord.aphp.fr>

Liste des membres

cf. annexe 1 *(arrêté n°2009-1200 relatif à la composition du COREVIH).*

Inauguration

28 novembre 2007 avec élection des membres du Bureau.

Bureau actif en 2009

- . Patrick Yeni,
Président, Chef de Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Bichat – Claude Bernard, 46 rue Henri Huchard, 75877 Paris cedex 18
- . Laurent Blum, Vice-Président,
Hôpital René Dubos, Service de Dermatologie, 6 avenue Ile de France, 95300 Pontoise
- . Jean-Pierre Aubert,
Réseau de Santé Paris-Nord, 3-5 rue de Metz, 75010 Paris
- . Jean-Marc Bithoun,
Actions Traitements, 190 bd de Charonne, 75020 Paris
- . Agnès Certain,
Pharmacien, Centre Hospitalier Bichat – Claude Bernard, 46 rue Henri Huchard, 75877 Paris cedex 18
- . Philippe Faucher,
Gynécologue, Centre Hospitalier Bichat – Claude Bernard, 46 rue Henri Huchard, 75877 Paris cedex 18
- . Annie le Palec,
Sida Info Service, 190 bd de Charonne, 75020 Paris
- . Seynabou Nidaye,
Afrique Avenir, 22 rue Archives, 75004 Paris
- . Bernard Riqueau,
Directeur de pôle Loginter, 16 square de l'Echiquier, 95800 Cergy St Christophe

MOYENS

Ressources humaines participant aux missions

		Emplois budgétés au 31/12/09	Effectifs rémunérés au 31/12/09	Fonction	Rattachement administratif	Affectation	Date d'embauche
AP-HP	Cible ARH	1	1	Assistante Administrative	Bichat	COREVIH	septembre 2000
		1	0	Coordinateur	Bichat	COREVIH	
		1	1	TEC	Bichat	Bichat	janvier 2009
		1	1	TEC	Bichat	Bichat	mars 2008
		1	1	TEC	Bichat	Bichat	janvier 2004
		1	0 (en dispo)	TEC	Bichat	Bichat	avril 1999
		1	0	TEC	Bichat	Bichat	
		1	1	TEC	Bichat	Bichat	novembre 2009
Hors AP-HP		1	0	TEC	Bichat	Eaubonne, Beaujon, Debré	
		1	1	TEC	Bichat	Pontoise	octobre 2008
sous-total MIG 523 220 €	9	10	6				
Sous-total Dotation complémentaire (DC) (41 590 €)	1			Coordinateur		COREVIH	1 ETP notifié en mars 2009
Total MIG + DC 564 810 €	10	10	6	Commentaires: 1 TEC est en disponibilité, 1 coordinateur et 2 TEC seront recrutés en 2010			

Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement

Etablissement siège : Bilan Financier 2009

[réalisé sur la base des dépenses effectuées au 31/12/09]

Bilan financier COREVIH 2009

Dépenses		Recettes	
Titre 1 Charges de personnel	257 254,04	MIGAC	
PNM	257 254,04	Corevih socle MIGAC reconductible (révision Siège) (dont Budget de fonctionnement)	564 810,00 62 810,00
Titre 2 Charges d'exploitation à caractère médical	2,01		
Antiseptiques et désinfectants	2,01		
Titre 3 Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général	2 472,34		
mise a disposit.blanchis.par s.c.b.	182,02		
autres prod. d'entretien (dont sacherie)	54,68		
petit materiel hotelier	28,62		
autres fournitures hotelieres	5,33		
maintenance du materiel hotelier	291,34		
fournitures de bureau	192,34		
imprimés hors informatiques	11,70		
affranchissements	236,87		
telephonie	428,01		
fournitures informatiques	240,11		
autres frais coll.seminaires,conferences	801,32		
Frais de structure			
coût u.o. (26,139 euros du m²)	2 613,90		
Total Dépenses	262 342,29	Total Recettes	564 810,00
Solde	302 467,71		

Outils développés

Site Internet : OUI	Adresse du site : http://COREVIH-idf-nord.aphr.fr . Site Internet actuel : - partie publique : informations générales - partie privée (espace professionnel avec accès sécurisé) : comptes rendus des réunions . Création en cours d'un nouveau site : cahier des charges élaboré, revu par le service informatique, devis comparés et prestataire choisi.	Nombre de connexions : - Site Internet actuel : inconnu - Nouveau site : prévu.
Gestion d'une adresse électronique fonctionnelle : OUI	Adresse de la boîte : COREVIH.idfn@bch.aphp.fr	
Fichier d'adresses de correspondants : OUI	Nombre : 215	Nombre d'envois : plusieurs par mois par voie électronique.
Modalité de recueil des données auprès des différents acteurs (établissements de santé, établissements médico-sociaux, réseaux...)	Courriers aux contacts principaux ($\pm$ DIM) pour le recueil d'activité + mise à disposition de TEC pour le recueil des données DMI2 et Nadis.	
Fiches de Poste	Fiches de poste de TEC : mises à jour. Fiche de poste de coordinateur : création	
Réunions	Création : - d'un fond de support diaporama - d'une entête type de CR de réunion	

Indicateurs de fonctionnement

Outre les commissions thématiques, il faut prendre en compte l'activité des membres du Bureau ainsi que les séances plénières.

Au total, tous groupes de travail confondus, plus de 100 personnes ont participé aux différentes activités de la COREVIH.

Instances

	Réunions	Participants (nombre)	Ordre du jour	Compte rendu
Séances plénières (Comité) Coordinateur : Patrick Yeni, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris Tel : 01 40 25 78 07 Email : patrick.yeni@bch.aphp.fr	3 :	84 :	3/3	3/3
	11 mars	31	oui	oui
	07 oct.	24	oui	oui
	09 déc.	29	oui	oui
Bureau Coordinateur : Patrick Yeni, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris Tel : 01 40 25 78 07 Email : patrick.yeni@bch.aphp.fr	8 :	47 :	8/8	8/8
	28 jan.	4	oui	oui
	04 mars	7	oui	oui
	27 avril	7	oui	oui
	25 mai	9	oui	oui
	29 juin	5	oui	oui
	07 sept.	5	oui	oui
	19 oct.	4	oui	oui
	27 nov.	6	oui	oui

Commissions thématiques (Groupes de Travail)

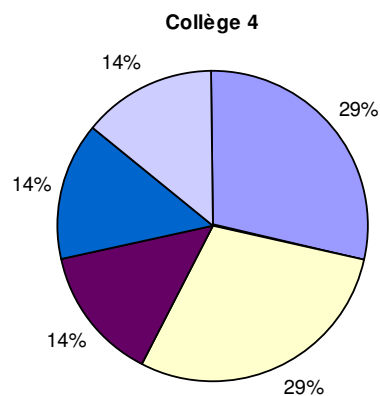
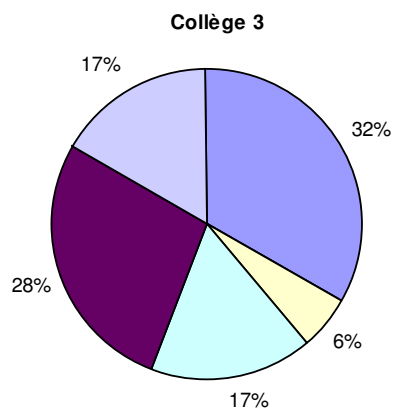
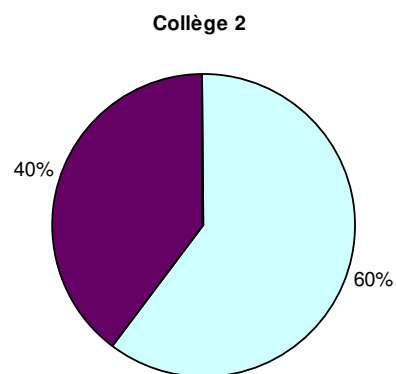
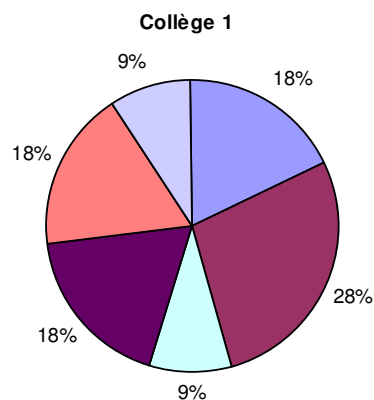
Les groupes de travail sont composés par des membres et acteurs de la COREVIH Ile-de-France Nord ; issus de différents territoires, structures et métiers.

Dans chaque groupe la répartition des membres entre les différents collèges est favorisée pour une plus grande diversité même s'il reste des progrès à faire notamment pour le collège 2 (cf. page suivante). Chaque groupe est mené par un coordinateur qui se charge de planifier les réunions, rédiger les comptes rendus...

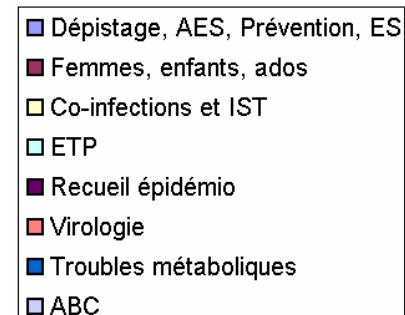
En 2009, huit commissions thématiques se sont réunies pour mener à bien différents projets (cf. tableau récapitulatif).

- Dépistage, prévention, Education à la santé, AES
- Activité, Budget et Communication
- Femmes, enfants, adolescents
- Co-infections, IST
- ETP / Observance
- Recueil épidémiologique
- Virologie
- Troubles métaboliques

Répartition des membres COREVIH par groupe de travail selon leur collège d'appartenance.



Collège 1 : Représentants des établissements de santé , sociaux ou médico-sociaux.
Collège 2 : Représentants des professionnels de santé et de l'action sociale.
Collège 3 : Représentants des malades et des usagers du système de santé.
Collège 4 : personnalités qualifiées.



Le collège 1 est composé de 12 membres alors que les collèges 2, 3 et 4 ne comportent que 6 membres chacun. Il est donc plus aisé d'avoir une répartition plus homogène des membres du collège 1 dans les commissions thématiques.

	Réunions	Participants (nombre)	Ordre du jour (oui/non)	Compte rendu (oui/non)
Prévention, Dépistage, AES, Education à la Santé Coordinateur : Corinne Taéron, ARCAT, 94 rue de Buzenval, 75020 Paris Tel : 01 44 93 29 30 Email : corinne.taeron@gmail.com	4 : 20.01.09 23.03.09 22.06.09 21.09.09	de 3 à 7 selon les réunions	Oui	Oui
Informations et communication [de janvier à mars 2009] pilote : Séverine Fouran Peralta En 2009 : Actions Traitements 190 boulevard de Charonne 75020 Paris Tél : 01 43 67 66 00 Fax : 01 43 67 37 00 Mel : sev.fouran@free.fr	2 : 23.01.09 11.03.09	6 5	Oui pour chaque réunion. Elaboré par le coordinateur Envoyé par mail avant chaque réunion par l'assistante administrative	Oui pour chaque réunion Elaboré par l'assistante administrative, revu par le coordinateur Mis en ligne dans l'espace pro du site internet par l'assistante administrative
Rapport d'activité, budget Coordinateur : Patrick Yeni, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris Tel : 01 40 25 78 07 Email : patrick.yeni@bch.aphp.fr	1 ; 26.01.09	6	Oui pour chaque réunion. Elaboré par le coordinateur. Envoyé par mail par l'assistante administrative.	Oui pour chaque réunion. Elaboré par l'assistante administrative, revu par le coordinateur. Mise en ligne dans l'espace pro du site Internet par l'assistante administrative.

Réunions	Participants (nombre)	Ordre du jour (oui/non)	Compte rendu (oui/non)
----------	--------------------------	----------------------------	---------------------------

ABC : Activités, Budget, Communication (fusion des groupes communication et du groupe rapport d'activité, budget à compter d'avril 2009) Co-pilotes : Patrick Yeni et Séverine Fouran Peralta Certaines réunions ont eu lieu conjointement aux réunions de bureau	5 : 30.03.09 25.05.09 25.06.09 07.10.09 27.11.09	8 11 4 7 7	Oui pour chaque réunion. Oui pour chaque réunion. Elaboré par les coordinateurs et envoyé par mail par l'assistante administrative.	Oui pour chaque réunion. Elaboré par l'assistante administrative et revu par les coordinateurs. Mise en ligne dans l'espace pro du site Internet par l'assistante administrative.
--	--	------------------------	---	---

Troubles métaboliques Coordinateur : Catherine Campinos, Hôpital René Dubos, Diabétologie, 6 ave Ile de France, 95300 Pontoise Tel : 01 30 75 53 55 Email : catherine.campinos@ch-pontoise.fr	6 : Mars Mai Septembre Octobre Novembre Décembre	3	Oui	Non
--	---	---	-----	-----

Virologie Coordinateur : Diane Descamps, Hôpital Bichat, Virologie, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris – Tel 01 40 25 61 54 Email : diane.descamps@bch.aphp.fr	2 : par conférence téléphonique : 04.05.2009 08.10.09	2	Oui	Non
--	---	---	-----	-----

Réunions	Participants (nombre)	Ordre du jour (oui/non)	Compte rendu (oui/non)
----------	--------------------------	----------------------------	---------------------------

Recueil médico-épidémiologique Coordinateur : Nicolas Gruat, CH du Vexin, SSR d'Aincourt, 38 rue Carnot, 95420 Magny en Vexin – Tel : 01 34 79 43 00 Email : nicolas.gruat@ch-vexin.fr	6 :			
	05.02.09	4		
	12.03.09	6		
	28.04.09	5	Oui	Oui
	25.06.09	6		
	15.10.09	5		
	26.11.09	5		

Infections Sexuellement Transmissibles (IST) Coordinateur : Fabrice Bouscarat, Dermatologie, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris – Tel : 0140258732 Email : fabrice.bouscarat@bch.aphp.fr	3 :			
	Juin	2	Oui	Oui
	Octobre	2		
	Novembre	2		

Femmes-Enfants-Adolescents Coordinateur : Philippe Faucher, Gynécologie, Hôpital Bichat, 46 rue H. Huchard, 75018 Paris – Tel : 01 40 25 73 40 Email : philippe.faucher@bch.aphp.fr	0	0	-	-
--	----------	---	---	---

Education thérapeutique et Observance Coordinateur : Agnès Certain, Pharmacie, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris – Tel : 01 40 25 80 09 Email : agnes.certain@bch.aphp.fr	3 :			
	26.03.09	8	Oui	Oui
	01.04.09	8		
	25.06.09	7		

Réunions Thématiques

	Date	Participants (nombre)	Ordre du jour (oui/non)	Compte rendu (oui/non)
Actualités dans le domaine des IST, particularités liées au VIH ; le point de vue du gynécologue, du dermatologue et du proctologue.	3 déc.	94	Oui	Non

Renseignements pratiques



Vos interlocuteurs :
 Claude Charbonnet (CORB/VIH) : 01 40 25 60 33
 Ghislaine Delabre (TBO) : 06 64 05 52 57
 Frédéric Remond-Petit (ABO) : 06 22 84 14 65

COREVIH
 Ile de France Nord

I.S.T. Actualités cliniques et thérapeutiques



03 décembre 2009
 La Maison de la Recherche, Paris 7e

Actualités cliniques et thérapeutiques sur les Infections Sexuellement Transmissibles Le point de vue des spécialistes

Accueil : 19h30

- Programme (20h00 - 22h00) :**
- Fabrice Bouscarat
Dermatologie, Hôpital Bichat
 - Philippe Faucher
Gynécologie, Hôpital Bichat
 - Laurent Abramowitz
Gastroentérologie, Hôpital Bichat



Mission de coordination des acteurs

Actions de coordination

Groupe de Travail « Prévention, Dépistage, AES, Education à la Santé »

Objectifs		Réalisations	Acteurs
Education à la santé	Développement de la prévention primaire VIH/ IST avec les professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens)	Extension de DOCUVIR sur le territoire de la COREVIH : Mise à disposition dans les salles d'attente, cabinets, officines, pharmacies d'établissements... de documentations sur le VIH, IST, hépatites... habituellement disponibles uniquement dans les associations ou lieux spécialisés. NB : cette action est actuellement en attente, les responsables de Docuvir étant en effet au stade de recherche de financements.	Réseau de santé Paris Nord, associations, pharmacies hospitalières, médecine libérale, pharmacies d'officine...
Prévention de la transmission sexuelle auprès des personnes séropositives		Enquête sur l'accès gratuit aux préservatifs / gels dans les établissements de la COREVIH prenant en charge des personnes séropositives	Membres du groupe de travail, services prenant en charge les personnes atteintes par le VIH

Manifestations et évènements

Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA : 1^{er} décembre : L'hôpital Bichat reçoit chaque année de nombreuses structures associatives avec la participation du CDAG et de l'ECIMUD ainsi que des mutuelles présentes sur le site de Bichat (Mutuelle Nationale des Hospitaliers et Mutuelle Complémentaire).

La COREVIH IdF Nord, en partenariat avec le service Communication de l'hôpital Bichat, organise également des conférences à destination du personnel ou du public ainsi que des animations pour des collégiens (une classe de 3^{ème} est reçue chaque année).

Cette année, le programme prévu pour la journée mondiale de lutte contre le sida n'a pas pu être mis en place dans sa totalité en raison de l'épidémie de grippe A (H1N1). Seuls des stands (associations et mutuelles + 1 stand commun Bichat : CDAG, ECIMUD, COREVIH, Maladies Infectieuses...) ont pu être installés.

Acteurs 2009

Afrique Avenir

ARCAT

Centre LGBT (*Lesbien, Gay, Bi et Trans*)

Chrétiens et SIDA

Dessine moi un mouton

ESPAS (Réseau)

Les Amis du Bus des Femmes

Migrations Santé

Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)

Orphelins Sida International

URACA

SAFE

M.N.H.

Mutuelle Complémentaire

Stand Bichat : COREVIH, CDAG, ECIMUD, Maladies Infectieuses...

Au total, une quarantaine d'intervenants répartis sur 15 stands.



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

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

Groupe de Travail « Prévention, Dépistage, AES, Education à la Santé »

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) dans les établissements de la COREVIH.	GERES, médecins du travail, service des urgences, services cliniques, associations...	Circulaire du 13 mars 2008, Référentiel SFLS pour l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre des AES, Rapport d'experts 2008 (P. Yeni) « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ».	Questionnaire d'état des lieux, Coordination de travail avec le GERES.	AES professionnels : - % des établissements en conformité avec la circulaire de mars 2008 - nombre d'établissements disposant d'un plan de prévention des AES ; - nombre d'établissements ayant recours à un autre établissement pour la prise en charge post-AES - nombre d'établissements en situation de besoins de formation sur les AES.

Groupe de Travail « Troubles métaboliques »

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Etude de la prévalence des troubles glucido lipidiques dans la population de la COREVIH IdF Nord et évaluation de leur prise en charge [préparation de l'étude].	Groupe « Troubles métaboliques ».	Critères diagnostiques OMS 1998/ADA 2009* : Diabète si : - glycémie à jeun > ou = 1,26g/l [7mmol/l] - ou si glycémie > ou = 2g/l à n'importe quel moment de la journée Hyperglycémie modérée à jeun : Glycémie a jeun > ou = 1,1g/l et <ou = 1,25g/l Recommandation de l'Afssaps pour la prise en charge des dyslipidémies.		Enquête qui sera réalisée au printemps 2010.

*Américain diabetes Association ; Diagnostic and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2009 ; 32 : S62-67

Groupe de Travail « Femmes, Enfants, Adolescents »

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Femmes, Enfants, Adolescents	Philippe Faucher, Sophie Matheron, Martine Levine	Rapport 2008 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.	NA	NA

Groupe de Travail « Recueil médico-épidémiologique »

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Prise en charge des personnes séropositives dans les structures d'hébergement.	- Assistantes sociales, - Associations, - Représentants d'ACT - TEC.	Constat initial d'un déficit en places d'hébergement à la sortie d'hospitalisation aiguë et en SSR : Etat des lieux réalisé en 2009.	- Questionnaires, - Brochures.	- Pourcentage de demandes honorées, - Prises de contact.
Recueil épidémiologique.	- Assistantes sociales, - Associations, - Représentants d'ACT - TEC.	Missions COREVIH (décret n°205-1421 du 15.11.05)	Déploiement d'outils informatiques type base de données à travers le territoire.	- Nombre de patients et d'établissements sur lesquels porte l'analyse statistique en fin d'année, - Analyse statistique de la file active des patients VIH suivie par les assistantes sociales.

Groupe de Travail « Infections Sexuellement Transmissibles (IST) »

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Prise en charge des IST.	Groupe de travail COREVIH IdF Nord.	- Recommandations de la Société Française de Dermatologie et de Vénérologie, - AFSSAPS.	Rédaction de recommandations sur la prise en charge des IST chez l'homme (conduite à tenir, diagnostic et thérapeutique).	Diffusion prévue pour 2010. (Cf. projet 2010).
Réunion thématique IST : Actualités dans le domaine des IST, particularités liées au VIH ; le point de vue du gynécologue, du dermatologue et du proctologue.	Dermatologues, gynécologues, proctologues, médecins généralistes, médecins en charge du VIH, paramédicaux...	Recommandations des sociétés savantes et autres référentiels pour la prise en charge des IST.	EPU (Enseignement Post Universitaire).	- Nombre de participants à la réunion, - Catégories professionnelles présentes.

Groupe de Travail « Education thérapeutique (ETP) »

Thématique	Acteurs et partenaires	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Evaluation de l'activité des consultations d'éducation thérapeutique.	Sites COREVIH IdF Nord ayant une activité d'éducation thérapeutique.		Recueil de données qualitatives et quantitatives.	Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique
Finalisation d'un nouvel outil commun destiné à enrichir les programmes ETP des sites de la COREVIH IdF Nord.	Membres du groupe de travail : - professionnels de santé (médecins, pharmaciens, psychologues, infirmières....) - associations de patients pratiquant l'ETP sur leurs sites d'exercice.	1) Utilisation d'un outil pédagogique d'éducation thérapeutique validé en cardiologie (Société Française de Cardiologie), 2) Recommandations HAS sur l'ETP (notamment co-construction pluridisciplinaire et évaluation)	Elaboration d'un jeu interactif destiné aux patients proposant des mises en situation et des échanges sur les connaissances, via des questions / réponses sur 5 thématiques, concernant la vie au quotidien des personnes infectées par le VIH/SIDA.	1) Validation des questions / réponses par les médecins experts de la COREVIH, 2) Elaboration d'un dispositif d'évaluation : - patient : pré-test et post-test ETP (connaissances, mises en situation, qualité de vie), - patient et éducateur: questionnaire de satisfaction et d'évaluation du dispositif.

Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (staff clinico-virologique VIH)

Chaque semaine, un « staff » se réunit à l'hôpital Bichat pour discuter des dossiers cliniques des patients de la file active de la COREVIH qui nécessitent une évaluation pluridisciplinaire de leur prise en charge.

Le staff se compose de cliniciens infectiologues (chef de service, PUPH, PH, chef de clinique, attachés, internes), de virologues et d'un pharmacologue. Les demandes d'étude d'un dossier patient au staff sont d'abord communiquées aux TEC /MEC qui classent ces dossiers en fonction de l'urgence, de la problématique à discuter, et qui mettent à jour le dossier médical informatisé si nécessaire. Pendant ces réunions, un médecin d'études cliniques présente le dossier aux participants du staff à travers le dossier informatisé Nadis.

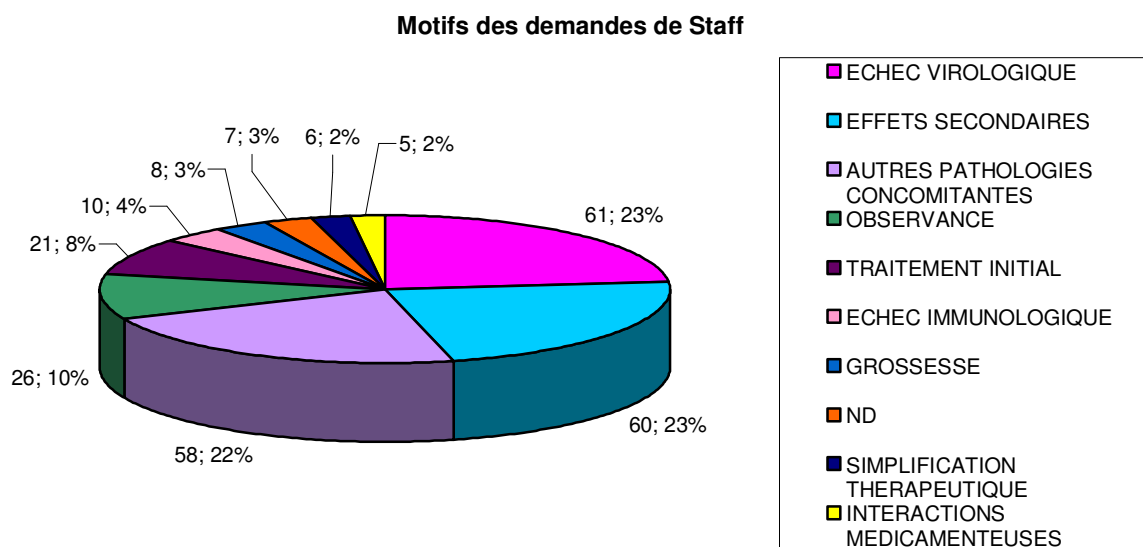
La présence des TEC est importante. Ils peuvent, à cette occasion, proposer d'inclure dans un protocole un patient dont le cas est discuté.

Le staff est ouvert aux cliniciens de tous les hôpitaux de la COREVIH IDF Nord. Nous avons mis en place une conférence téléphonique pour leur permettre de participer à distance.

Une fiche de recueil standardisée avec les données clinico-virologiques du patient est complétée par les TEC /MEC lorsque le patient n'est pas inclus dans Nadis.

En 2009, les dossiers de 262 patients appartenant à la file active de la COREVIH IDF NORD ont été discutés au Staff Virologique (10 patients venant des autres hôpitaux).

Dans le graphique suivant sont présentées les principales raisons pour lesquelles les dossiers ont été discutés.



Analyse des données médico-épidémiologiques

Analyse globale annuelle des données

- ♦ Nb d'établissements ayant transmis des données anonymisées à l'établissement siège du COREVIH : 13

- ♦ A partir du logiciel DMI2 et/ou de Nadis :
 - . 1 établissement : CHU Bichat - Claude Bernard : DMI2 et/ou Nadis

- ♦ A partir d'une autre source :
 - . les autres établissements : DIM

[cf. tableau page suivante]

Activité VIH / SIDA 2009

	File active (nb patients VIH suivis)			Consultations			Hospitalisation partielle (source : PMSI)			Hospitalisation complète (source : PMSI)								
				Nb de Consultations			Nb de séjours ^(*)			Nb de séjours ^(*) de 0 ou 1 jour (CM24)			Nb de séjours ^(*) ≥ 2 jours			DMS ^(**)		
	Total	dont stade C	Nouveaux patients	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Toutes pathologies	Toutes pathologies hors VIH	VIH tous séjours
BICHAT - Cl. BERNARD																		
SMIT	3986	1036	726	22073	14285	65%	1588	1306	82,24%	185	24	12,97%	2005	584	29,13%	14,90	11,48	13,69
Maternité	79	NC	NC	38471	576	1%												
Dermato	37	NC	NC	12523	105	1%												
OPH (Cs et Fonds d'Yeux)				15329	390	2,54%												
Hôpital				328533	15356	4,67%	21109	1417	6,71%	9556	116	1,21%	28530	908	3,18%	10,33	6,52	10,58
BEAUJON⁽¹⁾																		
Médecine Interne	259	51	21	2650	985	37,17%	341	6	1,76%	87	0	0%	1157	68	5,88%	9,66	9,6	11,6
Hôpital				228069	985	0,43%	9929	40	0,40%	5225	21	0,40%	17133	165	0,96%	6,19	6,16	9,61
ROBERT DEBRE⁽²⁾																		
Hématologie / Pédiat. Gén.	467	ND	77	8309	1366	16,44%	4762	11	0,23%	5792	4	0,07%	10490	10	0,10%	4,99	4,98	8,39
Hôpital				143376	1366	0,95%												
HÔPITAL SIMONE VEIL																		
E.S.C.A.L.E.	204	47	16	1029	851	83%												
U.M.I.T.	44	20	6	609	154	25%												
TOTAL	248	67	22	1638	1005	61%	9395	60	0,64%	4915	5	0,10%	18654	46	0,25%	5,98	5,98	6,67
HÔPITAL AMERICAIN																		
Hôpital	120	15	ND															
HÔPITAL RENE DUBOS																		
Hopital	442	127	53	ND	1230	ND	27396	469	1,71%	5735	29	0,51%	24901	145	0,58%	7,94	7,94	7,90
Maison d'arrêt d'Osny UCSA	9	ND	ND	4994	78	1,56%												
CLINIQUE E. RIST⁽³⁾																		
Hôpital	23	16	4	360	33	9,17%	16800	1450	8,63%	0	0	0%	492	51	10,37%	32,00	27,00	85,00
CH de CARNELLE⁽⁴⁾																		
Pôle SSR	105	NC	80							11	0	0,00%	649	124	19,11%	60,83	requête impossible	75,81
Inst. Hospi. Franco-Brit.																		
Hôpital	270	NC	NC	51651	779	1,51%	3169	501	15,81%	2359	39	1,65%	9666	84	0,87%	5,41	5,35	11,46
C.H. du VEXIN																		
SSR Aincourt	33	20	2										3514	33	1%	38	NC	61
C.H. de NEUILLY																		
Hôpital	0	0	0	50000	0	sans objet	0	0	sans objet	3413	2	0,06%	8861	10	0,11%	5,20	5,20	5,70
Fondation A. de Rothschild⁽⁵⁾																		
Hôpital							10946	82	0,75%	1645	13	0,79%	6190	57	0,92%	4,63	4,62	6,54
Maison sur Seine⁽⁶⁾																		
	37										37			1474				37,80
TOTAL VIH 2009																		
	6115	1399	1007		38539			4036			241		2932					
TOTAL VIH 2008																		
	5994	1377	815		21689			5282			331		1898					

⁽¹⁾ : Beaujon : - nouveaux patients pris en charge : dont 18 dépistés en 2009

- Médecine Interne : Total consultations : recueil PMSI

- Médecine Interne : Nb consultations VIH : recueil manuel

- Hôpital : Total consultations : recueil EDP

⁽²⁾ : Robert Debré : - HDJ = médecine Pédiatrique,

- Hospitalisation complète = toute la pédiatrie (médecine + chirurgie)

- Total consultations : données non consolidées ; le service d'hématologie a été en travaux une partie de l'année

⁽³⁾ Clinique E. Rist : nb de séjours VIH en hospitalisation partielle : correspond au nombre de séances de dialyse (une petite dizaine de patients dialysés en moyenne 2 à 3 fois par semaine)

⁽⁴⁾ CH Carnelle : nouveaux patients = comparaison entre 2008 et 2009

⁽⁵⁾ : Fondation A. de Rothschild : nb de patients venus en hospitalisation : 118

⁽⁶⁾ : Maison sur Seine : déménagement sur l'hôpital Jean Jaurès : l'activité VIH a débuté en juin 2009

^(*) : 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]

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

Analyse des données médico-épidémiologiques 2009

Origine des données :

- Le SMIT de l'Hôpital Bichat - Claude Bernard est équipé de Nadis et le contrôle qualité de la base est assuré par un TEC,
- 1 TEC est en charge du recueil épidémiologique pour l'hôpital de Simone Veil (Eaubonne), l'hôpital René Dubos (Pontoise) et l'hôpital Beaujon (Clichy),
- 10 centres n'ont pas de recueil informatique.

Définitions

File active : nombre de patients vus au moins une fois en consultation entre 01.01.2009 et le 31.12.2009.

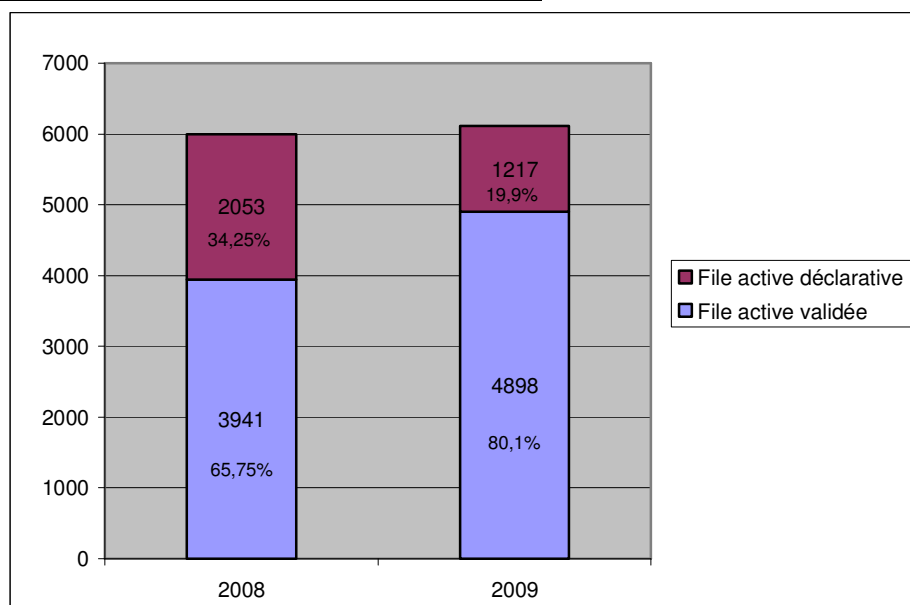
File active «validée» : données vérifiées ou obtenues via un système informatisé et relevées par un TEC.

File active «déclarée» : données communiquées par les établissements sans qu'il y ait de suivi informatisé et/ou qu'un TEC ait pu vérifier la validité des données.

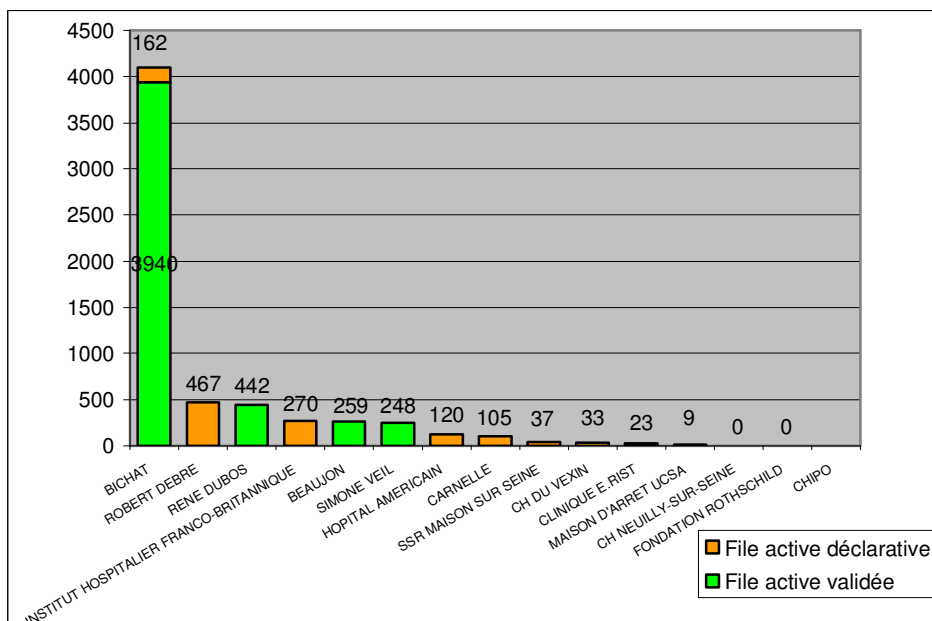
Répartition de la file active du COREVIH IDF NORD

Au total, la file active du COREVIH IDF Nord est de 6115 patients vus au moins une fois au cours de l'année 2009 dans les services assurant plus spécifiquement la prise en charge des personnes séropositives tels que les services de maladies infectieuses, médecine interne ou immuno-hématologie. La proportion de la file active validée est de 80,1 %.

Files actives validées et déclaratives en 2008 et 2009



Présentation des files actives par établissement



Analyse épidémiologique de la file active

Sont présentées ici les données compilées :

- de la file active Nadis de l'hôpital Bichat
- des files actives des hôpitaux René Dubos (Pontoise), Simone Veil (Eaubonne) et Beaujon (Clichy).

Ceci représente 79 % de la file active de la COREVIH IDF NORD.

a) Analyse globale de la file active

Nombre de patients : 4810

Nombre de nouveaux patients : 510

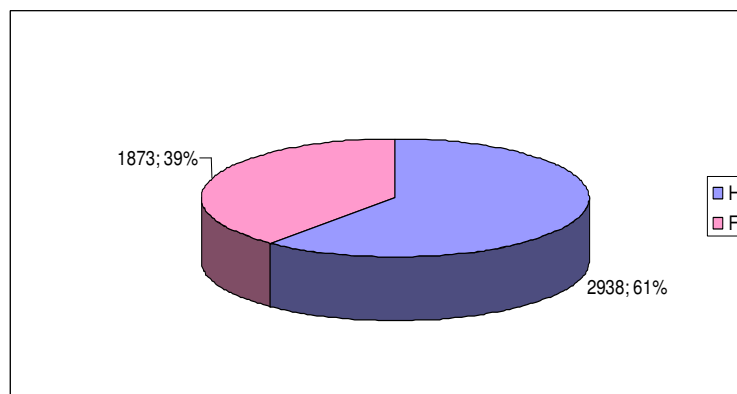
Nombre de patients dépistés : 229

Nombre de nouveaux cas de sida : 55

Nombre de patients décédés : 17

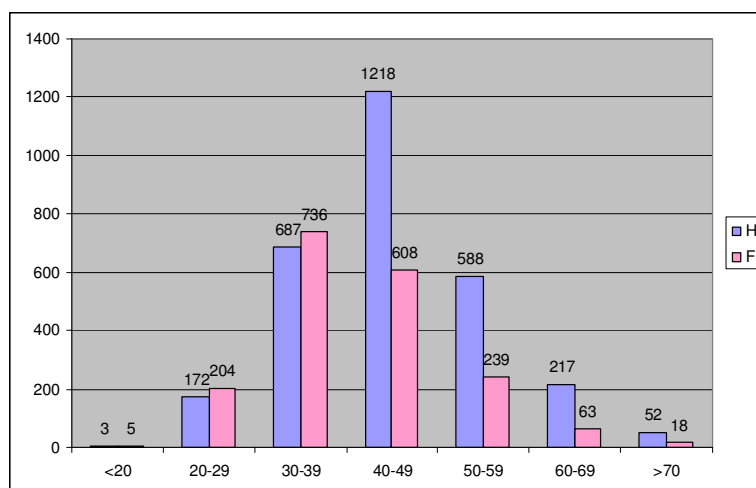
Répartition par sexe

Sexe	Nb
Femme	1873
Homme	2937
Total	4810



Répartition par âge

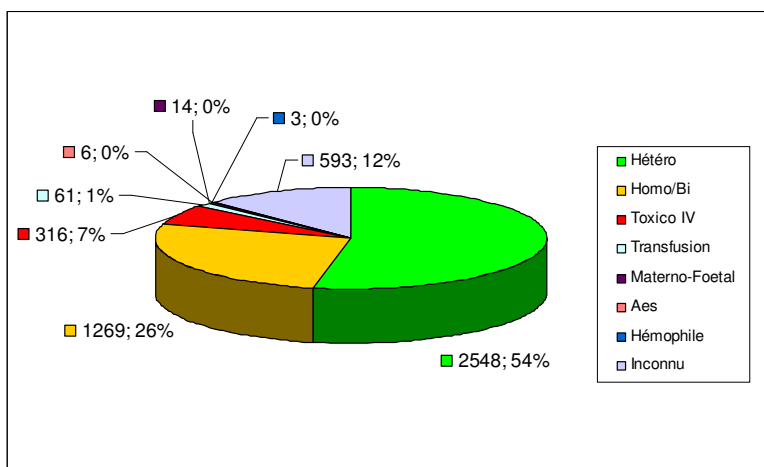
Tranches d'âge	F	H	Total
<20	5	3	8
20-29	204	172	376
30-39	736	687	1423
40-49	608	1218	1826
50-59	239	588	827
60-69	63	217	280
>70	18	52	70
Total	1873	2937	4810



La moyenne d'âge des patients est de 44 ans (41 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes). La tranche d'âge la plus représentée est la tranche 30-39 ans chez les femmes et 40-49ans chez les hommes.

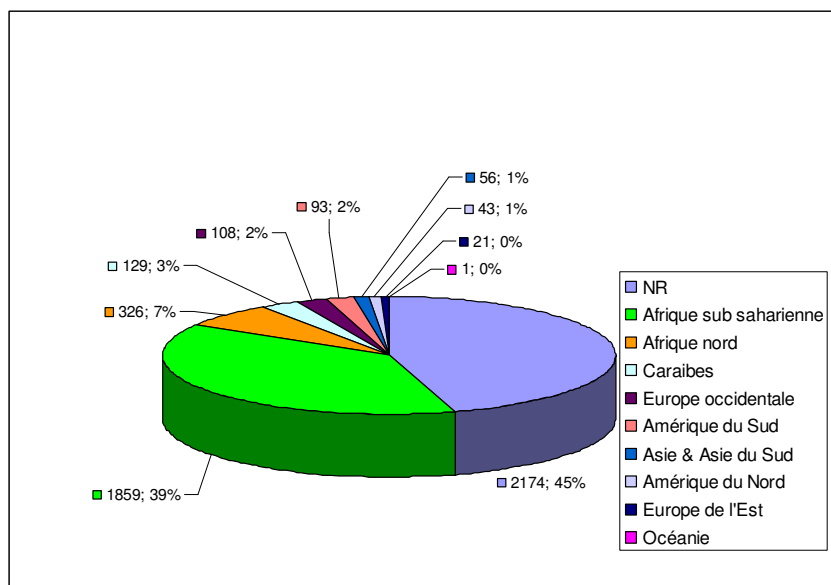
Mode de contamination

Mode de transmission	Nombre
Hétéro	2548
Homo/Bi	1269
Toxico IV	316
Transfusion	61
Materno-Fœtal	14
Aes	6
Hémophile	3
Inconnu	593
Total	4810



Pays de séjour

Pays de séjour >6 mois	Nombre
NR	2174
Afrique sub-saharienne	1859
Afrique nord	326
Caraïbes	129
Europe occidentale	108
Amérique du Sud	93
Asie & Asie du Sud	56
Amérique du Nord	43
Europe de l'Est	21
Océanie	1
Total	4810



* La base de données Nadis ne renseigne pas sur l'origine des patients.

NR : Patients dont le pays de séjour n'a pas été renseigné (à priori français)

La file active est caractérisée par une forte proportion de patients d'origine sub-saharienne.

Co-infections VIH-Hépatites

	Nb	%
VIH	3656	78,70
VIH-VHB	369	7,95
VIH-VHC	565	12,17
VIH-VHB-VHC	55	1,18
Total	4644	100

Le pourcentage de co-infectés VIH-VHC est plus bas que ce qui est habituellement observé en France [24,3 %] et les différences épidémiologiques entre la population VIH+ de la COREVIH IDF-Nord et la population VIH+ en France expliquent ces écarts :

Sexe F : 39 % [en France 32 %]

Mode transmission hétérosexuel : 54 % [en France 42 %]

Usagers de drogues IV : 7 % [en France 13 % voire 18 % selon les sources]

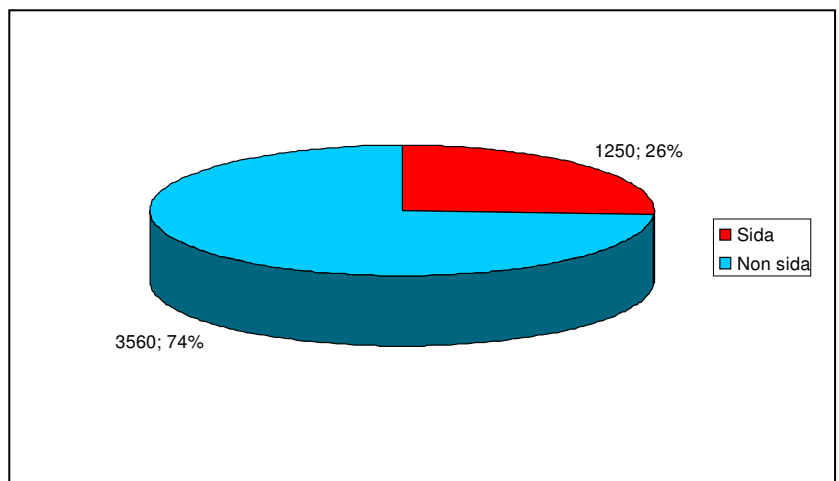
Origine subsaharienne : 39 % [en France 14 %]

Sources :

- BEH N°23/2005 : Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004,
- BEH N°46/nov 2007 ; Surveillance d' l'infection VIH/sida en France, 2006.

Stade Sida

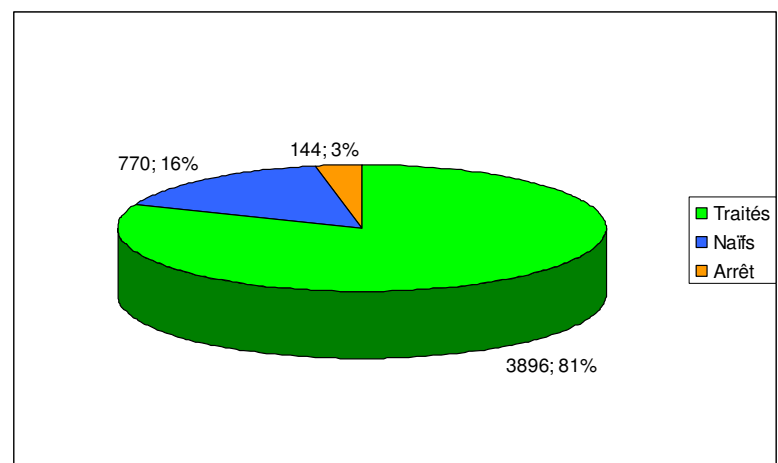
Stade	Nombre
Sida	1250
Non sida	3560
Total	4810



b) Données sur les patients traités

Statut thérapeutique des patients

Statut	Nombre
Traités	3896
Naïfs	770
Arrêt	144
Total	4810

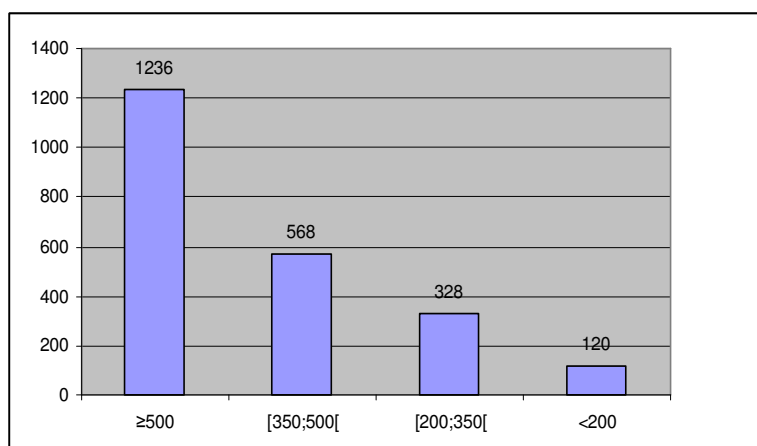


Succès virologique

ARV >6 mois et CV<50	2841	84,9 %
Total	3346	100 %

Répartition par niveaux de CD4

CD4 patients traités depuis plus de 6 mois et dont la CV < 50	Nombre	%
≥500	1236	54,88
[350;500[	568	24,82
[200;350[	328	14,56
<200	120	5,32



Répartition par types de traitements

Schémas actuels de traitements	Nb	%
2INTI+1P/r	1960	52,24
2INTI+1INNTI	1173	31,26
+II ^(*) + x [sauf "Trio"]	183	4,88
"Trio" [INNTI+1IP/r+ II ^(*) +/-INTI]	71	1,89
3INTI	49	1,31
1IP/r	13	0,35
Autres traitements	303	8,08

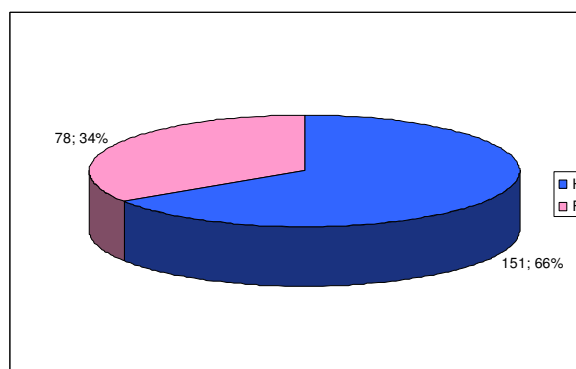
^(*) Inhibiteur d'intégrase

52,24 % des patients bénéficient d'une ligne de traitement type 2INTI+1IP/r
9,86 % des patients bénéficient d'une Anti-Intégrase.

c/ Données sur les patients dépistés en 2009

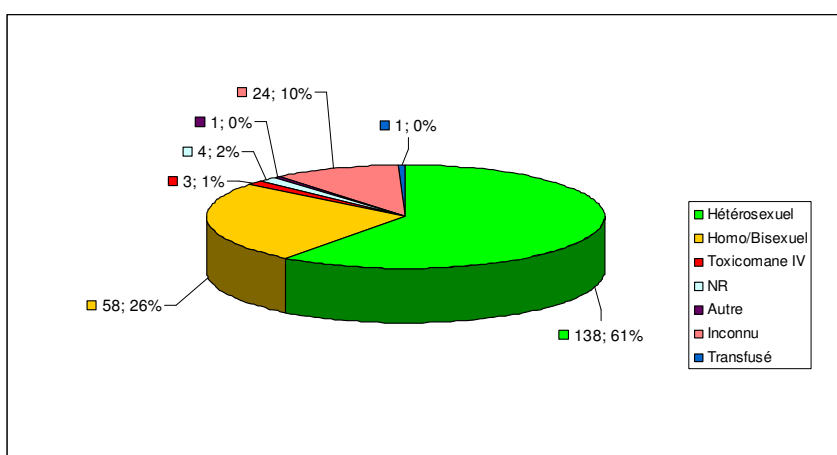
Répartition par sexe

Sexe	Nb
Femme	78
Homme	151
Total	229



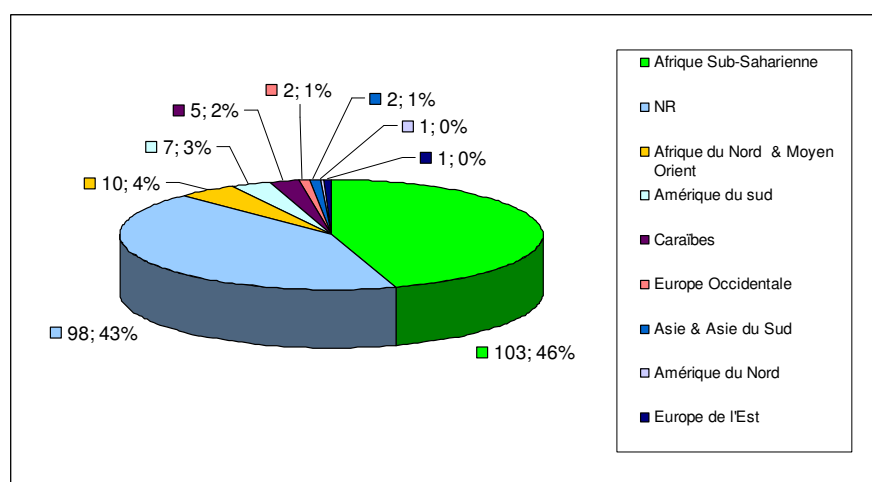
Répartition par mode de transmission

Mode de contamination	Nombre
Homosexuel/Bisexuel	58
Hétérosexuel	138
Toxicomane IV	3
NR	4
Autre	1
Inconnu	24
Transfusé	1
Total	229



Pays de séjour de plus de 6 mois

Afrique Sub-Saharienne	103
NR	98
Afrique du Nord & Moyen Orient	10
Amérique du Sud	7
Caraïbes	5
Europe Occidentale	2
Asie & Asie du Sud	2
Amérique du Nord	1
Europe de l'Est	1
Total	229



Niveaux de CD4 au dépistage

CD4 au dépistage	Nb	%
≥500	64	31,84
[350;500[	46	22,88
[200;350[	34	16,91
<200	57	28,35
Total	201	100

PROGRAMME DE TRAVAIL 2010

Détermination des objectifs 2010

Groupe de Travail « Prévention, Dépistage, AES, Education à la Santé »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus
AES : proposer des supports et des formations aux professionnels pour combler les éventuels besoins.	2 ^{ème} semestre 2010.	- Formations, - Développement de supports d'harmonisation des pratiques (protocoles).	- Harmonisation des pratiques, - Initiation d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en matière d'AES.
Connaître et développer les initiatives de prévention de la transmission auprès des personnels travaillant en milieu psychiatrique.	- Mi-2010 : définition précise des besoins, - Fin 2010 : réponse aux besoins définis.	- Rencontres avec les acteurs impliqués, - Proposition d'une formation à destination des acteurs impliqués.	Soutenir la mise en place d'une formation sur la prévention de la transmission du VIH.
CDAG : définir l'offre pour en combler les éventuels manques, définir le recueil de données pour mieux l'exploiter et en proposer éventuellement une harmonisation (tronc commun)	Lancement de l'enquête en 2010, première phase de résultats attendus pour fin 2010	Enquête, rencontres des responsables de centres...	- Harmoniser le recueil et le traitement des données entre les différents CDAG, - Améliorer la connaissance de l'offre par l'ensemble des acteurs, - Améliorer la connaissance des situations de recours au dépistage dans ce cadre, - Si nécessaire, mise en adéquation de l'offre avec des besoins non couverts.

Groupe de Travail « Activité, Budget et Communication »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus
Réalisation et mise en ligne d'un nouveau site Internet.	2 ^{ème} semestre 2010	-Réalisation d'un cahier des charges, - Choix d'un prestataire extérieur.	Faciliter la communication entre les acteurs de la COREVIH.
Création d'une base de données recensant les acteurs sur le territoire : - Définition de catégories d'activités des acteurs, - Recueil des coordonnées des différentes structures par les membres du groupe de travail, Mise en commun et tri des listes Diffusion via le site Internet	2 ^{ème} semestre 2010	Contacts : emails, téléphone, courriers	Améliorer la communication entre les acteurs, informer, mettre à disposition des outils pour les groupes de travail.
Formalisation du recrutement d'un coordinateur(trice).	1 ^{er} trimestre 2010	Services administratifs de l'Hôpital Bichat.	Redynamiser la mobilisation. Coordonner l'activité des groupes de travail.

Groupe de Travail « Troubles métaboliques »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus
Etude de la prévalence des troubles glucido lipidiques dans la population de la COREVIH IdF Nord	Enquête préliminaire du 15/05/2010 au 15/07/2010	Questionnaire à remplir sur 2 sites, Eaubonne et Pontoise lors des consultations.	- Quelle prévalence des troubles glucido lipidiques dans cette population ? - Ont-ils été pris en charge ?

Groupe de travail : « Femmes, Enfants, Adolescents »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus
Mutualisation des pratiques et partage d'expériences pour les acteurs prenant en charge des femmes enceintes VIH+ et des enfants nés de mère VIH+.	2010 - 2011	. Envoi préalable de questionnaires pour interroger sur les différentes pratiques, . Mise en place de réunions.	. Harmonisation des pratiques, . Circulation des nouvelles informations, . Mise en place d'études multi-centriques recueillant des données différentes de celles recueillies par l'Enquête Périnatale Française.

Groupe de travail : « Recueil médico-épidémiologique »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Calendrier	Moyens	Axes de progrès attendus
Identifier les freins à la prise en charge des personnes âgées séropositives en maisons de retraite : - fichier Excel recensant les maisons de retraite sur le territoire, - soumission du questionnaire aux membres du Bureau pour accord, - diffusion d'une enquête à destination des Directeurs de Maisons de Retraite Exploitation du questionnaire	Mai 2010 Janvier 2010 Mars 2010 Avril 2010 Mai 2010	. Questionnaire prise en charge des personnes âgées séropositives à destination des Directeurs de Maisons de Retraite (rédigé en 2009), . Annuaire des maisons de retraite.	. Sensibiliser les Directeurs de Maisons de retraite à la problématique du vieillissement de la population VIH et à la problématique de la prise en charge des personnes âgées séropositives, . Faire connaître l'existence de la COREVIH auprès de ces acteurs
Identifier les freins à la prise en charge des personnes séropositives en MAS : - Recensement des MAS sur le territoire et création d'un annuaire de correspondants, - Elaboration de l'enquête, - Soumission de l'enquête aux membres du Bureau, - Publipostage du questionnaire, - Analyse des résultats.	Novembre 2010	Questionnaire de prise en charge des personnes séropositives handicapées à destination des Directeurs de MAS, Annuaire des MAS.	. Sensibiliser les directeurs de MAS au problème de la perte d'autonomie chez les personnes infectées par le VIH, . Faire connaître l'existence de la COREVIH auprès de ces acteurs.
Création d'une base de données pour le recueil social : - Test des pilotes après choix des champs de la base, - Conception de la base de donnée.	Juin 2010	AS des Services de Maladies Infectieuses	. Harmoniser le recueil social sur le territoire, . Faire un suivi des patients dans le temps afin de voir quels patients sont les plus difficiles à placer et chiffrer les besoins en SSR, ACT...
- Eliminer le « frein peur » du personnel encadrant des maisons médicalisées et/ou des autres occupants, - Conception d'une plaquette d'information	Décembre 2010	Plaquette	Moins de refus d'accueil dans les maisons médicalisées.
Harmonisation et facilitation du recueil épidémiologique au sein de la COREVIH : - Création d'un document commun pour la description de la file active de la COREVIH : Détermination des cutoffs, détermination des données recueillies... - Soumission du document au bureau pour approbation ou correction.	Juin 2010	Réunion entre TEC « épidémio »	Mise en commun des données des différents hôpitaux facilités point épidémiologique au 31 décembre.
Détermination des causes de perte de vue : - choix des éléments qui doivent être relevés : profession, situation au moment de la perte de vue, origine, etc., - échantillonnage : 10% des perdus de la base de donnée Nadis de l'hôpital Bichat Retour au dossier	2010	Réunion Nadis TEC	Prévention à moyen terme de la perte de vue.

Groupe de travail : « Infections Sexuellement Transmissibles (IST) »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus
Sensibilisation et dépistage des IST.	2 ^{ème} semestre 2010	. Sensibilisation par la mise à disposition de plaquettes d'informations destinées aux patients et d'un questionnaire de connaissances vis à vis des IST, . Dépistage un jour donné sur l'ensemble des sites de la COREVIH IdF Nord.	Améliorer la prévention et le dépistage des IST.

Groupe de travail : « Education thérapeutique et observance »

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus
. Mise en place d'un outil pédagogique élaboré en 2009 dans 6 sites de la COREVIH IdF Nord (3 hospitaliers, 2 associatifs et 1 Médecin de ville) Evaluation des patients par pré et post-test, questionnaire de qualité de vie, Evaluation du matériel d'éducation par les formateurs et les patients.	. Avril 2010 : maîtrise de l'outil par les formateurs en éducation thérapeutique, . Mai 2010 : début d'expérimentation dans les différents sites, . Juillet 2010 : première évaluation sur la pertinence de l'outil et adaptation si besoin.	. 6 plateaux de jeu et Questions/Réponses, . Pré-test et post-test, . Questionnaire qualité de vie, . Questionnaire évaluation matériel par les formateurs.	. Améliorer et évaluer l'efficacité de l'éducation thérapeutique grâce à un nouvel outil, . Permettre l'évaluation d'un nouvel outil, . Harmoniser les pratiques d'éducation thérapeutique dans les différents sites de la COREVIH IdF Nord.

DISCUSSION ET CONCLUSION

2009 a été une année très active dans bien des domaines, bien que quelques difficultés persistent.

♦ Des complexités administratives et financières

- Comme ailleurs, il est difficile de connaître précisément le montant de l'enveloppe MIGAC et les budgets alloués à la COREVIH. Nous souhaiterions que 2010 permette une fluidité de l'information financière encore améliorée et la mise au point d'un circuit simple de communication avec l'ARS.

- D'autre part, les crédits COREVIH sont fléchés exclusivement pour des frais de fonctionnement ; or il est parfois essentiel, pour l'activité de la COREVIH, de pouvoir investir dans certains domaines. Une souplesse administrative et budgétaire serait donc appréciable.

- Enfin, le recrutement du personnel COREVIH qualifié, TEC et coordinateur, s'avère difficile en raison de la spécificité des métiers. En outre, l'augmentation du nombre de postes attribués en Ile de France a créé un déséquilibre entre l'offre et la demande.

♦ Le déploiement de l'outil NADIS : l'installation de l'outil Nadis sur les différents établissements est délicate ; certaines directions hospitalières y étant opposées. Les TEC sont donc contraints de réaliser le recueil épidémiologique sur un fichier Excel qui impose une compilation manuelle des données sur le territoire. En outre, cette méthode ne permet que le recueil épidémiologique et pas le suivi du patient contrairement à l'outil Nadis. C'est le cas des sites Beaujon, Eaubonne, Pontoise et Institut franco-britannique.

♦ La mobilisation insuffisante des membres de la COREVIH dans les groupes de travail : il conviendra, en 2010, d'optimiser la communication sur l'intérêt des COREVIH, leur rôle et l'importance de la pluridisciplinarité de ses membres.

Ces difficultés ne sont, en fin de compte, pas surprenantes dans le cadre d'une structure nouvelle qui se met en place. Elle ne doivent pas occulter l'importance du travail accompli qui justifie a posteriori la création d'une telle structure, maillon essentiel de la déclinaison régionale des plans et recommandations ministérielles dans le domaine de la prise en charge de l'infection VIH.

Le Président de la COREVIH IDF NORD :
Patrick YENI

ANNEXES

Annexe 1 :

Arrêté n°2009-1200 relatif à la composition du Comité de COREVIH

ARRETE N° 2009 -1200

relatif à la composition du comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Le préfet de la Région d'Ile de France,
préfet de Paris,
Commandeur de la légion d'honneur,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 3121-1, D. 3121-34 et D. 3121-37 ;

Vu le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;

Vu le décret n° 2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;

Vu l'arrêté ministériel du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des coordinations de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine ;

Vu l'arrêté ministériel du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine ;

Vu 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 ;

Vu la circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) ;

Vu l'arrêté n°09-149 du 4 février 2009 portant modification de l'arrêté n° 08-1992 du 3 novembre 2008 portant délégation de signature en matière administrative à Madame Danièle SENEZ, Directrice Régionale par intérim des Affaires sanitaires et Sociales d'Ile-de-France,

Vu l'arrêté n°2007-1934 du 15 novembre 2007 relatif à la composition du comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine,

Vu l'avis du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 9 novembre 2007 ,

Vu l'avis du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 7 Aout 2009 ,

Sur proposition de la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ;

ARRETE :

Article 1 : l'article 3 de l'arrête n°2007-1935 du 15 novembre 2007 est remplacé par :

Sont nommés membres du COREVIH Ile-de-France Nord :

1) Collège 1 : Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux

Titulaire : M. Thomas LAURET
1er suppléant : Mme Sylvie LEGAC
2e suppléant : Mme Martine CAMPA

Titulaire : Mme Annabel OLIVER
1er suppléant : Mme Patricia GUIET
2e suppléant : Mme Catherine SECONDI

Titulaire : Mme Marie Agnès KOZA
1er suppléant : Mme Michèle CHEVALLIER
2e suppléant :

Titulaire : Mme Agnès CERTAIN
1er suppléant : Mme Julie ROUPRET
2e suppléant : Mme Gabrielle LAURENS

Titulaire : M. le Dr Patrick YENI
1er suppléant : Mme le Pr Elisabeth BOUVET
2e suppléant : Mme le Dr Sylvie LARIVEN

Titulaire : Mme le Pr Sophie MATHERON
1er suppléant : Mme le Dr Pascale LONGUET
2e suppléant : M. le Pr Enrique CASALINO

Titulaire : Mme le Dr Annie LEPRETRE
1er suppléant : M. le Dr Jean-Philippe DRUO
2e suppléant : M. le Dr Edouard BEGON

Titulaire : Mme le Dr Diane DESCAMPS
1er suppléant : Mme le Pr Françoise BRUN-VEZINET
2e suppléant : Mme le Dr Florence DAMOND

Titulaire : Mme le Dr Agnès ULUDAG
1er suppléant : M. le Dr Serge KERNBAUM
2e suppléant : M. le Dr Pierre DEMOOR

Titulaire : M. le Dr Philippe FAUCHER
1er suppléant : Mme le Dr Agnès BOURGEOIS-MOINE
2e suppléant : M. le Dr Benoît MENESSON

Titulaire : Mme le Dr Martine LEVINE
1er suppléant : M. le Dr Albert FAYE
2e suppléant : M. le Dr Jean Bruno LOBUT

Titulaire : Mme le Dr Anne GERVAIS
1er suppléant : Mme le Dr Marie-Pierre RIPAUT
2e suppléant : Mme le Dr Pascale HERVIO

2) Collège 2 : Des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale

Titulaire : M. le Dr Jean-Pierre AUBERT
1er suppléant : Mme. le Dr Danielle AVRAMOV
2e suppléant : Mme le Dr Pascale SAMPANA

Titulaire : Mme le Dr Odile DANNE
1er suppléant : Mme Emmanuelle RICHARD
2e suppléant : M. le Dr Pierre POLOMENI

Titulaire : M. le Dr Michel SANANES
1er suppléant : M. le Dr Frédéric FRY
2e suppléant : M. Ramon NEIRA

Titulaire : M. Christian GRATRAUD
1er suppléant : M. Guy SEBBAH
2e suppléant :

Titulaire : M. Bernard RIQUEAU
1er suppléant : M. Philippe LABALME
2e suppléant :

Titulaire : Mme Christine CASTETS
1er suppléant : Mme Zohra BERKI
2e suppléant : Mme Aude NGUYEN

3) Collège 3 : Des représentants des malades et des usagers du système de santé

Titulaire : M. Michel REPELLIN
1er suppléant : M. Alain LACHAND
2e suppléant : M. Eric DAGHER

Titulaire : Mme Corinne TAERON
1er suppléant : M. Miguel-Ange GARZO
2e suppléant :

Titulaire : M. Jean-Marc BITHOUN
1er suppléant : Mme Séverine FOURAN PERALTA
2e suppléant :

Titulaire : Mme Seynabou FAYE NDIAYE
2e suppléant : M. François BERDOUGO
1er suppléant : M.

Titulaire : M. Michel ALLAMEL
1er suppléant : M. Philippe MORICET
2e suppléant :

Titulaire : M. Ludovic OUALEMBO-MOUTOU
1er suppléant : Mme Adelaïde MAKOUNZI
2e suppléant : M. Mbouiti MBOUITI

4) Collège 4 : Des personnalités qualifiées

Titulaire : M. le Dr Vincent DESCAMPS
1er suppléant : M. le Dr Fabrice BOUSCARAT
2e suppléant : Madame Elisabeth ZIMMERMANN

Titulaire : M. le Dr Gilles FORCE
1er suppléant : M. le Dr Nicolas GRUAT
2e suppléant : M. le Dr Fouad MEREZAK

Titulaire : Mme le Dr Brigitte ZINS
1er suppléant : Mme le Dr Frédérique MEEUS
2e suppléant : M. le Dr Michel DENIS

Titulaire : M. le Dr Laurent BLUM
1er suppléant : Mme le Dr Frédérique SELTZ
2e suppléant : Mme le Dr Agnès LEFORT

Titulaire : Mme Annie LE PALEC
1er suppléant : M. Stéphane WEILER
2e suppléant :

Titulaire : Frédéric LATOUR
1er suppléant : Mr. Jean Pascal ORIO
2e suppléant :

Article 2 : La durée du mandat des membres du COREVIH n'est pas modifiée par le présent arrêté. Le mandat prendra fin au bout de 4 ans à partir de la date de publication de l'arrêté n°2007-1934 du 15 novembre 2007, soit le 15 novembre 2011. Tout membre qui, au cours de son mandat, décède, démissionne ou perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, est remplacé, pour la durée du mandat restant à courir, par ses suppléants, dans leur ordre de nomination.

Article 3 : La Directrice Régionale par intérim des Affaires Sanitaires et Sociales est chargé, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Ile-de-France et de la Préfecture de Paris.

Fait à Paris, le 11 SEP. 2009

Annexe 2 :

Structures rattachées à la COREVIH Ile-de-France Nord

- **Etablissements de Santé :**

Paris, 75 (16, 17, 18 et 19^e arrondissements)

Centre Hospitalier Universitaire Bichat Claude Bernard, 75018

Centre Hospitalier Robert Debré, 75019

Fondation Adolphe De Rothschild, 75019

Clinique Edouard Rist, 75016

Maison sur Seine, 75018

Hauts de seine, 92

Hôpital Beaujon, Clichy

Institut Hospitalier Franco-Britannique, Levallois

Centre Hospitalier de Courbevoie - Neuilly sur Seine, site de Neuilly Sur Seine

Hôpital Américain de Paris, Neuilly sur Seine

Val d'Oise, 95

Centre Hospitalier de Carnelle, St Martine du Tertre

Centre Hospitalier du Vexin, Magny en Vexin

Groupement Hospitalier Eaubonne Montmorency, Hôpital Simone Veil, Eaubonne

Centre Hospitalier René Dubos, Cergy Pontoise

Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise, Beaumont sur Oise

- **CDAG :**

Paris (75)

HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD

CDIP des MST, Sida, Hépatite C

46 rue Henri Huchard, 75018 PARIS

Tel : 01.40.25.84.34

Val d'Oise (95)

CENTRE DEPARTEMENTAL DE DEPISTAGE ET DE SOINS

3 place de la Pergola, Parvis de la Préfecture, 95000 CERGY PONTOISE

Tel : 01.30.30.22.49

CENTRE DEPARTEMENTAL DE DEPISTAGE ET DE SOINS

29 avenue de Paris, 95600 EAUBONNE

Tel : 01.34.06.00.99

Hauts de Seine (92)

CENTRE MUNICIPAL DE SANTE MARC CHAGALL

3 rue Simonneau, 92110 CLICHY

Tel : 01.47.15.97.98

Annexe 3 :

Bilan complémentaire d'activité 2009 du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) Bichat – Claude Bernard

Le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'hôpital Bichat Claude Bernard a réalisé 22073 consultations dont 14285 consultations VIH en 2009 pour une file active de 3986 patients.

I- Fonctionnement du Service

Son personnel médical se répartit comme suit :

- 3 PUPH : 1,5 ETP
- 4 PH : 4 ETP
- 3 CCA : 1,5 ETP
- 1 PH temps partiel: 0,6 ETP
- 1 PHC temps partiel: 0,5 ETP
- 31 Praticiens attachés : 6,2 ETP dont 2,2 sont Moniteurs d'Etudes Cliniques (MEC)

Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, le service propose aux patients des consultations de :

- Hépatologie : 1107 consultations (4 vacations)
- Gynécologie : 214 consultations (1 vacation)
- Proctologie : 234 consultations (1 vacation)
- Endocrinologie : 59 consultations (1 vacation)
- Psychologie : 77 consultations (1 vacation)
- Diététique : 76 consultations (1 vacation)

Les chiffres ci-dessus ne tiennent compte que de l'activité de consultation.

Les bilans pluridisciplinaires ainsi que la prise en charge des femmes infectées (66 accouchements à la maternité de Bichat - Claude-Bernard en 2008) sont réalisés en hôpital de jour.

Il participe activement à l'éducation thérapeutique et à l'aide à l'observance des patients (personnel paramédical et médical).

II- Description de la file active 2009

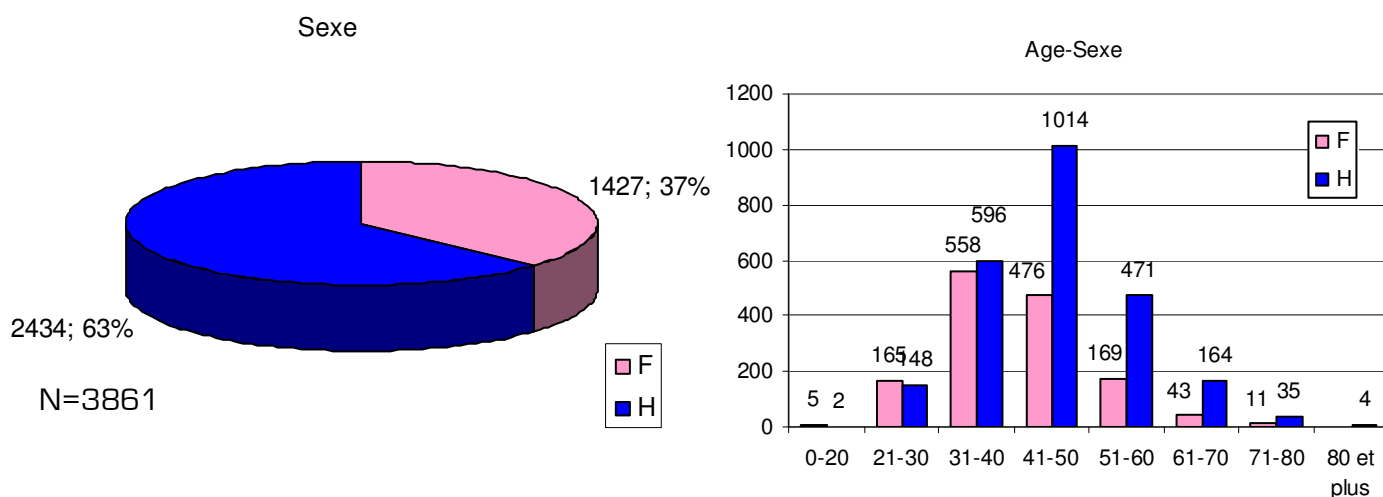
Les données sont obtenues à partir de la base de données Nadis.

File active Nadis : nombre de patients ayant eu au moins un recours dans NADIS en 2009

- . File active Nadis : 3861 patients
- . Nouveaux patients dans Nadis : 411
- . Dépistés VIH en 2009 : 170
- . Décès : 11
- . Perdus de vue (pas de recours depuis un an) : 533

A- Données sociodémographiques des patients de la file active

Sexe-Age



63 % de la file active est constituée d'hommes.

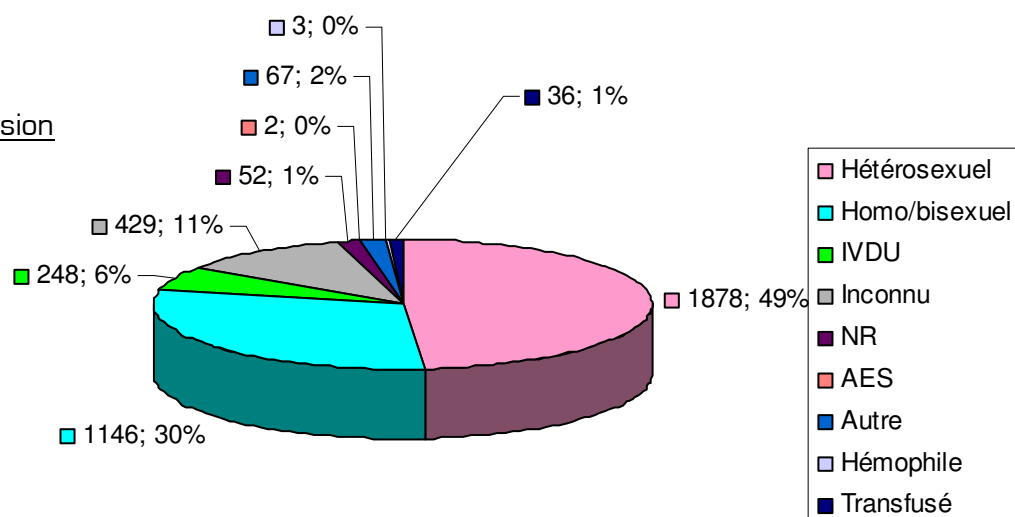
Chez les femmes, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 31-40 ans.

Chez les hommes, les 41-50 ans sont les plus touchés.

L'âge moyen pour les femmes est de 41,16 ans.

L'âge moyen pour les hommes est de 45,56 ans.

Mode de transmission

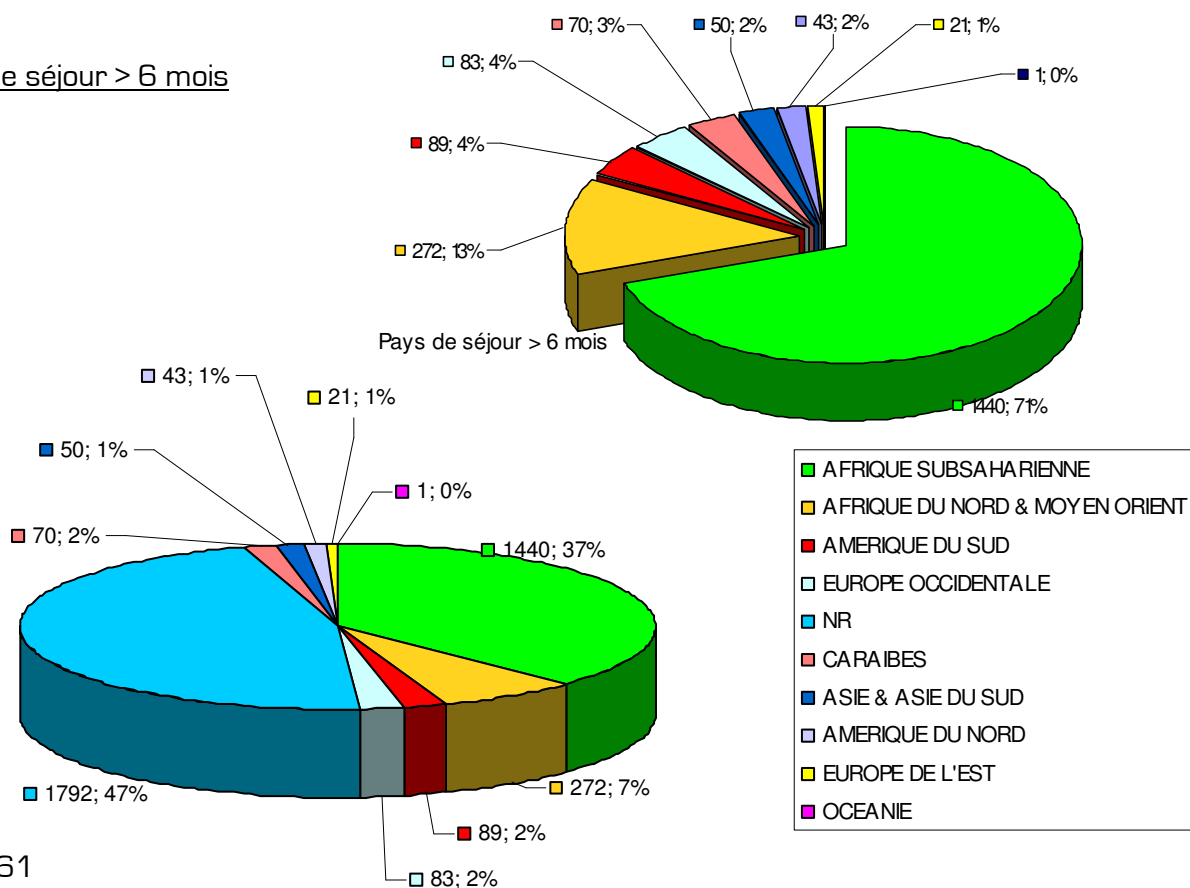


Voie hétérosexuelle prédominante : 49 % des patients.

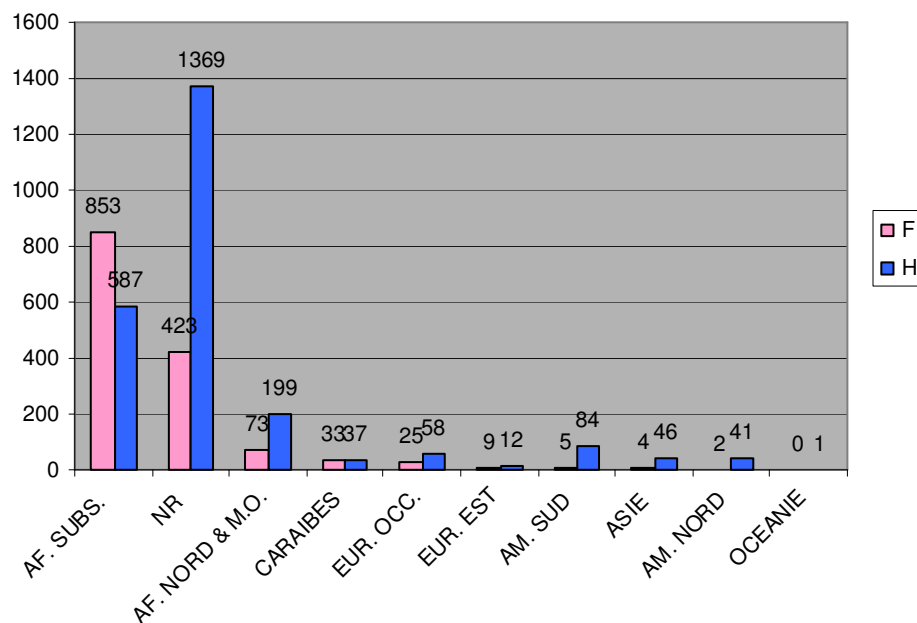
Chez les femmes, la voie prédominante est hétérosexuelle : 79 % des patientes.

Chez les hommes, la voie homosexuelle prédomine : 47 % des patients.

Pays de séjour > 6 mois



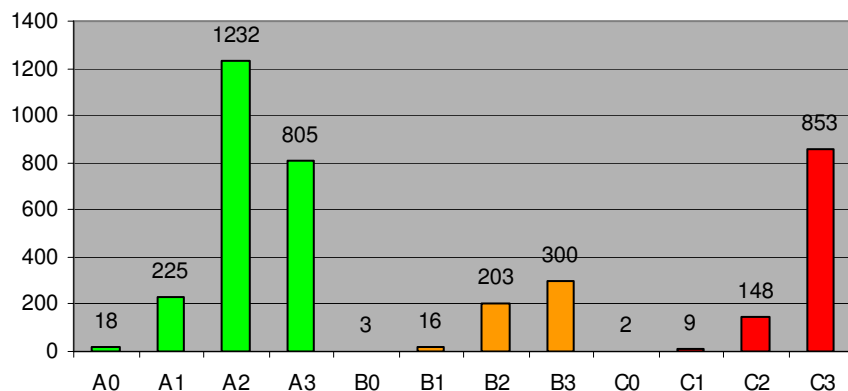
Forte proportion de patients originaires d'Afrique sub-saharienne : 37 % des patients.



60 % des femmes sont originaires d'Afrique Subsaharienne.

B- Données cliniques et immuno-virologiques des patients de la file active

Stades CDC



Stade A: 60% des patients

Stade B: 14% des patients

Stade C: 26% des patients

A2: (CD4 200-499) 32%

B3: (CD4 < 200) 7%

C3: (CD4 < 200) 22%

Pathologies classant SIDA

Pathologies classant Sida survenues chez les patients de la file active	Nombre
Infection à Mycobacterium tuberculosis	516
Pneumonie à pneumocystis carinii	243
Sarcome de Kaposi	162
Candidose oesophagienne	124
Toxoplasmose cérébrale	122
Infection à CMV	43
Rétinite à CMV	40
Cryptococcose extrapulmonaire	36
Myélopathies liées au VIH	32
Encéphalopathie due au VIH	23
Lymphome de Burkitt	17
Leucoencéphalopathie multifocale (progressive)	13
Infection herpétique, ulcères chroniques > 1 mois	10
Autres infections (histoplasmosse, cancer invasif du col, cachexie, isosporidiose intestinale > 1 mois, cryptosporidiose)	51
Total	1374

En 2009, on dénombre 53 pathologies classant SIDA parmi les patients de la file active Nadis.

Co-infections VIH-hépatites

VIH	3036	78,63 %
VIH-VHB	311	8,08 %
VIH-VHC	472	12,22 %
VIH-VHB-VHC	42	1,08 %
Total	3861	100 %

En France :

24,3 % des personnes VIH+ ont AcVHC > 0

Les co-infectés VIH-VHC sont pour 71,6 % des toxicomanes IV et sont moins souvent originaires d'Afrique sub-saharienne 7,3 %.

Différences entre la population VIH+ de Bichat et la population VIH+ en France

Sexe F: 37 % (en France 32 %)

Mode transmission hétérosexuel : 49 % (en France 42 %)

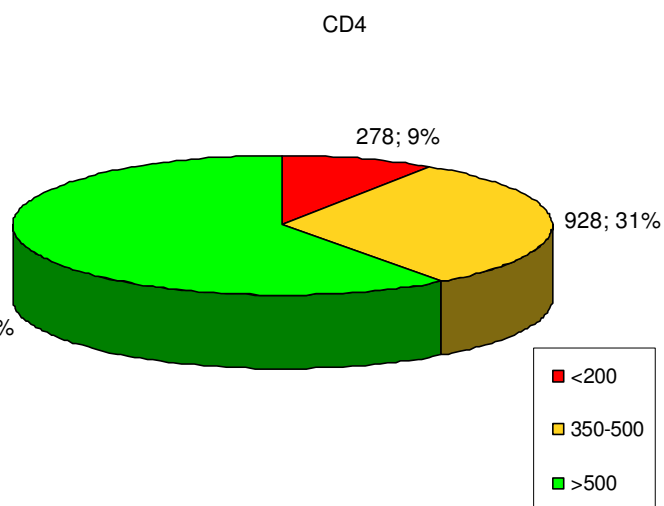
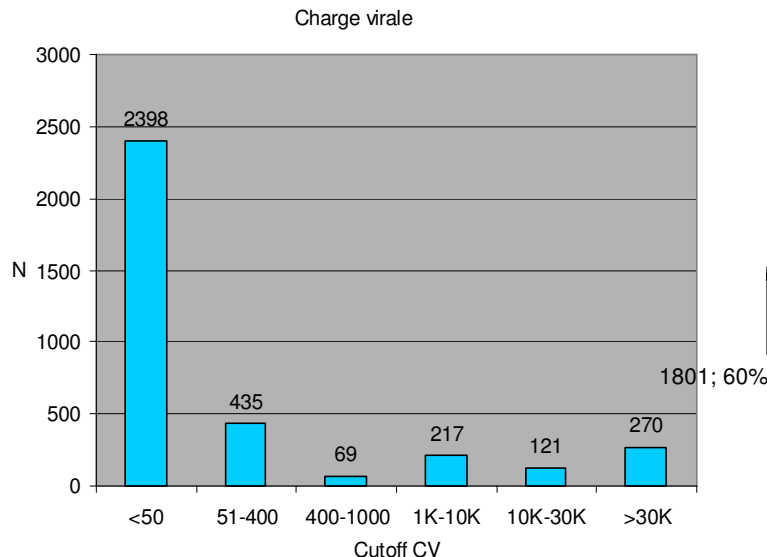
Usagers de drogues IV : 6 % (en France 13 % voire 18 % selon les sources)

Origine Afrique subsaharienne : 37 % (en France 14 %)

Sources :

- BEH N°23/2005 (Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004)
- BEH N°46/nov 2007 - Surveillance d' l'infection VIH/sida en France, 2006

Charge virale – CD4



N=3513

N : nombre de patients dont la CV ou le nombre de CD4 a été renseigné au cours des 9 derniers mois.

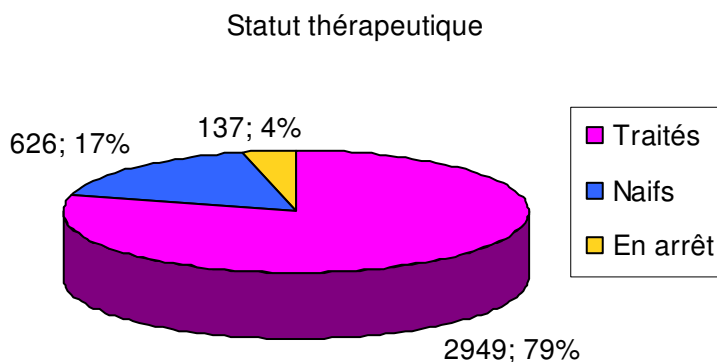
N=3575

68 % des patients sont indétectables.

60 % des patients ont plus de 500 CD4.

Le pourcentage de patients ayant moins de 200 CD4 est inférieur à 10.

Statut thérapeutique



C- Données immuno-virologiques des patients traités

Charge virale – CD4 chez les patients traités

	<200	200-350	350-500	>500	Total
<=50	3,94 %	11,07 %	18,78 %	43,67 %	77,46 %
51-400	1,59 %	2,66 %	3,60 %	4,91 %	12,76 %
400-1000	0,35 %	0,59 %	0,48 %	0,41 %	1,83 %
1K-10K	0,73 %	0,97 %	0,97 %	0,80 %	3,46 %
10K-30K	0,21 %	0,38 %	0,28 %	0,07 %	0,93 %
>30K	1,76 %	1,04 %	0,45 %	0,31 %	3,56 %
Total	8,58 %	16,70 %	24,55 %	50,17 %	100 %

* Patients ayant une CV renseignée et des CD4 renseignés au cours des 9 derniers mois

77,46 % des patients traités ont une CV < 50 copies/ml.
 Plus de 50 % des patients ont plus de 500 CD4/mm³.
 Succès immunovirologique des patients traités : 43,67 %.

Charge virale – CD4 chez les patients traités depuis plus de 6 mois :

	<200	200-350	350-500	>500	Total
<=50	4,19 %	10,97 %	19,66 %	45,43 %	80,25 %
51-400	1,59 %	2,32 %	3,32 %	4,64 %	11,88 %
400-1000	0,14 %	0,50 %	0,46 %	0,32 %	1,41 %
1K-10K	0,55 %	0,77 %	0,86 %	0,64 %	2,82 %
10K-30K	0,14 %	0,36 %	0,32 %	0,09 %	0,91 %
>30K	1,64 %	0,64 %	0,32 %	0,14 %	2,73 %
Total	8,24 %	15,57 %	24,94 %	51,25 %	100 %

* Patients ayant une CV renseignée et des CD4 renseignés au cours des 9 derniers mois.

80,25 % des patients traités depuis plus de 6 mois ont une CV < 50 copies/ml.
 Plus de 50 % des patients traités depuis plus de 6 mois ont plus de 500 CD4/mm³.
 Succès immunovirologique des patients traités : 51,25 %.

Les 1ères de lignes de traitements en 2009 N=518

Schéma	Nb	% âge
2INTI + 1IP/r	304	58,68
2INTI + 1INNTI	167	32,23
3INTI	10	1,93
1INTI + INNTI + 1IP/r	1	0,19
Autre	36	6,94

Les schémas actuels de traitement N = 2990

Schémas actuels de traitements	Nb	% âge
2INTI + 1IP/r	1577	52,74 %
2INTI+1INNTI	915	30,60 %
+II [autre que Trio]	235	7,85 %
Trio [INNTI+1IP/r+II+/-INTI]	53	1,77 %
3INTI	42	1,40 %
1IP	9	0,30 %
Autres traitements	159	5,31 %

Les nouvelles classes de molécules N = 2990:

Nouvelle molécule	Nb	% âge
Anti-intégrases	288	9,63
Inhibiteur du CCR5	27	0,90
Inhibiteur de fusion	7	0,23

D- Quelques données sur les les patients dépistés en 2009

- . 170 patients,
- . 118 hommes, 52 femmes,
- . CD4 au dépistage: 29 % des patients ont des $CD4 \leq 200/mm^3$,
- . Origine hors Europe: 56 %,
- . Chez les hommes, 44 % hétérosexuels et 41 % homosexuels.

III- La Recherche clinique au SMIT de Bichat en 2009

A- Protocoles en cours en 2009

■ Cohortes

APROCO-COPILOTE : Etude des déterminants liés, notamment, à l'observance et à la tolérance des effets à long terme des anti-rétroviraux hautement actifs dans le contexte de la pratique de la prise en charge chez les patients infectés par le VIH-1 mis pour la première fois sous inhibiteur de protéase en 1997-99.

COPANA : Etude du pronostic à court, moyen et long terme des patients infectés par le VIH, récemment diagnostiqués et non traités par anti-rétroviraux à l'inclusion.

HIV CONTROLLERS : Etude des mécanismes impliqués dans le contrôle de l'infection chez des patients infectés par le VIH depuis plus de 5 ans avec un ARN viral plasmatique < 400 cp/ml en absence de tout traitement anti-rétroviral.

LIPOAFRI : Incidence du syndrome lipodystrophique et autres anomalies clinico-biologiques liées aux traitements anti-rétroviraux.

LYMPHOVIR : Comprendre la physiopathologie des lymphomes non Hodgkiniens (LNH) et des lymphomes Hodgkiniens (LH) associés au VIH en étudiant, d'une part, l'interaction entre le virus Epstein-Barr (EBV) et l'infection au VIH d'un point de vue virologique et immunologique et, d'autre part, le rôle de la stimulation antigénique chronique.

PRIMO : suivi de patients en primo-infection VIH (moins de 3 mois) symptomatiques ou asymptomatiques, naïfs de traitement anti-rétroviral à la première visite. Le but de cette cohorte est d'améliorer la connaissance de la physiopathologie de la primo-infection VIH et de décrire l'histoire actuelle de l'infection.

PRETHEVIC : Etude observationnelle prospective multicentrique de personnes co-infectées VIH/VHC atteintes d'une première décompensation de cirrhose ou révélant un carcinome hépatocellulaire.

VIH-2 : Suivi de patients adultes infectés par le VIH-2 afin d'étudier l'histoire naturelle de cette infection.

■ Protocoles dont le promoteur est un laboratoire pharmaceutique

GS-US-183-0145 : Etude multicentrique internationale de phase III, randomisée, en double insu, double placebo, afin d'évaluer la non infériorité de l'elvitegravir/r en 1 fois par jour, versus raltégravir en 2 fois par jour, chez des patients infectés par le VIH.

MARAVIROC A4001050 : Etude multicentrique de phase IIIb, en ouvert non comparative évaluant le profil de tolérance du maraviroc en combinaison à un traitement optimisé chez des patients VIH-1 prétraités, porteurs du R5, ayant peu ou pas d'options thérapeutiques.

MK 0518-018 : Etude de phase III randomisée (2:1) en double insu contre placebo, évaluant la tolérance et l'activité anti-rétrovirale du MK 0518 en association à un traitement optimisé chez des patients prétraités en échec.

SPRING : Etude de phase IIb permettant de déterminer la dose orale de GSK 1349572 en une prise par jour, administrée en association avec abacavir/lamivudine ou ténofovir/emtricitabine chez des patients infectés par le VIH et naïfs de traitement.

TMC 278-C204 : Etude de phase IIb randomisée, en insu partiel, visant à évaluer la dose efficace, la tolérance et la sécurité d'un nouvel nnRTI TMC278 chez des patients VIH-1 naïfs de traitement anti-rétroviral.

TMC 114 C229 : essai randomisé de phase III en ouvert visant à démontrer la non-infériorité de la réponse virologique à S48 ainsi que la tolérance de DRV/r (800/100 mg QD) vs DRV/r (600/100 mg BID) associé à un OBT chez les patients VIH-1 prétraités par des anti-rétroviraux.

TMC114-C211 : Etude de phase III visant à déterminer l'efficacité, la tolérance et la sécurité du TMC114/r versus Kaletra® après 96 semaines chez des patients VIH-1 naïfs de traitement anti-rétroviral.

TMC 278-C209 : Etude de phase III, randomisée, en double aveugle, double placebo, comparant la rilpivirine à l'efavirenz en association à un traitement optimisé contenant du ténofovir et de l'emtricitabine, chez des personnes vivant avec le VIH, naïves de traitements anti-rétroviraux.

■ Protocoles financées par l'ANRS

2H : Etude de l'incidence de la grippe A(H1N1)v et facteurs de risque des formes graves chez des patients infectés par le VIH.

APOLLO : Etude en ouvert, randomisée, évaluant l'efficacité immunologique à 24S d'une stratégie d'induction-maintenance utilisant l'intensification initiale par l'enfuvirtide (T20) d'une trithérapie de première ligne par Truvada®/Sustiva® ou Truvada®/Kaletra® chez des patients infectés par le VIH-1 présentant une immunodépression sévère.

BBOOST : Etude multicentrique randomisée de phase III comparant l'immunogénicité d'un schéma vaccinal renforcé contre le VHB (3x40 µg) à un schéma classique (3x20 µg) chez des patients infectés par le VIH n'ayant pas répondu à une première vaccination anti-VHB et à une injection de rappel (20 µg).

DREAM : Etude de phase II/III comparant l'efficacité et la tolérance de deux stratégies de maintenance : monothérapie par LPV/r ou trithérapie par EFV/FTC/TDF.

ETOC : Etude pilote multicentrique, évaluant l'efficacité d'un traitement anti-VHC optimisé pendant 6 mois puis, en fonction de la réponse virologique à S12, allongement jusqu'à S72 de la bithérapie anti-VHC avec mesures d'accompagnement sur la réponse virologique soutenue chez des patients VHC de génotype 1 et 4 non répondeurs et co-infectés par le VIH.

HEPAVIH : Collaboration inter cohortes et centres cliniques de sujets co-infectés par le VIH et par le VHC. L'objectif est de préciser l'histoire naturelle de la co-infection VIH/VHC en termes de morbidité, mortalité et de ses déterminants afin de mieux comprendre les interactions entre ces deux virus et leurs traitements.

HIFLUVAC : Etude de phase II randomisée évaluant l'immunogénicité et la tolérance du vaccin antigrippal A(H1N1)v adjuvanté comparativement au vaccin antigrippal A(H1N1)v non adjuvanté chez des patients infectés par le VIH.

MONOI : Essai randomisé de non infériorité comparant la capacité à maintenir le succès virologique d'une stratégie de traitement simplifié par une monothérapie d'inhibiteur de protéase boosté, le darunavir/r (TMC114/r), par rapport au maintien d'une trithérapie comportant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) associés au darunavir/r (TMC114/r) chez des patients infectés par VIH-1, en succès immunovirologique.

QUANTISPOT : Etude de la concordance entre les résultats de l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine et le QuantiFERON TB Gold In-Tube, le T-SPOT.TB (tests mesurant la production d'interféron) chez des patients infectés par le VIH à des niveaux d'immunodépression et d'exposition différents au bacille de la tuberculose.

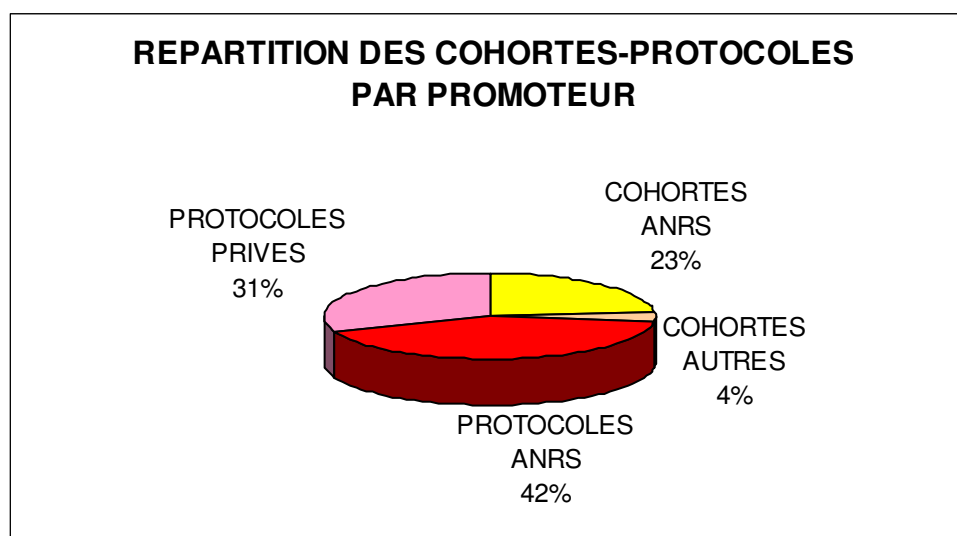
TIPI : Essai pilote multicentrique évaluant la capacité d'une stratégie de traitement anti-rétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique chez des patients infectés par le VIH-1, jamais traités, et ayant un nombre de lymphocytes CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$

TRIO : Essai pilote évaluant l'efficacité à S24 d'un traitement anti-rétroviral associant le MK-0518, le TMC114/r et TMC125 chez les patients infectés par le VIH en échec virologique et porteurs de virus multi-résistant.

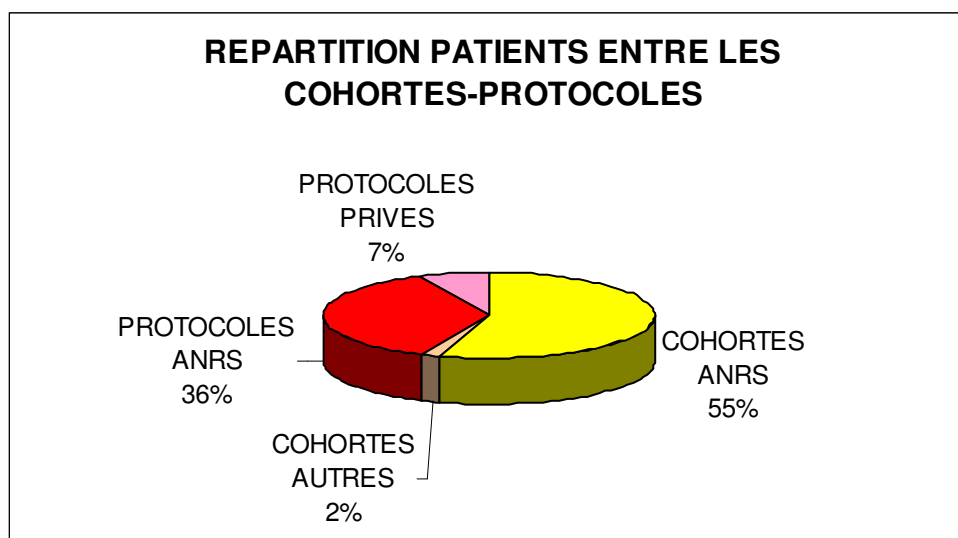
VAC-VHB : Essai de stratégie vaccinal randomisé multicentrique de phase III comparant l'immunogénicité et la tolérance de trois schémas de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez des patients infectés par le VIH ayant des lymphocytes T supérieurs à $200/\text{mm}^3$.

VALPARAISO : Evaluation, chez des hommes homosexuels infectés par le VIH, non traités par anti-rétroviraux, de l'impact de la restauration immunitaire induite par l'initiation d'un traitement ARV sur la prévalence et l'incidence des dysplasies de la muqueuse anale et de l'infection par le papillomavirus.

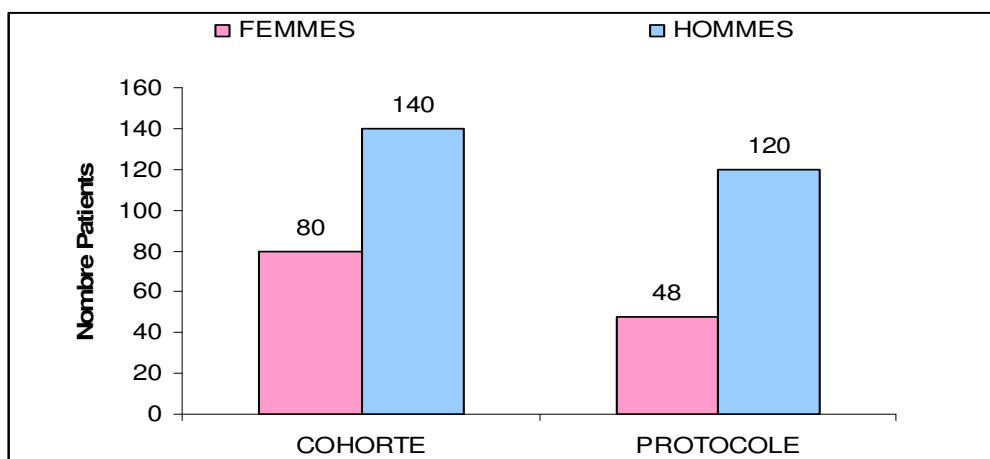
NOMBRE DE PATIENTS INCLUS PAR PROTOCOLE / COHORTE - HOPITAL BICHAT		
COHORTES	2H	35
	COHORTE PRIMO	33
	COHORTE VIH2	60
	COPANA	73
	COPILOTE	7
	HIV CONTROLLER	4
	LIPOAFRI	8
Total COHORTES		220
PROTOCOLES	APOLLO	2
	BBOOST	2
	ECHO	7
	ETOC	3
	GS US 183 0145	4
	HEPAVIH	26
	HIFLUVAC	18
	MARAVIROC EAP	4
	MK-0518 (Anti-Intégrase)	1
	MONOI	3
	PRETHEVIC	2
	QUANTISPOT	67
	SPRING GSK 112276	5
	TIPI	2
	TMC 114C229	2
	TMC 218C204	2
	TMC114 C211	2
	TRIO	3
	VAC-VHB	13
Total PROTOCOLES		168



Au cours de l'année 2009, 388 patients de la file active de Bichat ont participé à la recherche clinique.

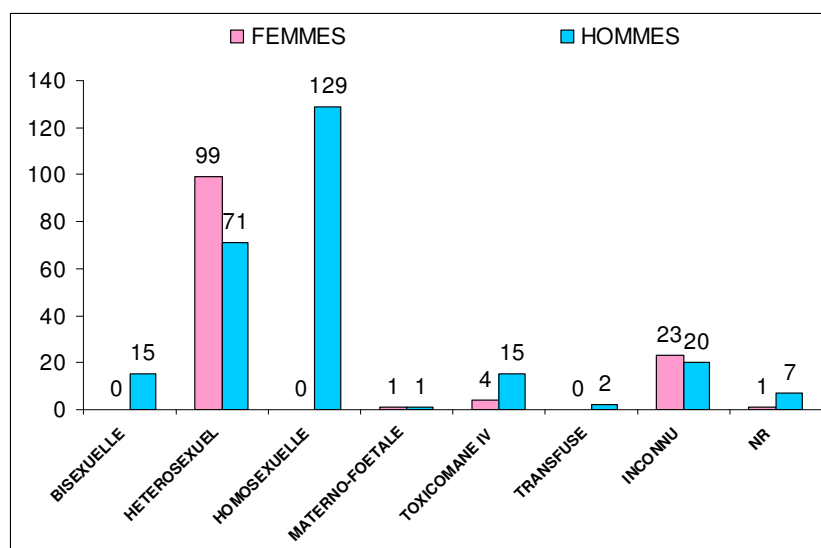


128 femmes et 260 hommes ont eu au moins 1 consultation « recherche clinique » à Bichat dont 220 patients dans le cadre d'une cohorte et 168 d'un protocole clinique.



B- Profil des patients participant à la recherche clinique à Bichat

1) Répartition de la voie de contamination par le sexe

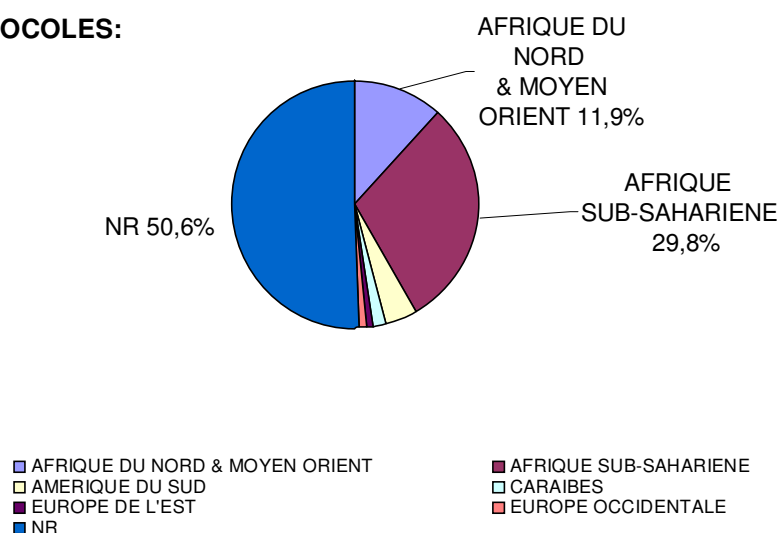


Pour les patients participant à la recherche clinique à Bichat, la contamination par voie hétérosexuelle est prédominante pour les femmes. Par contre la plupart des hommes a été contaminée par voie homosexuelle. La contamination par utilisation de drogues IV est trois fois plus importante pour les hommes.

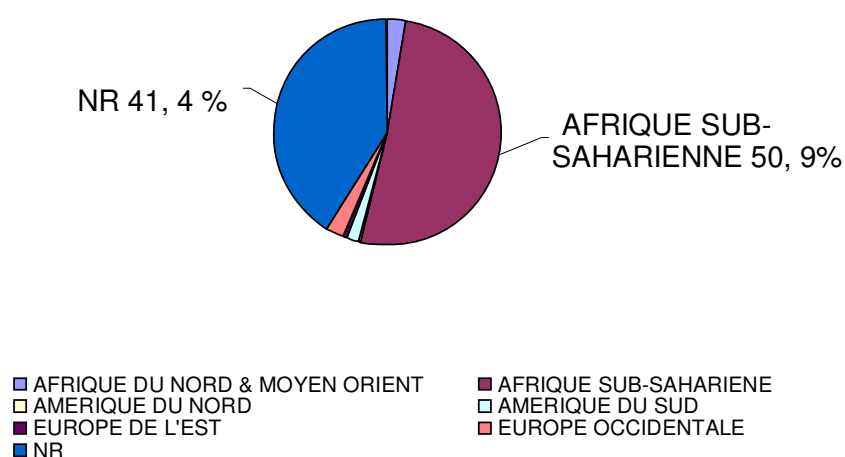
2) Pays de séjour de plus de 6 mois

Le champs « origine géographique » n'existe pas dans la base de données Nadis. Le seul paramètre susceptible de fournir une indication sur l'origine des patient est le « pays de séjour de plus de 6 mois ». Quand il est non renseigné, cela suggère qu'il s'agit de patients français.

PROTOCOLES:



COHORTES:



Dans les cohortes, plus de la moitié des patients sont originaires d'Afrique sub-saharienne. Dans les protocoles, ils représentent 30 %.

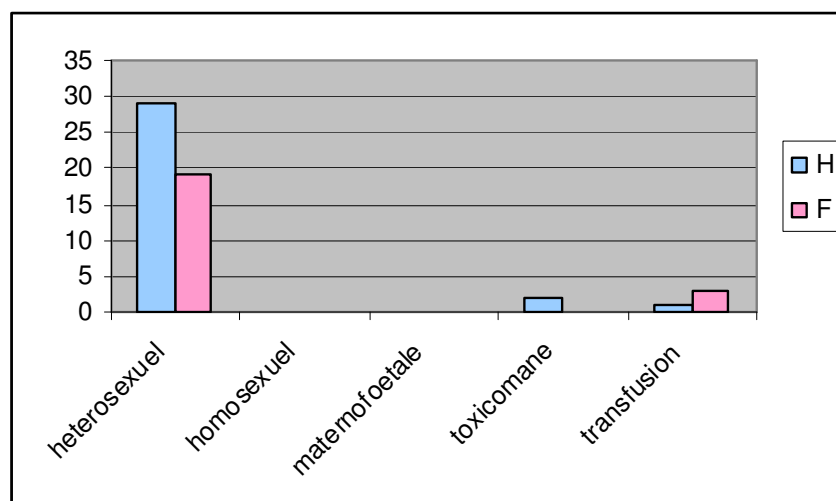
A Bichat, 30 % des patients inclus dans des cohortes le sont dans la cohorte VIH2. 80 % des patients de la cohorte VIH2 sont originaires d'Afrique sub-saharienne.

IV- Autres Hôpitaux de la COREVIH IDF Nord

Les Hôpitaux de BEAUJON [92], PONTOISE et EAUBONNE [95] ont également une activité de recherche clinique. Ils comptabilisent 54 patients *(31 hommes et 23 femmes)* inclus dans des études : 40 dans des cohortes et 14 dans des protocoles ANRS

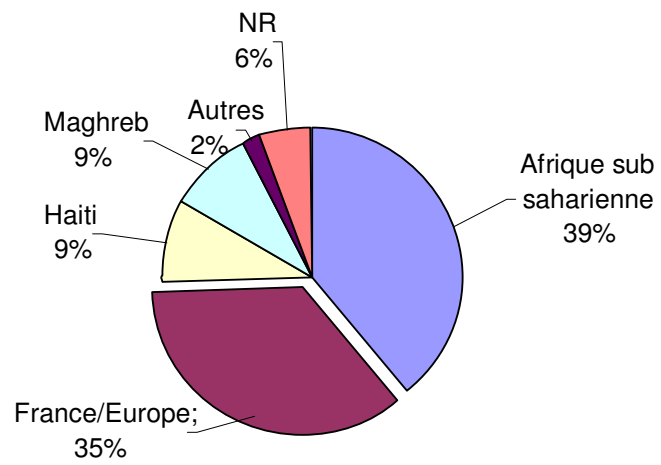
	PONTOISE	EAUBONNE	BEAUJON
Etudes	Nb patients	Nb patients	Nb patients
VIH2	13	4	4
LYMPHOVIR	1	0	
HIV Controller	1	1	
PRIMO		2	3
COPANA			10
VAC B			13
RES-O			1
BBOOST			1
TOTAL	15	7	32

Mode de transmission



Le facteur de risque prédominant est hétérosexuel

Répartition par pays de naissance



Annexe 4 :

Activité de dépistage CDAG Bichat - Claude Bernard

Nombre de consultations : 12027 :

- 6151 premières consultations
- 5876 consultations pour des résultats

Nombre de premiers tests VIH réalisés : 5965 (File active du CDAG)

- 76 tests positifs -> taux de dépistage positif : 1,27%
- 58 découvertes VIH
- 9 primo-infections
- 9 autres : début de prise en charge, contrôle de la séropositivité après soin par un tradipraticien.

Annexe 5 :

Bilan 2009 des accouchements des femmes séropositives à la Maternité de Bichat – Claude Bernard.

66 accouchements de femmes séropositives en 2009.

Le terme de l'accouchement en médiane est 38 SA + 3j [34 SA + 0j ; 41SA + 6j].

7 femmes ont découvert leur séropositivité au cours de leur grossesse en 2009.

67 bébés nés [1 grossesse gémellaire].

Pour l'année 2009 : **0** BÉBÉ CONTAMINÉ À CE JOUR

DESCRIPTION DES PATIENTES A L' ACCOUCHEMENT

Age médian (ans)	32 [21 - 40]
Accouchement par césarienne	(38 sur 66) soit 56 %
Accouchement par voies basses	(28 sur 66) soit 44 %
VIH-1	66/66
Médiane des CD4 /mm3	489 [166 - 911]
CV VIH-1 indétectables 85% dont	33 < 20 cp/ml 4 < 40 cp/ml 19 < 50 cp/ml
CV VIH-1 détectables	10 cas / 66 1 ND

PAYS D'ORIGINE DES PATIENTES

	N
Indéterminé	2
France	1
Afrique Sub-saharienne	62
Afrique Nord	1

La majorité des patientes sont originaires d'Afrique Sub-saharienne (97 %) dont 35 % de Côte d'Ivoire et 20 % du Cameroun.

TRAITEMENT

Traitement reçu durant les 4 semaines précédant la grossesse

	N	%
Sans traitement	30	45.5
Trithérapie	33	50
Quadrithérapie	1	1.5
Indéterminé	2	3

Trithérapie : CBV, LPV/RTV [13] ; KIV, LPV/RTV [9] ; TVD, LPV/RTV [3] ; CBV, NVP [2] ; ABC, AZT, LPV/RTV ; CBV, ATV/RTV ; CBV, FPV/RTV ; 3TC, DDI, FPV/RTV ; CBV, ATV ; CBV, SQV/RTV ; FTC, DDI, NVP ; KIV, ATV/RTV ; NVP, AZT, SQV/RTV ; 3TC, DDI, SQV/RTV ; TVD, NVP

Quadrithérapie : 3TC, DDI, LPV/RTV, RTV

N=1 si pas indiqué

Traitement reçu au cours du 1^{er} trimestre de grossesse

	N	%
Sans traitement	26	39.4
Trithérapie	39	59.1
Quadrithérapie	1	1.5

Trithérapie : 3TC, DDI, FPV/RTV ; 3TC, DDI, SQV/RTV ; AZT, ABC, LPV/RTV ; CBV, ATV ; CBV, ATV/RTV ; CBV, FPV/RTV ; CBV, SQV/RTV ; FTC, DDI, NVP ; KIV, ATV/RTV ; NVP, AZT, SQV/RTV ; TVD, NVP ; CBV, NVP [2] ; TVD, LPV/RTV [3] ; KIV, LPV/RTV [9] ; CBV, LPV/RTV [14]

Quadrithérapie : 3TC, DDI, LPV/RTV, RTV

N=1 si pas indiqué

Traitement reçu au cours du 2^{ème} trimestre de grossesse

	N	%
Sans traitement	1	1.5
Bithérapie	1	1.5
Trithérapie	63	95.5
Quadrithérapie	1	1.5

Bithérapie : CBV Trithérapie : 3TC, DDI, FPV/RTV ; 3TC, DDI, LPV/RTV ; 3TC, DDI, SQV/RTV ; ABC, AZT, LPV/RTV[4] ; CBV, ATV ; FTC, DDI, NVP ; KIV, ATV/RTV ; NVP, AZT, SQV/RTV ; TVD, NVP ; CBV, SQV/RTV [2] ; TVD, LPV/RTV [2] ; CBV, NVP [2] ; KIV, LPV/RTV [10] ; CBV, LPV/RTV [35] ;

Quadrithérapie : 3TC, DDI, LPV/RTV, RTV

N=1 si pas indiqué

Traitement reçu au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse

	N	%
Bithérapie	1	1.5
Trithérapie	64	97.0
Quadrithérapie	1	1.5

Bithérapie : CBV Trithérapie : 3TC, DDI, LPV/RTV, RTV ; 3TC, DDI, SQV/RTV ; ABC, AZT, LPV/RTV [4] ; CBV, ATV ; FTC, DDI, NVP ; KIV, ATV/RTV ; NVP, AZT, SQV/RTV ; TVD, NVP ; 3TC, DDI, FPV/RTV ; CBV, NVP [2] ; CBV, SQV/RTV [3] ; 3TC, DDI, LPV/RTV [3] ; KIV, LPV/RTV [12] ; CBV, LPV/RTV [33]

N=1 si pas indiqué

Annexe 6 :

Bilan complémentaire d'activité Hôpital René Dubos (Pontoise)

I- Fonctionnement du Service

L'équipe prenant en charge les patients VIH est composée :

- Sur le plan médical
 - 2 praticiens hospitaliers temps plein qualifiés :
 - * Dr L. BLUM : Médecine Interne Dermatologie et rattaché au Service de Médecine Interne- Médecine Post Urgence-Dermatologie
 - * Dr P. HERVIO : Hépatogastroentérologue et rattachée au Service d'Hépatogastroentérologie

L'activité consacrée au patient VIH s'intègre à leur activité de spécialité respective. Chaque praticien assure respectivement le suivi de 85% et 15% de la file active.

Les patients VIH sont hospitalisés prioritairement dans l'unité de médecine-dermatologie.

Le traitement des co-infections VHB et VHC est assuré par le praticien hépatogastroentérologue.

Il n'y a aucun médecin vacataire.

Aucune vacation n'est spécifiquement dédiée à la prise en charge du patient VIH dans les autres disciplines (endocrinologie, cardiologie...).

Une concertation multidisciplinaire se fait habituellement en hôpital de jour. Il existe souvent un référent pour chaque spécialité. C'est le cas de la proctologie, la cardiologie, la diabétologie et la chirurgie plastique (lipodystrophie).

- Sur le plan paramédical
 - 1 psychologue assure des consultations 3 jours par semaine. Son activité est centrée pour partie à la prise en charge des patients VIH ; l'autre à la prise en charge de patients alcooliques. (M. Le Merdy)
 - 4 infirmières formées à l'éducation thérapeutique : 2 infirmières de consultation externe de médecine et 2 infirmières de l'Hôpital de jour. Cette activité s'intègre à leur activité de consultation externe et d'Hôpital de jour sans qu'il y ait un temps spécifique dédié à cette activité.
 - 1 assistante sociale temps plein qui répond au besoin de toute la file active VIH. Elle assure également le suivi social de tous les patients hospitalisés dans le service de 40 lits de médecine interne, néphrologie, médecine post urgence, dermatologie et d'hémodialyse.
 - 1 diététicien. Aucun temps spécifique n'est attribué à la prise en charge diététique des patients VIH. Des consultations sont effectuées à la demande dans le cadre de l'hôpital de jour ou en hospitalisation traditionnelle.

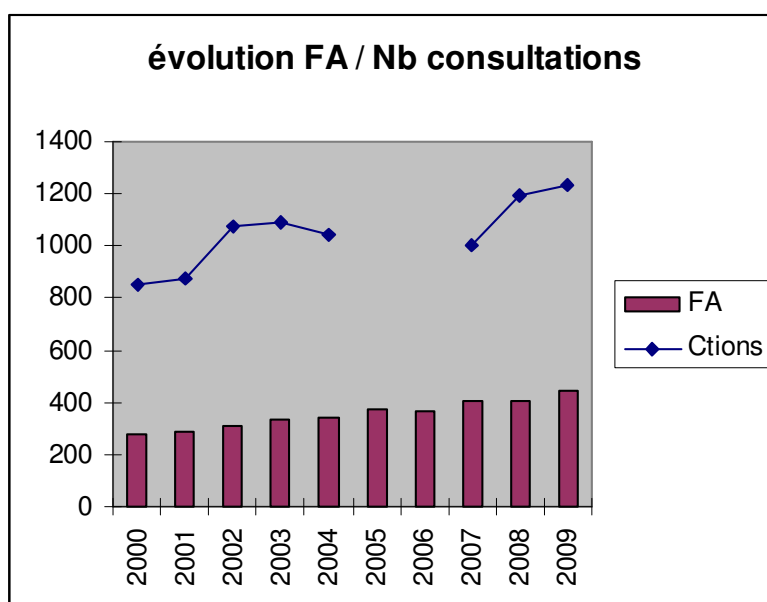
II- Description de la file active 2009

A- Structures ambulatoires

- En Consultation Externe de médecine avec 4 consultations externes par semaine dont 2 accueillent spécifiquement les patients VIH ou les patients après risque d'exposition sanguine ou sexuelle. Une consultation est également assurée toutes les trois semaines à la maison d'arrêt d'Osny.

Evolution de la file active et des consultations

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
File active	281	284	308	331	344	375	369	402	407	444
Cs. Ext.	849	876	1074	1092	1046			1001	1195	1230



- L'Hôpital de jour de médecine regroupe les spécialités de gastroentérologie, rhumatologie, neurologie et dermatologie.

B- Structure d'hospitalisation

Les hospitalisations ont lieu dans l'unité médecine-dermatologie mais également dans des services de spécialité (par exemple oncologie, hémodialyse...) ou dans des services pour une prise en charge indépendante de la pathologie VIH.

Hospitalisation traditionnelle* et hôpital de jour**

Activité VIH / SIDA 2009	File active (nb patients VIH suivis)			Consultations (source : ?????)			Hospitalisation partielle (de jour) (source : PMSI)			Hospitalisation complète (source : PMSI)								
				Nb de Consultations			Nb de séjours ⁽¹⁾			Nb de séjours ⁽¹⁾ de 0 ou 1 jour (CM24)			Nb de séjours ⁽¹⁾ ≥ 2 jours			DMS ⁽²⁾		
				Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Toutes pathologies	Toutes pathologies hors VIH	VIH tous séjours
	Total	dont stade C	Nouveaux patients															
HÔPITAL RENE DUBOS																		
Hopital	442	127	53*	nd	1230	nd	27396	469	1,71%	5735	29	0,51%	24901	145	0,58%	7,94	7,94	7,90

- 643 séjours en 2009
- 469 séjours en Hospitalisation de jour (501 en 2008)
- 174 séjours en Hospitalisation traditionnelle (184 en 2008)

* Hôpital de jour : Hémodialyse (293), HDJ médecine (128), Oncologie Hématologie(40).

** Hospitalisation traditionnelle : unité médecine-dermatologie (102), chirurgie(24), maternité (21).

C- Structure d'accueil et prise en charge des accidents d'exposition au sang et risque sexuel

Le service des urgences médicales assure la permanence des soins. Une procédure écrite a été mise en place pour assurer, de façon permanente, l'accueil puis le suivi des personnes victimes d'AES. Un kit est remis au patient avant de l'adresser au médecin référent dans les 48 ou 72 heures ; ce dernier reste, par ailleurs, joignable si besoin.

Le laboratoire dispose de tests rapides permettant un résultat en 2 heures.

Les victimes d'accidents de travail traitées sont systématiquement revues par le médecin référent, les autres sont suivies à la médecine du travail. Les accidents sexuels sont revus pour réévaluation.

263 personnes victimes d'accidents d'exposition ont été reçues aux Urgences dont 146 dues à un accident de travail et 105 d'exposition au risque sexuel.

69 % des personnes victimes d'accidents sexuels ont été revues en consultation.

Aucune analyse n'a pu être faite concernant les caractéristiques démographiques et circonstances des risques ainsi que concernant les traitements délivrés.

NB : Recueil des data AES : Plusieurs sources ont été croisées (registre des urgences, du laboratoire de bactériologie, de la médecine du travail).

D- Staff pluridisciplinaire

Il n'y a pas de staff clinico-virologique sur place.

Les dossiers posant problèmes sont discutés à l'Hôpital Bichat dans le cadre du staff clinico-virologique du Service SMIT du Pr. Yeni avec une procédure mise en place en 2009 permettant une meilleure transmission des informations et une meilleure communication.

III- Recueil épidémiologique de la file active 2009:

Le recueil des données de la file active en 2009 a été réalisé via le logiciel Excel par une technicienne d'étude clinique mise à disposition par la COREVIH en 2009. En l'absence du DMI2, les données ne remontent pas dans la base nationale (FHDH).

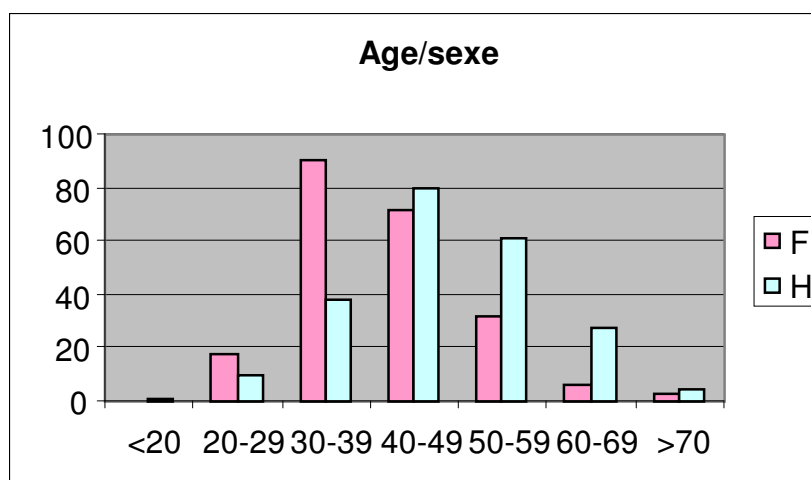
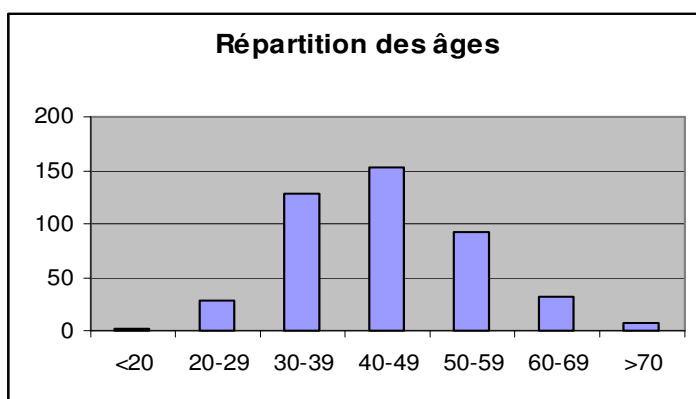
Les années précédentes, le recueil quantitatif était assuré par une secrétaire.

Age / sexe / pays de naissance

Sexe	F	H	Total
Total	221	221	442
Age moyen	41	47,7	44,5
Age médian	40	47	43

Le sexe ratio est égal à 1.

Les femmes sont globalement plus jeunes que les hommes.

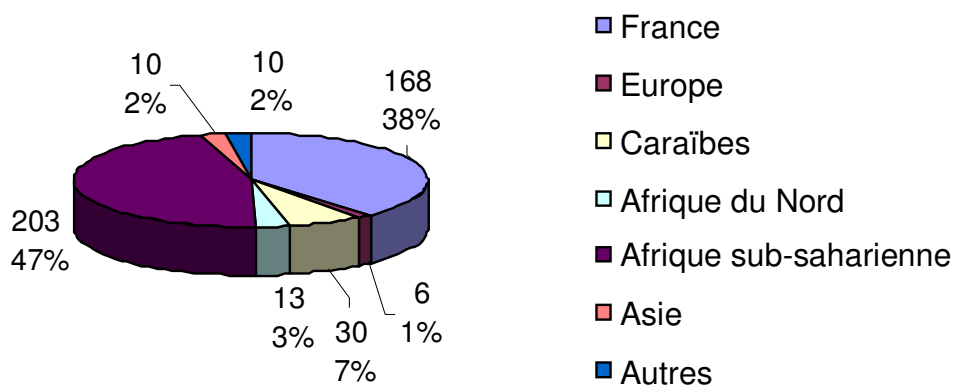


La classe d'âge 40-49 ans est la plus représentée [34%] mais 41% des hommes ont plus de 50 ans.

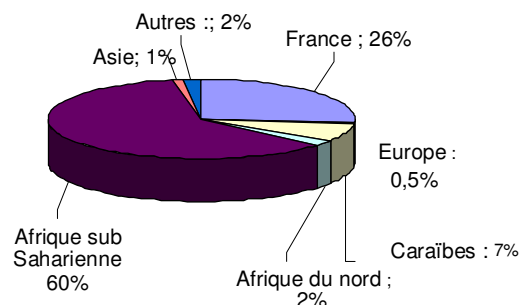
Pays de naissance

Pays de naissance	F	% des F	H	% des H		% total
France	58	26%	110	50%	168	38%
Europe	1	0%	5	2%	6	1%
Caraïbes	16	7%	14	6%	30	7%
Afrique nord	5	2%	8	4%	13	3%
Afrique sub-saharienne	133	60%	70	32%	203	46%
Asie	3	1%	7	3%	10	2%
Autres	4	2%	6	3%	10	2%
TOTAL	220		220		440	

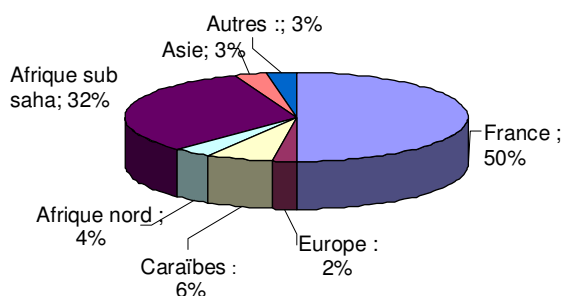
Pays de naissance



Pays de naissance des femmes

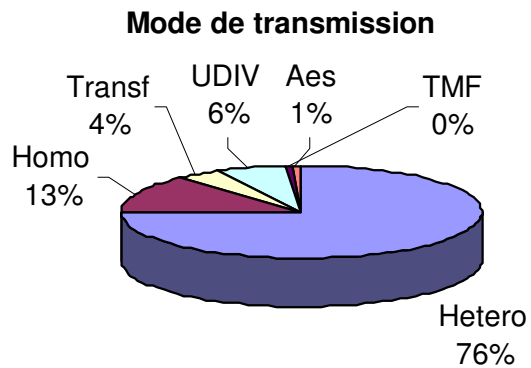


Pays de naissance des Hommes



Une grande majorité des femmes sont nées en Afrique subsaharienne (60%).

Facteurs de risque de transmission



Le facteur de risque prédominant est :
hétérosexuel [76%], la toxicomanie
représente 6% des cas.

Durée de séropositivité [date de dépistage]

Durée de séropositivité	n		42% des patients sont séropositifs depuis plus de 10 ans
> 20 ans	31	7%	
10-20 ans	156	35%	
5-10 ans	112	25%	
< 5 ans	141	32%	
Total	440		

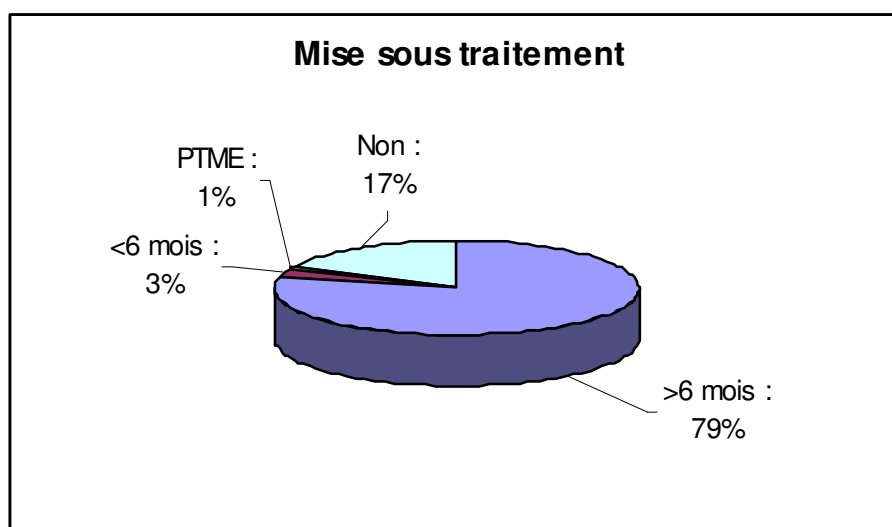
Maladies classant SIDA		127	29% des patients sont au <u>stade C</u> (127)
tuberculose	35	28%	
pneumocystose	25	20%	
toxoplasmose	20	16%	
Kaposi	15	12%	
candidose oesoph.	13	10%	
lymphome	7	6%	
cryptococcose	4	3%	
cachexie	4	3%	
isosporidiose	1	1%	
L.E.M.P.	1	1%	
autres	2	2%	

Co-infections :Hépatite B et C

Co-infections	81	19%	nd 25	417		
VHB	37	9%	DNA+	11	30%	
VHC	39	9%	PCR -	17		8 traités- guéris
						8 guérisons spontanées
						1 en cours Tt
			PCR +	18		1 échec de traitement
						16 non traités, (dm :1)
VHB/VHC	5	1%	PCR+	5		5 non traités

Une co-infection est présente chez 19% des patients mais 50% des patients VHC ont une PCR VHC négative et 70 % des patients Hbs+ ont un DNA viral B négatif.

Traitements



83% des patients de la file active sont mis sous traitement.
79% le sont depuis plus de 6 mois.

ARV >6 mois et CV <50	280	80%	CD4 ≥ 500	128	46%
			CD4 [350 ;500[	82	29%
			CD4 [200 ;350[	43	15%
			CD4 < 200	14	5%

80% des patients traités depuis plus de 6 mois ont une charge virale indétectable. Parmi eux, 46% ont un taux de CD4 supérieur à 500/mm³.

Données immunologiques des patients non traités

Non traités	77	17%	CD4 ≥ 500	37	48%
			CD4 [350 ;500[	19	25%
			CD4 [200 ;350[	17	22%
			CD4 < 200	3	4%

Parmi les patients non traités 26% ont moins de 350 CD4. Leurs caractéristiques n'ont pas été étudiées.

Traitements antirétroviraux

Traitements ARV	Nb de patients	% ages
2INTI + IP/r	237	66%
2INTI + INNTI	84	23%
Avec II	25	7%
3INTI	4	1%
1 IP/r	2	1%
Autres	12	3%
TOTAL	364	

90 % des patients traités reçoivent un traitement standard (2 nucléosidiques associés à une antiprotéase ou 1 non nucléosidique). Les antiprotéases sont très majoritairement prescrites (66 %). Les anti-intégrases sont prescrites chez 7 % des patients traités. 3 % des patients sont sous multithérapies liés à des échecs.

Nouveaux patients

L'équipe a accueilli 53 nouveaux patients cette année, soit 12 % de la file active.

30 patients sont de nouveaux dépistés en 2009 (40 % au cours d'une hospitalisation et 60 % lors de dépistages/PMI). Le dépistage a été fait à l'occasion d'une grossesse chez 20 % des dépistés (6 grossesses).

Près d'un tiers avait moins de 200 CD4. Un événement SIDA a révélé l'infection VIH pour 6 d'entre eux (20 %) et 2 décès sont à déplorer.

Grossesses

22 grossesses VIH ont été suivies pendant l'année 2009 : 2 fausses couches, 8 sont encore en cours et 12 enfants sont nés. 1 transmission materno-fœtale est à déplorer chez une patiente inobservante, en rupture de suivi en fin de grossesse et pour qui la césarienne a été impossible (travail trop avancé).

Décès

5 décès sont à déplorer dont 2 chez des nouveaux patients dépistés.

Perdus de vue

7% des patients vus en 2008 n'ont pas été revus en 2009.

Après analyse, 4% des patients (15) sont réellement perdus de vue. Une réflexion au sein de la COREVIH est en cours pour mieux analyser et adopter une procédure de vigilance.

UCSA : Maison d'arrêt d'Osny

9 patients de sexe masculin suivis en 2009, d'âge moyen 43 ans, séropositifs depuis plus de 10 ans pour 8 d'entre eux et le dernier étant contaminé depuis moins de 5 ans.

3 patients sont co-infectés par le VHC et l'un d'eux est en cours de traitement.

6 patients sur 9 sont sous antirétroviraux avec une charge virale indétectable (3 sont naïfs).

patients traités	6	Avec CV<50	6
Patients non traités	3	Avec CD4 <350	3
CD4 des 9 patients		CD4 ≥500	2
		CD4 [350 ;500[	1
		CD4 [200 ;350[	4
		CD4 <200	1

Dépistages

Sérologies	Nombre total	positives	Déjà connu
VIH	710	2	2
VHC	423	26	NR

Education thérapeutique

61 consultations d'éducation thérapeutique ont été effectuées pour 31 patients venus entre 1 à 7 fois.

Données indisponibles pour l'hôpital de jour.

Protocoles de recherche

15 patients sont inclus dans des Protocoles ANRS	Cohorte VIH2	13
	LYMPHOVIR	1
	HIV Controller	1

Annexe 7 :

Bilan d'activité 2009 de l'Unité ESCALE (UF 5026)

Temps médical (en ETP)	0.9	0.9	0.9	0.9	1.05	1.05	1.05/0.9	0.9/0.8	0.8/0.9
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
FILE ACTIVE patients VIH+	135	153	167	179	193	208	200	199	204
Patients sous antirétroviraux au long cours	107	116	132	149	146	159	162	159	174
Nouveaux patients	30	39	26	31	36	32	26	31	16
Dont diagnostic de l'infection par le VIH dans l'année	25	23	21	22	24	18	14	13	8
Déclarations SIDA	8	7	3	12	5	3		2	1
Décès	2	2	3	6	2	0	4	0	1
FILE ACTIVE patients suivis pour Accident Exposant au Sang (AES)	40	56	66	88	71	96	94	102	98
Consultations médicales (cs externes + cs HDJ)	915	978	1030	1019	1145	1107	1053	1060	1029
Dont consultations pour AES		155	156	137	169	204	164	188	+ 94H1N1 178
Consultations psychiatre	101	103	106	87	92	61	71	62	72
Entretiens psychologue Groupes d'expression	49* ¹	118* ²	64* ³	140	180	189	108* ⁵ 8	113 2	168 9
Interventions Assistante Sociale	212	195	73* ⁴	287	276	246	210* ⁶	211	127* ⁷
Actes infirmiers : AML cs+HDJ	501	653	825	756	807	941	875	790	775
Aérosols de pentamidine					24	34	24	4	12
Consultations de diététique							14	17	15
Hospitalisations de Jour	42	61	44	24	20	29	58	50	44

* 1 : six mois de congé maternité non remplacé

* 2 : deux mois de vacance de poste

* 3 : six mois de congé maternité non remplacé

* 4 : sept mois de congé maladie et de vacance de poste

* 5 et * 6 : un mois de vacance de poste

* 7 : 4 mois de vacance de poste

L'ESCALE est l'unité spécialisée de prise en charge ambulatoire des personnes atteintes par la maladie VIH/SIDA de l'Hôpital Simone Veil. Mobile et pluridisciplinaire, elle fait partie du service Médecine et du pôle UMA.

I) Commentaire des données d'activité

→ Le nombre total de consultations médicales (hors psychiatre) a légèrement baissé : (- 2,9%) en 2009, par rapport à 2008 : 10 c de moins pour le suivi des AES et 21 C en moins pour les consultations des patients VIH+, alors même que la file active a augmenté de 5 patients, et celle des patients traités au long cours par antirétroviraux de 15 personnes: les progrès thérapeutiques en terme d'efficacité, de tolérance et de simplification des prises médicamenteuses font, que pour de nombreux patients

traités, 3 à 4 longues consultations médicales spécialisées associées pour certains à des entretiens infirmiers d'éducation thérapeutique par an suffisent à une bonne prise en charge de leur maladie VIH/SIDA, ce qui nous permet de prendre en charge plus de patients pour un même volume d'actes de consultation.

Nous avons reçu un peu moins de victimes d'AES qu'en 2008, mais les effectifs sont globalement stables depuis 2006.

Nous avons également reçu moins de nouveaux patients VIH+ cette année :

Moins de patients déjà suivis qui emménagent dans le secteur : on remarque aussi que moins de patients de notre FA 2008 ont quitté l'ESCALE pour déménagement cette année (moins de mobilité en lien avec la crise économique ?).

Moins de nouveau patients découverts VIH+ dans l'année qui ne se sont pas reportés non plus sur l'UMIT : lien avec l'arrêt provisoire de l'activité du CDAG d'Eaubonne et d'Argenteuil depuis l'automne ? Baisse de l'activité de dépistage des médecins traitants ?

- Les consultations psychiatriques et psychologiques ont nettement augmenté : activité de la psychiatre en légère augmentation par rapport à 2008 et activité de la psychologue en très nette augmentation : il s'agit de la 2^{ème} année d'activité de Mlle Nguyen qui est maintenant connue des patients.
On note que 50 patients ont eu recours à un soutien psychologique, soit le quart des patients suivis pour une infection à VIH : l'infection à VIH, malgré son meilleur pronostic reste un grand traumatisme.
- Les interventions sociales : en baisse mais vacance de poste de plusieurs mois et problèmes de recueil des données (activité de remplacement non quantifiée pendant la vacance de poste).
- L'activité IDE en AMI :
En légère baisse (-2%) par rapport à 2008 et en baisse constante depuis 2006 : pour environ 40 semaines de travail effectif dans l'année, l'activité 2009 équivaut à un peu moins de 4 prises de sang par jour. Les patients vont mieux et ils ont maintenant la possibilité de faire tous les prélèvements sanguins en ville, même très spécialisés (cf. dosage des antirétroviraux et génotype VIH). On note une réduction régulière et importante des plages horaires possibles l'après midi et le vendredi pour réception des bilans sanguins par le laboratoire de biologie, alors qu'il existe deux consultations du soir jusqu'à 20h (lundi et jeudi) dans l'unité : des patients, réticents dans un premier temps à faire leur bilan en ville, n'ont de toute façon plus le choix...

Activité IDE ETP :

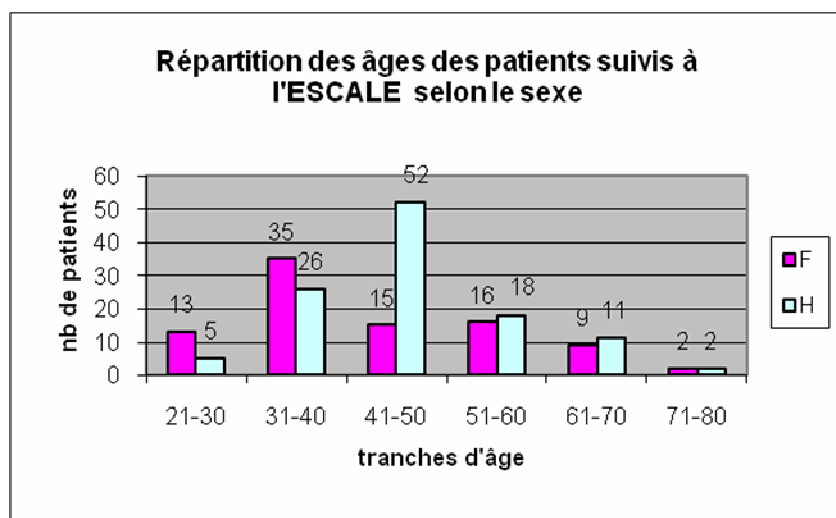
En 2009, il s'agissait de passer d'une activité ETP de l'IDE informelle qui se faisait auparavant à l'occasion des bilans sanguins, à une activité formalisée, avec donc des écrits de restitution. Cette formalisation permettait à l'ETP d'être d'ores et déjà valorisée dans le cadre des HDJ et de se mettre progressivement en conformité avec les circulaires ad hoc pour pouvoir prétendre à de futures valorisations.

La synthèse de la séance d'ETP dans le compte rendu d'HDJ, nécessaire pour sa valorisation, n'a été faite que pour 20 des 37 séances réalisées.

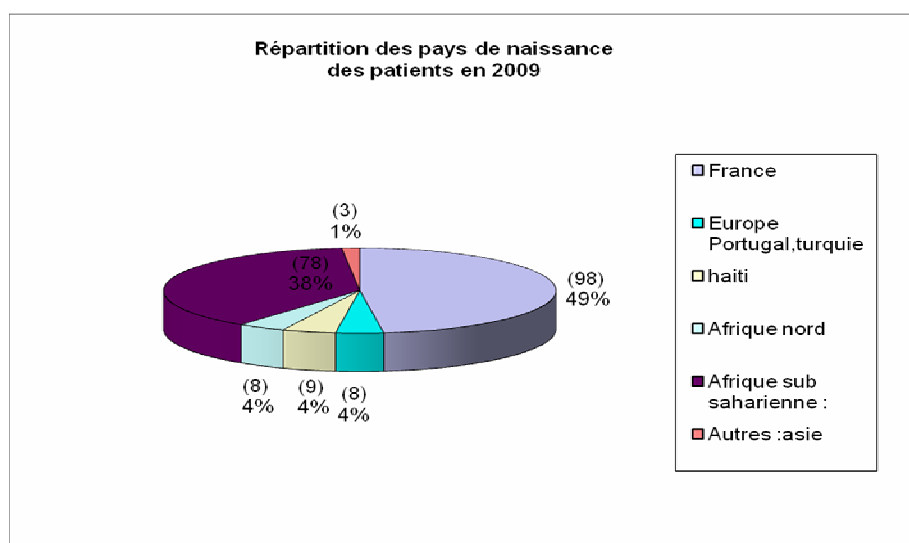
Les consultations diététiques : activité stable.

Les hospitalisations de jour : en nette baisse (-12%) par rapport à 2008 alors que cette activité devrait être en augmentation. L'IDE a rapporté, à plusieurs reprises au cours de l'année, des difficultés de programmation. Un seul des 2 médecins est convaincu, pour l'instant, de leur intérêt.

II) La file active 2009 des patients infectés par le VIH



204 patients ont été suivis. Il s'agit de 114 (56 %) hommes et de 90 femmes.
 124(61%) sont suivis par le Dr. Leprêtre et 80 par le Dr. Gruat.
 La médiane d'âge est de 39 ans pour les femmes et de 46 ans pour les hommes.

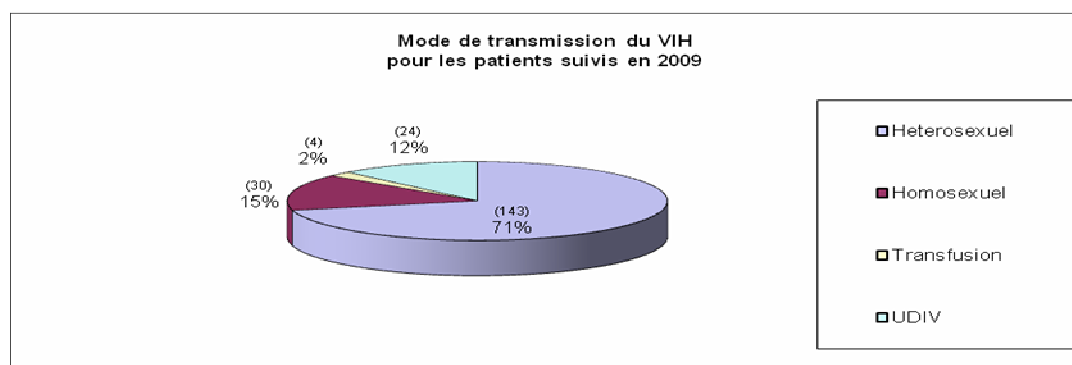


51 % des patients de la file active ne sont pas nés en France avec une forte représentation des pays d'Afrique sub-saharienne. Cette population est très féminine : seules 33 % des femmes de la file active sont nées en France.

12 grossesses, concernant 13 % des femmes, sont survenues.
 2 femmes ont été dépistées VIH+ à l'occasion de leur grossesse.
 6 enfants sont nés, aucun n'est infecté par le VIH.

Toutes les grossesses ont été conjointement suivies par le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital, qui assure également le suivi gynécologique d'une proportion importante des patientes suivies dans l'unité.

Le mode de transmission est hétérosexuel pour près des ¾ des patients.



Gravité de l'infection à VIH

Stade	A	110	54%	A3	27	13%
	B	45	22%	B3	25	12%
Nd 1	C	47	23%	C3	35	17%

42 % des patients sont au stade 3 des CDC : ils ont eu au moins une fois au cours de leur suivi des $CD4 < 200/mm^3$ ce qui signe une infection par le VIH très évoluée, qui même traitée entraîne un sur-risque de mortalité par rapport aux patients pris en charge plus précocement.

Co-infection par l'hépatite B ou C

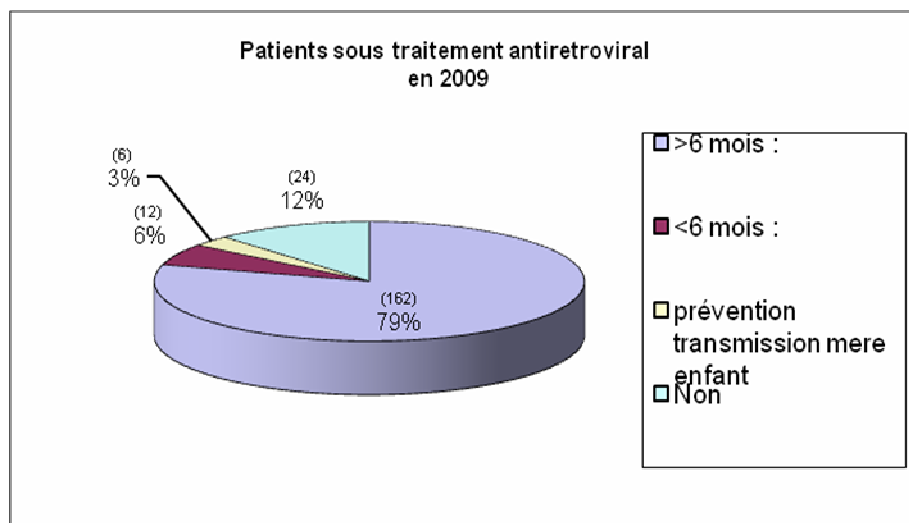
Une co-infection concerne 35 (17 %) patients.

VHB(Aghbs+)	8	4%	ADN VHB+	2	
VHC	26	13%	ARN VHC-	1	8 traités et guéris
				0	2 guérisons spontanées
			ARN VHC+	1	6 échecs de traitement
				5	1 traitement en cours
VHB+VHC	1		ADN VHB+		8 fibroses non évolutives-non traités
					ARN VHC- (guérison spontanée)

Les patients en échec de traitement et présentant une fibrose très évoluée sont référencés à des hépatologues spécialistes de la co-infection VIH-VHC des CHU de Beaujon et Bichat pour pouvoir bénéficier d'éventuels essais thérapeutiques ou d'une inclusion dans un programme de transplantation si nécessaire.

Les patients sous antirétroviraux

174 patients, soit 85 % de la file active, sont traités par antirétroviraux au long cours. Cette proportion a augmenté par rapport aux 2 années précédentes et reflète l'application des recommandations du rapport 2008 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH dans l'unité : seuls 3 patients avec $200 > CD4 < 350/mm^3$ ne sont pas traités, les autres ayant tous des $CD4 > 500/mm^3$.



162 patients sont traités depuis plus de 6 mois et donc évaluables quant à l'efficacité de leur traitement :

80% ont une charge virale < 50 copies/ml et 96 % < 500 copies/ml.

Décès

Une patiente, malheureusement peu observante au suivi médical et aux traitements, est décédée d'un cancer de l'utérus.

III) La prise en charge des AES

A) Rôle de l'unité dans le dispositif

Cette procédure, mise en place en France en 1998 et encadrée par la circulaire interministérielle du 13 mars 2008, permet à toute personne exposée à un risque potentiel d'exposition au VIH récent (<48h) de bénéficier d'un Traitement Post Exposition (TPE) 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 SAU.

L'ESCALE reçoit dans les 96 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 TPE et non personnel de l'hôpital sont reçues au moins une fois à l'ESCALE pour le rendu de leur bilan sérologique et la coordination du suivi ultérieur par le service de médecine du travail de l'établissement concerné.

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

Outre la prise en charge des personnes, dont certaines peuvent nécessiter un soutien psychologique temporaire, cette activité nécessite donc un important travail de coordination, en amont et en aval.

Par ailleurs l'ESCALE assure un rôle de veille quant à l'ensemble des prélèvements effectués au SAU et identifiés AES par le laboratoire de biologie qui nous adresse une copie de tous les résultats au fur et à mesure de leur traitement: dans le cas d'un dépistage positif pour un des trois virus chez le patient source (ou parfois la personne exposée), le médecin de l'unité présent, après avoir obtenu l'observation du SAU, vérifie qu'une prise en charge adaptée est en cours ou la met en place.

B) La file active 2009

98 personnes reçues.

Type d'AES: sexuel pour 48 personnes, professionnel pour 41 personnes (dont 34 professionnels hors GHEM), 9 autres.

Un TPE a été initié au SAU chez 65 personnes. La réévaluation précoce à l'ESCALE a permis d'interrompre, en toute sécurité, 25 traitements.

Parmi les 40 personnes qui ont poursuivi le traitement, le statut sérologique de la personne source était connu positif pour le VIH pour 7 accidents et inconnue pour les autres.

Aucune séroconversion au VIH au VHB ou au VHC n'a été constatée au cours de l'ensemble des suivis.

C) Participation à l'amélioration de la prise en charge globale des AES

- Intervention du Dr Leprêtre : « les actualités de la prise en charge des AES » le 3 mars 2009, au siège départemental de l'AMETIF pour une quarantaine de médecins du travail : l'unité leur adresse chaque année, en relais de suivi, environ 1/3 des personnes de sa file active AES.

- Rédaction du « circuit de prise en charge des personnes victimes d'AES à l'hôpital Simone Veil » par les Dr Leprêtre et Nérome (validé par le CLIN).

- Participation à la révision du « classeur AES » au sein du groupe de travail AES de l'hôpital.

D) Commentaires activité AES

Bien que la file active des patients reçus pour AES ait légèrement baissé (-4 personnes) par rapport à 2008, le nombre de TPE instaurées au SAU a augmenté (+5 personnes) ainsi que les arrêts de TPE à la consultation de réévaluation précoce (+10) de l'unité, ce qui signe des mises sous traitement par excès au SAU : la circulaire de 2008, qui a restreint les indications de mise sous TPE semble mal connue des médecins du SAU et il est souhaitable d'améliorer sa connaissance. Son application permettrait des économies de kit AES, qui coûte environ 100 euros à l'hôpital, en toute sécurité et avec moins d'effets secondaires (...) pour les personnes concernées.

IV) les activités de formation, de prévention et de recherche

A) La formation

- 15 heures de cours pour le module VIH des étudiants de 1^{ère} année de l'IFSI (médecin +IDE+psychologue) : le cours du médecin a été entièrement refondu cette année, avec l'aide précieuse de la secrétaire.
- 3 heures de cours dans le cadre de la formation des aides-soignantes (IDE).
- stages pratiques des élèves infirmières (IDE): 4.

B) La prévention

- 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 sont toujours à disposition sur le bureau médical et celui de l'infirmière. Des démonstrations autour de leur utilisation peuvent être initiées par l'infirmière ou les médecins.
- De nombreux patients prennent régulièrement des préservatifs, y compris, des préservatifs féminins.
- La journée du 1^{er} décembre 2009 (journée de lutte mondiale contre le SIDA) : suite au rapport de l'HAS sur le dépistage de l'infection à VIH d'octobre 2009, rédaction d'un article pour « convergences », le journal de l'hôpital, afin de sensibiliser la communauté des soignants au problème du retard de dépistage de l'infection à VIH en France.

C) La recherche

L'unité participe depuis plusieurs années à des études de cohortes observationnelles promues par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida : cohorte ANRS PRIMO pour les patients suivis dès le stade de primo-infection par le VIH, cohorte ANRS VIH2 pour les patients infectés par un VIH rare, le VIH2.

Depuis 2009, nous participons à 2 études nouvelles : l'étude « ANRS opportunités » qui vise à contribuer à la compréhension des déterminants du retard de dépistage et l'étude de cohorte ANRS « HIV controllers » qui étudie les personnes dont la charge virale est spontanément indétectable depuis plus de 5 années de suivi.

V) participation aux groupes de travail de l'hôpital

- L'infirmière est :
 - membre du groupe de travail AES,
 - membre du groupe « professionnels aux missions transversales », créé par la D.S.O. en 2007,
 - membre élu de la CSO, et à ce titre présente au CLAN et pilote du groupe de travail GDT (glissements de tâches).
- Le médecin responsable est membre du groupe de travail AES.

VI) participation à la COREVIH ile de France Paris Nord et EPP

Rappelons que le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 a instauré les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) dont les missions sont de :

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

- Le médecin responsable de l'unité est membre titulaire du comité (collège 1) et est co-animatrice du groupe de travail virologie.
- Le Dr Gruat, attaché est animateur du groupe « recueil médico-épidémiologique » en qualité de responsable du SSR de l'hôpital de Magny en Vexin.
- L'IDE fait parti du groupe de travail ETP.

Dans le cadre de la mission d'évaluation des pratiques professionnelles des COREVIH, une analyse épidémiologique comparative des files actives des patients VIH au 01/10/09 sur les sites de Pontoise, Euibonne et Bichat a pu être réalisée. Les files actives de l'ESCALE et de l'UMIT (197+41 patients) ont été analysées ensemble. Les résultats, en matière d'utilisation de schémas thérapeutiques standards et de succès virologique, sont comparables entre les 3 sites.

VII) Formations

La secrétaire de l'unité a suivi 3 formations au cours de l'année 2009 :

- ½ journée de formation sécurité incendie,
- 3h en sujet avec le PMSI,
- 1 journée concernant l'identito-vigilance.

L'IDE a bénéficié de plusieurs formations :

- 1 journée soins palliatifs,
- 3 jours sur l'éthique,
- 2 journées dénutrition,
- 1 journée COREVIH sur l'ETP,
- 3 jours ETP,
- 1 journée rôle membre CSSI.

Le Dr Leprêtre s'est rendue aux 2 formations suivantes :

- 2 journées de séminaire de recherche clinique de l'ANRS.
- 2 journées congrès annuel de la Société Française de Lutte contre le Sida

VIII) Vie du service

Au cours de l'année, 2 réunions plénières ont eu lieu.

- Depuis début 2009, l'ESCALE et l'UMIT bénéficient du travail de recueil de données statistiques des Files Actives des patients VIH+ et d'appui technique pour l'activité de recherche, effectué par Martine Deschaud, Technicienne d'Etudes Cliniques détachée de notre COREVIH pour le val d'Oise, à 1/4 temps dans notre établissement. Son travail s'inscrit dans une des missions des COREVIH qui est d'étendre le recueil informatisé des données épidémiologiques et cliniques concernant les patients infectés par le VIH, à l'ensemble des structures hospitalières qui leur sont rattachées. Les services informatiques des hôpitaux René Dubos et Simone Veil ont refusés cette année d'autoriser l'accès au programme e- NADIS qui était demandé par la COREVIH et tous les médecins concernés. Ce recueil est donc, pour l'instant « manuel ». Il a permis une première présentation des FA à la réunion plénière annuelle de la COREVIH du 09/12/09.
- Le départ de Melle A. Rousseau du poste d'assistante sociale mi-temps ESCALE et mi-temps SAU en mai a été l'occasion d'une réflexion du service social sur ce poste qui a vu se succéder 3 personnes en peu d'années. Le poste est maintenant un mi-temps ESCALE et un mi-temps pneumologie. Mme L. Morisset a pris ce poste en septembre et s'est très rapidement intégrée au travail de l'unité.
- La fin de l'année a été marquée par l'organisation, sur un temps très court, de la vaccination contre la grippe A pour les patients de l'unité : nous avons été averti de la nécessité d'organiser la vaccination des personnes infectées par le VIH à partir des services cliniques avec possibilité de vacciner sur site mi novembre.

En accord avec le chef de pôle, nous avons décidés de vacciner sur site. 2 semaines ont été consacrées à l'appel téléphonique des patients et à la réorganisation des plannings. 85 personnes ont pu être vaccinée entre le 23/11/09 et le 13/01/10 dont 10 ont reçu 2 injections.

- Enfin, Melle M.-A. KOZA, IDE de l'unité depuis sa création, en 1995, a annoncé, début décembre, son départ de l'unité pour un projet novateur au sein de l'établissement. Elle sera regrettée par de nombreux patients et nous rendons hommage au travail accompli durant ces quinze années.

Personnel de l'unité au 31/12/2009

- Mr N. GRUAT : praticien attaché (3 demi journées/semaine depuis septembre),
- Mme M-A KOZA : infirmière plein temps,
- Mme A. LEPRETRE : médecin responsable, praticien hospitalier mi-temps,
- Melle A. NGUYEN : psychologue mi-temps,
- Mme M. REY-CAMET : praticien attaché psychiatre, détaché du service du Dr BRUNET-CHAUVINEAU (0,5 demi journée/semaine),
- Mme L. MORISSET : assistante sociale à mi-temps,
- Melle P. TOMORSZKY : secrétaire médicale plein temps.

IX) Projets 2010

◆ Les HDJ

L'évolution favorable sous traitement de nombres de nos patients, qui permet un suivi médical spécialisé ambulatoire presque routinier pour certains ne doit pas faire perdre de vue que 20 à 25 % des patients de la file active nécessitent des soins plus complexes, pluridisciplinaires et soutenus : les nouveaux dépistés, les femmes enceintes, les patients qui doivent débiter un traitement, les patients aux lourdes co-morbidités, les patients qui ont des difficultés d'observance thérapeutique.

Par ailleurs, les patients suivis au long cours vieillissent et prennent des molécules dont la toxicité au long cours risque d'apparaître au fil du temps. Le bilan annuel en HDJ (circulaire du 19 novembre 2007 relative à la tarification GHS du bilan de synthèse annuel dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH), tel qu'il a été pensé, permet de faire une synthèse clinique et biologique complète et d'aborder tous les aspects de la prise en charge. Elle est particulièrement destinée à ces patients. Il permet en outre au médecin traitant de disposer d'un document complet et synthétique annuel bien utile.

Ces HDJ sont également le seul moyen actuellement de valoriser des recours qualitativement importants pour certains de nos patients (ETP de l'IDE, soutien social, soutien psychologique, conseil diététique) dans le cadre de la T2A.

Cela demande d'accepter de changer ses habitudes et une charge de travail supplémentaire par rapport au suivi en consultation, tout à fait absorbable cependant.

Gageons que la raison finit toujours par s'imposer : l'objectif pour 2010 est « de redresser la barre » et dépasser 50 HDJ (objectif limité compte tenu de la vacance de poste IDE actuelle).

◆ ETP

Formation validante à l'ETP de 3 jours par l'organisme « temps clair » sur un financement obtenu auprès d'un laboratoire pharmaceutique pour le médecin responsable de l'unité en mars et l'IDE en septembre.

◆ Redéfinition du profil de poste de l'IDE

Dans le contexte actuel d'optimisation de l'utilisation des ressources humaines et compte tenu de la baisse de l'activité de ce poste depuis plusieurs années, il nous faudra nous réorganiser avec un poste IDE à mi-temps, et en attendant le recrutement, sans IDE du tout... Ce profil de poste est actuellement travaillé avec la précieuse collaboration de Mme Maryvonne Fournier, cadre de santé.

◆ AES

Elaboration d'outils, en collaboration avec le SAU dans l'objectif de contribuer à réduire les mises sous traitement inutiles et améliorer la prise en charge des AES sexuels (rédaction d'une fiche d'information à leur intention).

◆ Activité COREVIH

En collaboration avec l'hôpital de Pontoise : affiner le recueil médico-épidémiologique en y incluant les co-morbidités et les paramètres biologiques du métabolisme glucido-lipidique.

RESEAU DE SANTE PARIS-NORD
DEPARTEMENT MALADIES INFECTIEUSES
ELEMENTS D'EVALUATION DE L'ACTIVITE VIH
RAPPORT POUR LA COREVIH IDF NORD ET LA COREVIH IDF
EST

La mesure d'activité VIH du réseau de santé PARIS NORD au cours de l'année 2009 a reposé sur une enquête menée en Juin 2009, dite RESEVAL.

Cette enquête n'avait pas pour objet d'évaluer le réseau en termes d'activité ou de file active, mais de mesurer la qualité des services rendus par le réseau et le respect des recommandations de suivi.

Elle n'est donc pas adaptée aux besoins des deux COREVIH auxquelles le réseau est affiliée, et qui ont besoin, pour leur rapport d'activité, de déclarer un nombre de consultations VIH réalisées au sein de la COREVIH. Néanmoins, sous certaines conditions, une évaluation minimale est possible par défaut à partir des données de RESEVAL.

Au 1^{er} Juin 2009, 40 médecins généralistes avaient fait signer à au moins un patient porteur d'une virose chronique (VIH/VHB/VHC), un contrat d'inclusion dans le réseau PARIS NORD. 357 patients porteurs de viroses chroniques étaient inclus.

Ce nombre est une borne inférieure des patients suivis par les MG du réseau. En effet, sont probablement préférentiellement inclus les patients qui peuvent bénéficier des services du réseau. **La présente évaluation sous estime donc le nombre de patients suivis par les MG, dans une proportion qu'il est actuellement impossible de déterminer.**

RESEVAL est une enquête menée sur un échantillon de 120 des patients du réseau, suivis par 25 généralistes.

Les données de RESEVAL peuvent dans une certaine mesure être extrapolées pour obtenir un reflet minimal de l'activité des généralistes du réseau. Ces données extrapolées sont très indirectes et ne doivent être considérées que comme un indicateur sous-estimé. La prochaine enquête d'activité du réseau devra tenir compte des exigences des rapports d'activité des COREVIH.

Enfin il est à noter que la grande majorité de ces patients sont suivis par ailleurs par un hospitalier consultant le plus souvent dans l'un des trois centres hospitaliers actifs dans la pathologie VIH et en rapport avec le réseau (Bichat, St Louis et

Lariboisière). Il s'agit donc, pour la plupart, de doublons déjà inclus dans les files actives de ces trois établissements.

Pour l'année 2010, l'évaluation de l'activité des généralistes du réseau devra comprendre, si on veut une estimation plus fiable du niveau d'activité VIH des généralistes du réseau

- Le nombre d'actes annuel de chaque médecins
- Le nombre de patients VIH suivis
- Le nombre de patients VIH suivis inclus dans le réseau
- Le nombre moyen de consultations réalisées annuellement pour chaque patient VIH
- L'existence d'un co-suivi hospitalier
- Le lieu de réalisation de ce co-suivi hospitalier

1.Nombre de patients VIH suivis dans le réseau (file active)

RESEVAL nous indique que 77% des patients inclus dans le réseau depuis 2006 continuent d'être régulièrement pris en charge par leur généraliste.

357 patients ayant été inclus dans le département maladies infectieuses du réseau, la file active pour les trois viroses est donc de : 274 patients régulièrement suivis.

La répartition relative des différentes infections et co-infections est la suivante :

	en % des suivis	Nbe patients
VIH-VHB-VHC suivis	1,09%	3
VIH-VHB suivis	6,52%	18
VIH-VHC suivis	10,87%	30
VIH SEUL suivis	60,87%	167
VHB SEUL suivis	2,17%	6
VHC SEUL suivis	17,39%	48
VHB-VHC suivis	1,09%	3
	100,00%	274

La file active des patients porteurs du VIH inclus dans le réseau est donc de 217.

2. Nombre de consultations VIH effectuées par les généralistes du réseau

Les taux de respect des recommandations de suivi sont dans l'ensemble bons tels qu'ils ressortent de l'enquête RESEVAL.

Les hypothèses suivantes nous paraissent donc raisonnables :

Les données SNIR de l'activité des généralistes de la région parisienne indiquent un nombre moyen annuels d'actes de 4200, et un taux de retouche (nombre de consultations annuelles par patient) de 4.

Ce taux de retouche intègre les patients de tous âges, or les patients les plus âgés sont plus souvent vus, et les plus jeunes moins souvent. L'âge moyen des patients VIH suivis dans le réseau est de 42 ans, ce qui plaiderait pour un taux de retouche plus bas, en revanche ces patients sont porteurs par définition d'une pathologie chronique (VIH), qui fait monter le taux de retouche (surtout si, comme RESEVAL le montre, les généralistes sont impliqués effectivement dans le suivi biologique et thérapeutique) : nous maintenons donc l'hypothèse de quatre consultations chez leur médecin généraliste par an, pour chaque patient VIH inclus dans le réseau.

Dans cette hypothèse, les généralistes du réseau auraient réalisé dans l'année 2009 $217 \times 4 = 868$ consultations pour des patients porteurs du VIH inclus dans le réseau

Dans l'hypothèse d'une activité moyenne de 4200 actes, les 40 généralistes concernés auraient sur la même période réalisé 168.000 actes.

Leur part des actes réalisés pour des patients VIH inclus dans le réseau aurait donc été de 5,2 pour mille.

Le nombre de patients différents qu'ont rencontré ces 40 MG serait de $40 \times (4200/4) = 42000$, et le pourcentage des patients VIH inclus dans le réseau, au sein de la patientèle de ces 40 MG, serait donc de $217/42000 = 5,17$ pour 1000

JP AUBERT, coordonnateur MALADIES INF DU RESEAU PARIS NORD, 13 AVRIL 2010

Annexe : quelques données de l'Enquête RESEVAL

L'année 2009 a été l'occasion de mettre en place pour la première fois l'étude RESEVAL, qui a étudié dans le département Maladies infectieuses les données détaillées concernant les patients

Objectifs

- évaluer le taux de patients encore inclus dans le dispositif réseau, parmi l'ensemble de tous les patients inclus
- Nature des viroses dont ils sont atteints
- place du généraliste dans le binôme MG/hospitalier
- taux de respect de quelques marqueurs de qualité des soins pour les patients VIH
 - Existence d'un suivi alterné effectif
 - Délai de la dernière CV et des derniers CD4 disponibles
- Prestations réseau
 - utilisation par les patients des prestations réseau
 - prestations souhaitées par les MG dans la suite du suivi de leurs patients

Méthode

- Étude rétrospective sur dossiers
- Recueil de données par internet (création d'un site dédié)
- L'étude est proposée à tous les MG ayant inclus au moins un patient dans le département Mal Inf
- Ceux qui ont inclus moins de quinze patients dans le réseau évaluent tous leurs patients
- Ceux qui ont inclus plus de quinze patients n'en évaluent que 15, tirés au sort par le logiciel

Reseval : les médecins

- Nombre de patients inclus dans le département M INF au 1/6/09: 357
- Nombre de médecins inclueurs dans le département M INF au 1/6/09: 40
- Nombre de médecins ayant répondu à l'enquête: 25

Reseval : les patients

Nomre de patients évalués	120	
Nbe de patients restant suivis	92 (77%)	en % des suivis
femmes	14	19%
Âge moyen	42 ans	
VIH-VHB-VHC suivis	1	1,09%
VIH-VHB suivis	6	6,52%
VIH-VHC suivis	10	10,87%
VIH SEUL suivis	56	60,87%
VHB SEUL suivis	2	2,17%
VHC SEUL suivis	16	17,39%
VHB-VHC suivis	1	1,09%

Les résultats ci-dessous concernent uniquement les patients porteurs du VIH

INDICATEUR	NBE DE PATIENTS	SUR 73 PATIENTS VIH SUIVIS
CS HOPITAL DANS L'ANEE ECOULEE	55	75%
CV<3MOIS	40	55%
CV<6MOIS	63	86%
CD4<3MOIS	43	59%
CD4<6MOIS	65	89%

Action du MG	NBE DE PATIENTS	% SUR 73 PATIENTS VIH SUIVIS
SUIVI PARACLINIQUE MG	44	60%
TT VIH EN COURS	58	79%
RENVLT TT PAR MG	31	42%, soit 53% des patients traités
DOSSIER UTILISE	35	48%

PRESTATION UTILISEE	NBE DE PATIENTS	% SUR 73 PATIENTS VIH SUIVIS
DOSSIER UTILISE	35	48%
DEMANDE D'AIDE PSY FAITE	23	32%
DEMANDE D'AIDE DIETETIQUE FAITE	1	1%
DEMANDE DE SOINS DENTAIRES FAITE	0	0%

Nb : l'offre des soins dentaires et l'offre de soins diététiques venaient d'ouvrir quand RESEVAL a été lancée

SOUHAITS DE PRESTATIONS A VENIR POUR LE PATIENT	NBE DE PATIENTS	% SUR 73 PATIENTS VIH SUIVIS
AIDE PSY ENVISAGEE FUTUR	23	32%
AIDE DIET ENVISAGEE FUTUR	12	16%
SOINS DENTAIRES ENVISAGES FUTUR	16	22%
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL SOUHAITE	17	23%
EDUC THERAP SOUHAITE	9	12%

Conclusions

L'enquête RESEVAL montre qu'en 2009, 77% des patients inclus depuis 2006 restaient régulièrement suivis par leur médecin généraliste. Les trois quarts des patients sont au moins porteurs du VIH.

Les indicateurs de qualité de suivi sont très satisfaisants, puisque 75% des patients porteurs du VIH et pris en charge dans le réseau ont rencontré un spécialiste au cours des 12 mois précédents, que 57% ont eu une Charge virale et CD4 dans les trois mois précédents et que 88% les ont eu dans les six mois précédents. Les médecins généralistes sont massivement impliqués dans le suivi, puisque 60% des patients VIH voient leur suivi paraclinique assuré par le généraliste, et que 53% des patients traités bénéficient d'un renouvellement de traitement par leur médecin généraliste. Le dossier du réseau est utilisé une fois sur deux, une demande d'aide psychologique a été faite une fois sur trois. Si les soins dentaires et la prise en charge diététique n'étaient pas utilisés au moment de l'enquête (ils venaient d'être mis en place), ils sont souhaités pour un cinquième à un quart des patients.

3-5 Rue de Metz – 75010 PARIS

Tél : 01.53.24.80.80 – Fax : 01.53.24.80.81

Courriel : coordination@reseau-paris-nord.com Site internet : www.reseau-paris-nord.com

Siret : 379 934 284 00041 Org. De formation : 11752394875

GLOSSAIRE

- **AES** : Accident d'Exposition au Sang
- **ANRS** : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales
- **ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ARV** : Anti Rétro Viraux
- **BLIP** : CV devenue détectable sous traitement, inférieure à 500-1000 copies/ml et à nouveau détectable au prélèvement suivant (en l'absence de changement de traitement), moins d'un mois plus tard.
- **CDAG** : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- **CIDDIST** : Centre d'Informations et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles
- **CLIN** : Comité Local contre les Infections Nosocomiales
- **CM24** : Catégorie Médicale 24 = Hospitalisation de moins de 48 h hormis HDJ.
- **CV** : Charge virale
- **DIM** : Département d'Information Médicale
- **DMI2** : Logiciel utilisé pour le recueil de données hospitalières françaises sur l'infection à VIH. Ce logiciel est une propriété du Ministère de la Santé.
- **DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- **DRASSIF** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France
- **ECIMUD** : Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des malades Usagers de Drogues
- **ETP** : Education thérapeutique
- **HDJ** : Hôpital de Jour
- **PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Outil médico-économique d'analyse de l'activité des établissements de santé MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), ce qui exclut les SSR et les EPS.
- **File Active** : Nombre de patients atteints par le VIH vus au moins une fois en consultation
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **MEC** : Médecin d'Etudes Cliniques
- **MIGAC** : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
- **NADIS** : Logiciel d'usage médical et de recueil des données épidémiologiques pour la prise en charge des patients infectés par le VIH.
- **PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- **PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH
- **RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- **SMIT** : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
- **SSR** : Soins de suite et de Réadaptation
- **T2A** : Tarification à l'Activité
- **TEC** : Technicien d'Etudes Cliniques
- **UCSA** : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
- **VHB** : Virus de l'Hépatite B
- **VHC** : Virus de l'Hépatite C
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine