

Rapport d'activité 2010 du



Président COREVIH IDF NORD : Pr. Patrick YENI

**Bichat Claude Bernard**  
(Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine)  
46, rue Henri Huchard  
75877 PARIS Cedex 18  
Tél. : 01 40 25 80 33 - Fax : 01 40 25 88 23

[www.corevih-idfnord.fr](http://www.corevih-idfnord.fr)



<b>I. Présentation du COREVIH Ile de France Nord . . . . .</b>	<b>p.9</b>
<b>A. Identification . . . . .</b>	<b>p.11</b>
A. 1. Région administrative . . . . .	p.11
A. 2. Territoire de référence . . . . .	p.11
A. 3. Etablissement de santé siège . . . . .	p.11
<b>B. Les Instances du COREVIH IDF Nord. . . . .</b>	<b>p.12</b>
B. 1. Le comité . . . . .	p.12
B.1.a Fonctionnement général du Comité . . . . .	p.13
B.1.b Fonctionnement du collège 3. . . . .	p.13
B. 2. Le bureau . . . . .	p.14
<b>C. Moyens du COREVIH IDF Nord . . . . .</b>	<b>p.15</b>
C. 1. Ressources humaines participant aux missions du COREVIH. . . . .	p.15
C.1.a Situation et mouvements en 2010 du personnel COREVIH. . . . .	p.15
C.1.b Activité des Techniciens d'Etudes Clinique (TEC) . . . . .	p.16
C. 2. Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH . . . . .	p.17
<b>D. Outils développés par le COREVIH IDF Nord . . . . .</b>	<b>p.18</b>
D. 1. Tableau complet des outils de communication interne et externe . . . . .	p.18
D. 2. Le site Internet . . . . .	p.18
<b>II. La file active des patients suivis et ses caractéristiques épidémiologiques . . . . .</b>	<b>p.21</b>
<b>A. Méthodologie du Recueil des données . . . . .</b>	<b>p.23</b>
<b>B. Evaluation de la file active et répartition en fonction de l'activité hospitalière . . . . .</b>	<b>p.23</b>
<b>C. Répartition entre les files actives «validées» et «déclaratives». . . . .</b>	<b>p.24</b>
<b>D. Analyse épidémiologique de la file active : . . . . .</b>	<b>p.25</b>
D. 1. Analyse globale de la file active . . . . .	p.25
D.1.a Répartition par sexe . . . . .	p.25
D.1.b Répartition par âge et par sexe . . . . .	p.25
D.1.c Répartition par mode de contamination . . . . .	p.25
D.1.d Origine géographique . . . . .	p.25
D.1.e Proportions des co-infections VIH-Hépatites . . . . .	p.26
D.1.f Stade évolutif de l'infection VIH . . . . .	p.26
D. 2. Analyse des données chez les patients traités . . . . .	p.26
D.2.a Statut thérapeutique . . . . .	p.26
D.2.b Succès virologique . . . . .	p.26
D.2.c Succès immunologique . . . . .	p.26
D.2.d Répartition par strate de CD4 des patients traités depuis plus de 6 mois et ayant une charge virale<50 copies/ml . . . . .	p.26
D.2.e Répartition par type de traitement . . . . .	p.26
D. 3. Analyse des données chez les patients dépistés en 2010 . . . . .	p.26
D.3.a Répartition par sexe et par âge . . . . .	p.26
D.3.b Répartition par mode de contamination . . . . .	p.27
D.3.c Origine géographique des patients dépistés en 2010 . . . . .	p.27
D.3.d CD4 au moment du dépistage . . . . .	p.27
D.3.e Maladies classant SIDA survenues chez les patients dépistés en 2010 . . . . .	p.28
D. 4. Analyse des données chez les femmes enceintes infectées par le VIH . . . . .	p.28
D.4.a Lieux d'accouchement . . . . .	p.28
D.4.b Pays d'origine . . . . .	p.28

D.4.c Données des patientes à l'accouchement . . . . .	p.28
D.4.d Les traitements . . . . .	p.29
D. 5. Analyse des données chez les enfants infectés par le VIH suivis à l'hôpital pédiatrique Robert Debré (Paris) . . . . .	p.30
D.5.a Analyse globale de la file active . . . . .	p.30
D.5.b Données sur les enfants traités . . . . .	p.30
<b>E. Activités spécifiques dans le domaine du dépistage, de l'éducation thérapeutique et de la médecine libérale . . . . .</b>	<b>p.32</b>
E. 1. Activité de dépistage. . . . .	p.32
E. 2. Activité d'éducation thérapeutique. . . . .	p.32
E. 3. Activité du Réseau de Santé Paris Nord (RSPN). . . . .	p.32

### **III. Analyse qualitative de l'activité du COREVIH . . . . . p.35**

#### **A. Coordination et harmonisation des pratiques : bilan et perspectives des commissions thématiques . . . . . p.37**

A. 1. Fonctionnement des commissions thématiques. . . . .	p.37
A.1.a Commission Recueil Épidémiologique Médico-Social . . . . .	p.38
A.1.b Commission Prévention, Dépistage, Accident d'Exposition au Sang et Education à la santé. . . . .	p.39
A.1.c Commission Femmes, Enfants, Adolescents . . . . .	p.39
A.1.d Commission Troubles Métaboliques . . . . .	p.39
A.1.e Commission Education Thérapeutique du Patient . . . . .	p.40
A.1.f Commission Virologie . . . . .	p.40
A.1.g Commission Activité Budget Communication (ABC) . . . . .	p.41
A.1.h Commission Co-infection et IST . . . . .	p.41
A. 2. Synthèse des projets 2011 . . . . .	p.41

#### **B. Amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients . . . . . p.43**

B. 1. Réunions de concertation pluridisciplinaire . . . . .	p.43
B.1.a Réunion Clinico-virologique . . . . .	p.43
B.1.b Réunion Maternité . . . . .	p.43
B.1.c Réunion Hépatites et Aide Médicale à la Procréation . . . . .	p.43
B. 2. Information des professionnels de santé : « Dépistage et traitement de l'infection par le VIH : les nouvelles recommandations dans le contexte international » . . . . .	p.44

#### **C. Actions Régionales . . . . . p.44**

C. 1. Les Etats Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France . . . . .	p.44
C. 2. Initiatives en inter-COREVIH Ile-de-France . . . . .	p.44
C.2.a Groupe de travail Prison . . . . .	p.45
C.2.b l'Inter-COREVIH Ile de France . . . . .	p.45
C. 3. Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA (1 <sup>er</sup> décembre) . . . . .	p.45

### **IV. Recherche Clinique . . . . . p.47**

#### **A. Acteurs de la Recherche Clinique . . . . . p.49**

#### **B. Activité de la Recherche Clinique . . . . . p.49**

B. 1. Répartition des patients inclus dans les essais cliniques au SMIT de Bichat . . . . .	p.49
---------------------------------------------------------------------------------------------	------

B. 2. Répartition des patients inclus dans les essais cliniques dans les autres hôpitaux du COREVIH IDF Nord . . . . .	p.50
B. 3. Protocoles en cours en 2010 . . . . .	p.50
B.3.a Cohortes . . . . .	p.50
B.3.b Protocoles à promotion industrielle pharmaceutique . . . . .	p.51
B.3.c Protocoles à promotion institutionnelle (ANRS et autres) . . . . .	p.51

**V. Conclusion . . . . . p.55**

**Annexe 1 : les acteurs et partenaires du COREVIH IDF NORD . . . . . 61**

**Travaux des commissions thématiques**

**Annexe 2 : Etude de la prévalence des risques cardio-vasculaires au cours de l'infection VIH . . . . . 63**

**annexe 3 : Enquête EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) . . . . . 65**

**Etablissements de santé**

**Annexe 4 : Maison d'accueil spécialisée (MAS) Maison de Lumière, Magny en Vexin. . . . . 68**

**Annexe 5 : Bilan 2010 de l'unité de soins de suite et de réadaptation des maladies infectieuses du centre hospitalier du Vexin. . . . . 73**

**Annexe 6 : Bilan 2010 du service de médecine interne de l'hôpital Beaujon. . . . . 75**

**Annexe 7 : Bilan 2010 de l'unité ESCALE (Espace Sida Centre d'Accueil Lieu Ecoute), Eaubonne . . . . . 79**

**Annexe 8 : Bilan 2010 du service des maladies infectieuses et tropicales de Bichat . . . . . 83**

**Annexe 9 : Activité VIH 2010 hôpital René Dubos, Pontoise . . . . . 87**

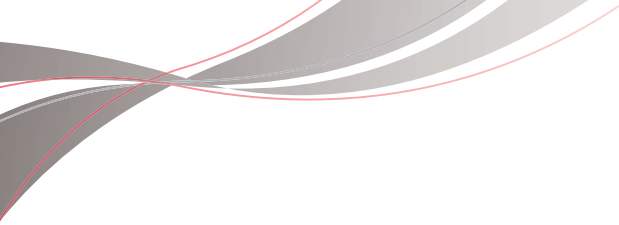
**Annexe 10 : Recherche clinique : cohortes protocoles 2010 . . . . . 90**

**Annexe 11 : bilan 2010 REVIHOP (Réseau Ville Hôpital), Hôpital René Dubos, Pontoise . . . . . 92**

**Associations**

**annexe 12 : Exemples d'actions associatives sur le territoire IDF Nord . . . . . 94**

# Annexes



Mise en place en 2007, la Coordination Régionale de Lutte contre l'infection due au VIH Ile de France Nord remplace le CISIH Bichat Claude Bernard dans l'optique d'apporter une expertise pluridisciplinaire aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH.

Cette instance régionale réunit au sein de son comité des acteurs issus des établissements de santé, des professionnels médico-sociaux, des représentants des usagers et des personnes qualifiés.

Outre les missions traditionnelles des CISIH avec le suivi de l'évolution de l'épidémie sur notre territoire, la COREVIH veille à l'harmonisation et à l'amélioration de la prise en charge des patients sur notre territoire. Elle offre aussi un cadre institutionnel innovant aux acteurs de la lutte contre le VIH en favorisant l'exercice de la démocratie sanitaire.

Dans un contexte marqué par l'apparition de nouveaux défis inscrits dans le plan national de lutte contre le VIH, la réorganisation des autorités sanitaires avec l'implantation de l'Agence Régionale de Santé et la réorganisation hospitalière au sein de l'APHP, la capacité des COREVIH à favoriser le travail commun des acteurs dans une approche transversale inscrite dans une logique de proximité est plus que jamais un atout important pour dynamiser et moderniser la lutte contre le VIH.

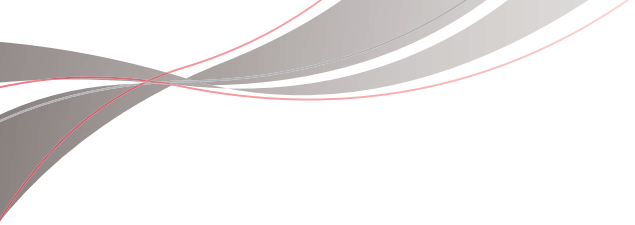
Les données du rapport d'activité 2010 du COREVIH Ile de France Nord ont été présentées et discutées en séance plénière du 12 décembre 2010.

Nous tenons à remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport d'activité : les membres du Bureau, les pilotes des commissions de travail, les techniciens d'études cliniques et l'équipe administrative du COREVIH.

Enfin, nous saluons le travail des nombreux acteurs qui enrichissent de leurs diversités les travaux du COREVIH.

**Patrick YENI**  
Président du COREVIH IDF NORD

**Christophe KASSEL**  
Directeur du Groupe Hospitalier  
Universitaire Paris Nord Val de Seine





# I. Présentation du COREVIH Ile de France Nord



**Créé en 2007, le COREVIH (Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine) est une instance régionale et collégiale dont l'expertise pluridisciplinaire répond aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH. Le COREVIH est financé par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.**

## A. IDENTIFICATION

### A. 1. Région administrative

Le COREVIH IDF Nord est implanté dans la région administrative de l'Île de France. La particularité de cette région est d'être divisée administrativement entre cinq COREVIH : Nord, Sud, Est, Ouest et Centre. Le COREVIH IDF Nord recouvre la région administrative du Nord de l'Île de France.

### A. 2. Territoire de référence

Le territoire du COREVIH IDF Nord a été défini par l'arrêté SANH024149A du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des COREVIH et recouvre les zones suivantes :

- 16<sup>ème</sup>, 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements de Paris,
- le territoire de santé 95-1 composé des communes suivantes : Andilly, Beauchamp, Bessancourt, Béthemont-la-Forêt, Bouffémont, Chauvry, Cormeilles-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,
- le territoire de santé 95-3 composé des communes suivantes : Ableiges, Aincourt, Ambleville, Amenucourt, Arronville, Arthies, Asnières-sur-Oise, Auvers-sur-Oise, Avernes, Baillet-en-France, Banthelu, Beaumont-sur-Oise, Bellay-en-Vexin, Belloy-en-France, Bernes-sur-Oise, Berville, Boisemont, Boissy-l'Aillerie, Bray-et-Lô, Bréançon, Brignancourt, Bruyères-sur-Oise, Buhuy, Butry-sur-Oise, Cergy, Champagne-sur-Oise, La Chapelle-en-Vexin, Charmont, Chars, Chaussy, Chérence,

Cléry-en-Vexin, Commeny, Condécourt, Cormeilles-en-Vexin, Courcelles-sur-Viosne, Courdimanche, Ennery, Epiais-Rhus, Eragny, Frémerville, 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, Montsault, 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,

- Clichy (92),
- Levallois-Perret (92),
- Neuilly sur Seine (92).

### A. 3. Etablissement de santé siège

Le siège administratif du COREVIH Ile de France Nord est hébergé par les Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (HUPNVS), Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Les bureaux du COREVIH se situent dans l'enceinte de l'hôpital Bichat-Claude Bernard au 46 rue Henri Huchard, Paris 18<sup>ème</sup>.

Le numéro FINESS de l'établissement de santé siège est le 750 100 282.

## B. LES INSTANCES DU COREVIH IDF NORD

### B. 1. Le comité

Le comité de COREVIH est composé de trente membres titulaires, avec un ou deux suppléants par titulaire. Les membres sont répartis dans 4 collèges représentatifs :

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

La composition actuelle du Comité de COREVIH a été fixée par l'arrêté n°2009-1200 relatif à la composition du comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine et qui remplace l'arrêté n°2007-1935 du 15 novembre 2007.

Les personnes nommées, réparties par collège, sont les suivantes :

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

Titulaire : M. Thomas LAURET  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme Sylvie LE GAC  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme Martine CAMPA

Titulaire : Mme Annabel OLIVER  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme Patricia GUIET  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme Catherine SECONDI

Titulaire : Mme Marie Agnès KOZA  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme Michelle CHEVALIER

Titulaire : Mme le Dr. Agnès CERTAIN  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Dr. Julie ROUPRET  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme Gabrielle LAURENS

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

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

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

Titulaire : Mme le Pr. Diane DESCAMPS  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Pr. Françoise BRUN-VEZINET  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme le Dr. Florence DAMOND

Titulaire : Mme le Dr. Agnès VILLEMANT-ULUDAG  
1<sup>er</sup> suppléant : M. le Dr. Serge KERNBAUM  
2<sup>e</sup> suppléant : M. le Dr. Pierre DEMOOR

Titulaire : M. le Dr. Philippe FAUCHER  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Dr. Agnès BOURGEOIS-MOINE  
2<sup>e</sup> suppléant : Mr le Dr. Benoît MENESSION

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

Titulaire : Mme le Dr. Anne GERVAIS  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Dr. Marie-Pierre RIPAULT  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme le Dr. Pascale HERVIO

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

Titulaire : M. le Dr. Jean-Pierre AUBERT  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Dr. Danielle AVRAMOV  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme le Dr. Pascale SANTANA

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

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

Titulaire : M. Christian GRATRAUD  
1<sup>er</sup> suppléant : M. Guy SEBBAH

Titulaire : M. Bernard RIQUEAU  
1<sup>er</sup> suppléant : M. Philippe LABALME

Titulaire : Mme Christine CASTETS  
1<sup>er</sup> suppléant : Mme Jeanne-Marie ETASSE  
2<sup>e</sup> suppléant : Mme Zohra BERKI

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

Titulaire : Michel REPELLIN  
1<sup>er</sup> suppléant : M. Alain LACHAND  
2<sup>e</sup> suppléant : Eric DAGHER

Titulaire : Mme Corinne TAERON  
1<sup>er</sup> suppléant : M. Miguel-Ange GARZO

Titulaire : M. Jean-Marc BITHOUN

1<sup>er</sup> suppléant : Mme Séverine FOURAN –PERALTA

2<sup>e</sup> suppléant : M. Michel REPELLIN

Titulaire : Mme Seynabou DIAGNE

2<sup>e</sup> suppléant : M. François BERDOUGO

Titulaire : M. Michel ALLAMEL

1<sup>er</sup> suppléant : M. Philippe MORICET

Titulaire : M. Ludovic OUALEMBO-MOUTOU

1<sup>er</sup> suppléant : Mme Adelaïde MAKOUNZI

2<sup>e</sup> suppléant : M. Mbouiti MBOUITI

#### **Collège 4 : Des personnalités qualifiées**

Titulaire : M. le Dr. Vincent DESCAMPS

1<sup>er</sup> suppléant : M. le Dr. Fabrice BOUSCARAT

2<sup>e</sup> suppléant : Mme Elisabeth ZIMERMANN

Titulaire : M. le Dr. Gilles FORCE

1<sup>er</sup> suppléant : M. le Dr. Nicolas GRUAT

2<sup>e</sup> suppléant : M. le Dr. Fouad MEREZAK

Titulaire : Mme le Dr. Brigitte ZINS

1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Dr. Frédérique MEEUS

2<sup>e</sup> suppléant : M. le Dr. Michel DENIS

Titulaire : M. le Dr. Laurent BLUM

1<sup>er</sup> suppléant : Mme le Dr. Frédérique SELTZ

2<sup>e</sup> suppléant : Mme le Dr. Agnès LEFORT

Titulaire : Dr. Annie Le PALEC

1<sup>er</sup> suppléant : M. Stéphane WEILER

Titulaire : M. Frédéric LATOUR

1<sup>er</sup> suppléant : M. Jean Pascal ORIO

#### **B.1.a Fonctionnement général du Comité**

En 2010 le Comité a enregistré dix démissions, dont neuf suite à un changement de poste, conformément aux conditions d'exercice du mandat au sein du COREVIH (arrêté n° 2009-1200, art 2) ; sont concernés :

- Thomas LAURET
- Julie ROUPRET
- Philippe LABALME
- Séverine FOURAN PERALTA
- Adelaïde MAKOUNZI
- Michel DENIS
- Frédérique SELTZ
- Michèle CHEVALIER
- Christine CASTETS.

Le comité a aussi enregistré la démission de Frédérique LATOUR et Bernard RIQUEAU.

Le comité s'est réuni en plénière le 15 avril, le 21 octobre et le 12 décembre 2010 autour des sujets suivants :

- suivi des travaux des commissions thématiques,

- suivi des ressources du COREVIH (ressources humaines, budget),
- mise en place et suivi du site Internet du COREVIH IDF Nord,
- états généraux du VIH en Ile de France,
- discussion avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) IDF.

La réunion plénière du 12 décembre 2010 a donné lieu à la présentation de l'ensemble de l'activité 2010 du COREVIH et à une discussion sur les perspectives pour 2011, en présence des autorités de tutelles.

En 2011, le Comité arrivera à la fin de sa mandature de quatre ans et devra être renouvelé.

#### **B.1.b Fonctionnement du collège 3**

Une des innovations mises en œuvre dans la transformation des CISIH en COREVIH réside dans la place accordée aux représentants des usagers. La richesse de l'institution est liée en grande partie à la capacité de ceux-ci à faire valoir pleinement leur mandat représentatif.

Le collège 3 compte 13 personnes.

Il est impliqué à chaque niveau du COREVIH :

- au sein du comité : il participe aux débats et aux processus décisionnels, lors des trois réunions plénières annuelles, pour impulser les orientations à développer sur le territoire,
- au sein du bureau : il participe, lors des réunions mensuelles, à la mise en œuvre et au suivi des orientations définies par le Comité,
- au sein des commissions thématiques : il participe activement aux commissions sur le recueil épidémiologique médico-social, l'éducation thérapeutique du patient et la commission dépistage, prévention et accidents d'exposition au sang qui est d'ailleurs pilotée par un membre du collège 3. Le collège 3 est force de proposition pour créer de nouveaux groupes de travail dans le cadre de ses fonctions,
- dans les rapports avec les partenaires du COREVIH : lors des Etats Généraux du VIH en Ile-de-France, le collège 3 a directement contribué aux débats sur les orientations de la politique régionale de lutte contre le SIDA. Ses membres ont participé aux groupes de travail, aux ateliers et un représentant du collège 3, aux cotés du président du COREVIH, a présenté les enjeux de notre territoire lors d'une table ronde en présence de l'ARS, de l'APHP, des représentants des hôpitaux et des quatre autres COREVIH d'Ile de France.

Cependant, cette implication est inégalement portée par les membres du collège 3. Cela se traduit notamment par un taux d'absentéisme important aux réunions institutionnelles ou par l'absence de participation des représentants des usagers dans certaines commissions du COREVIH.

Cette situation résulte de différents facteurs :

- éloignement géographique du territoire dévolu au COREVIH,
- difficultés de disponibilité (activités professionnelles),
- manque de moyens financiers,
- abandon du mandat et siège non renouvelé ; or, comme nous l'avons souligné, le collège 3 compte déjà peu de membres.

Afin d'améliorer les capacités de représentation des membres du collège 3, plusieurs pistes doivent être étudiées en 2011 :

- améliorer la communication entre le membre titulaire et ses suppléants pour assurer une représentation aux réunions institutionnelles et ne pas entraver le processus décisionnel faute de votants,
- alléger l'effort financier qui pèse sur les membres du collège 3 lors de l'exercice de leur mandat en défrayant les membres pour les frais liés directement à leurs obligations (frais de déplacements, d'hébergement et de restauration pour les réunions),
- inciter les associations du territoire à s'impliquer dans les groupes de travail.

## B. 2. Le bureau

Le bureau se compose de 9 membres élus par le Comité ; sa composition reflète la diversité des collèges. Le Bureau se réunit régulièrement pour suivre la mise en œuvre des orientations définies par le Comité et organise les modalités de collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge des patients vivant avec le VIH.

En 2010, le docteur Nicolas GRUAT a été élu au sein du bureau en remplacement de Monsieur Bernard RIQUEAU.

Le bureau actif en 2010 est composé de :

- Pr. Patrick Yeni, Président COREVIH, Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Collège 1,
- Dr. Laurent Blum Vice-Président, Responsable du Service de Médecine Interne - Dermatologie et VIH, Hôpital René Dubos, Pontoise, Collège 4,
- Dr. Jean-Pierre Aubert, Médecin Généraliste, Réseau de Santé Paris Nord, Collège 2,
- M. Jean-Marc Bithoun, Vice-Président de l'association Actions Traitements, Collège 3,
- Dr. Agnès Certain, Pharmacienne, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Collège 1,
- Dr. Philippe Faucher, Gynécologue, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Collège 1,
- Dr. Nicolas Gruat, Responsable médical du pôle MAS de Magny en Vexin, Collège 4,
- Dr. Annie le Palec, Sida Info Service, Collège 4,
- Mme Seynabou Diagne, Afrique Avenir, Collège 3.

En 2010, le Bureau s'est réuni à 6 reprises : le 8 janvier, le 12 mars, le 12 avril, le 7 juin, le 6 septembre et le 8 octobre 2010.

Les principales délibérations ont porté sur :

- la coordination du rapport d'activité 2009,
- le suivi des groupes de travail,
- la rénovation du site Internet,
- le recrutement pour le poste de Coordinateur.

Chaque réunion de bureau fait l'objet d'un compte rendu conservé au secrétariat du COREVIH.

En 2011, le Bureau souhaite renforcer le suivi des commissions thématiques en invitant systématiquement leurs Coordinateurs à participer à ses réunions.

## C. MOYENS DU COREVIH IDF NORD

Le COREVIH est financé par une dotation MIGAC (Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation) calculée à partir de la file active de son territoire.

Le budget du COREVIH finance les charges du personnel et les charges de fonctionnement ; il ne permet pas les dépenses d'investissement.

### C. 1. Ressources humaines participant aux missions du COREVIH

#### C.1.a Situation et mouvements en 2010 du personnel COREVIH

Tableau du personnel en poste en 2010.

	Nom	Fonction	Typologie	Temps consacré	Affectation	Dates
<b>Gestion par établissement siège</b>	Adeline DEMONCY ° Christine MOUCA-ZAMBO °	Coordinatrice	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-Claude Bernard	15/03/10 - 31/08/10 01/10/2010
	Claudie CHASTANET	Assistante Administrative	Titulaire	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	01/09/2000
	Giovanna CATALANO ° Zélie JULIA °	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	05/01/2009 - 30/10/2010 01/12/2010
	Martine DESCHAUD	TEC	Titulaire	0,6 ETP	Centre Hospitalier René Dubos, Hôpital de Pontoise	01/10/2008
				0,4 ETP	Groupe Hospitalier Eaubonne-Montmonrency, Hôpital Simone Veil (Eaubonne)	
	Cindy GODARD	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	02/11/2009
	Sylvie LE GAC	TEC	Titulaire	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	avril 1999 - 30/01/2009 puis 02/08/2010
	Françoise LOUNI	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	01/02/2010
	Gwenn MADDI	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	10/03/2008
	Ali TADLAOUI HBIBI	TEC	CDD	0,4 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Beaujon	15/01/2010
0,2 ETP				Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard		
0,2 ETP				Hôpital Robert Debré		
0,2 ETP				IHFB*		

\* Institut Hospitalier Franco-Britannique

° Mouvement sur le poste

La constitution de l'équipe opérationnelle du COREVIH a été progressive.

En 2009 le bureau a validé le principe de la création d'un poste de Coordinateur Administratif pour assurer les tâches suivantes :

- coordonner la mise en œuvre des objectifs définis par le Bureau et les membres du COREVIH,
- coordonner et accompagner les différents acteurs de la structure dans leurs missions, y compris le personnel non-médical du COREVIH,
- assurer le lien avec les autorités sanitaires, en particulier l'ARS,
- organiser audits, évaluations et enquêtes concernant la prise en charge des patients,

- participer aux différentes manifestations (réunions de travail, séminaires y compris hors hôpital Bichat) et représenter le COREVIH dans différentes manifestations extérieures,
- contribuer à la mise en place des systèmes de communication du COREVIH (E-Nadis, site Internet),
- participer à la rédaction du rapport d'activité annuel du COREVIH.

Le poste de Coordinateur Administratif a été opérationnel à partir de mars 2010 avec le recrutement d'Adeline Demoncy. Suite à son départ, en août 2010, elle a été remplacée par Christine Moucazambo.

Suite à une mise en disponibilité, Sylvie Legac, Technicienne d'Etudes Cliniques a repris ses fonctions au sein du COREVIH où désormais elle assure aussi l'encadrement fonctionnel des Techniciens d'Etudes Cliniques.

Zélie Julia a remplacé Giovanna Catalano au poste de Technicienne d'Etudes Cliniques rattaché au bureau de la recherche clinique du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard.

En 2010, un nouveau poste a été créé et le COREVIH a accueilli deux nouveaux arrivants.

Pour 2011, le COREVIH souhaite renforcer l'équipe opérationnelle en créant un nouveau poste de Technicien d'Etudes Cliniques, notamment pour améliorer le recueil des données épidémiologiques sur les sites extérieurs. Il dispose, pour ce faire, du budget nécessaire.

### C.1.b Activité des Techniciens d'Etudes Clinique (TEC)

Les 7 TEC du COREVIH sont en charge du recueil des données épidémiologiques des patients de la file active ainsi que de la mise en place et du suivi des essais cliniques.

Un TEC est responsable de la coordination de ces deux activités.

Les TEC exercent également (pour 30% de leur activité lorsque l'ensemble des 8 postes est pourvu) une activité de soutien au fonctionnement des commissions thématiques.

#### 1. Le Recueil Epidémiologique

##### A l'hôpital Claude Bernard

A l'hôpital Bichat-Claude Bernard, le recueil épidémiologique est réalisé par les médecins qui utilisent Nadis (dossier patient informatisé) au cours de leurs consultations. La création de tout nouveau dossier est assurée par les TEC.

Le contrôle-qualité est effectué par un TEC dédié qui effectue des requêtes de cohérence et d'exhaustivité des données (un 2<sup>ème</sup> TEC est actuellement en cours de formation). Le TEC corrige les éléments erronés et complète les données manquantes en recherchant les informations dans d'autres bases de données ou dans le dossier source.

Ce travail préalable est nécessaire pour :

- le transfert des données anonymisées dans la base hospitalière française du VIH : Passerelle Nadis-DMI2,
- l'exploitation des données à des fins de recherche : requêtes de screening pour les essais cliniques, études de cohorte (cf en Annexe : « Evaluation du risque cardiovasculaire à 10 ans chez une population VIH+ », Poster 577 CROI 2011 « Factors associated with low-level HIV-1 RNA between 20 and 50 copies/ml in stable treated patients », poster 14 SFLS 2010 « Connaissance-Action-Santé VIH » : phase pilote d'un programme original d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans l'infection par le VIH, sur 6 sites du COREVIH...),
- la qualité de la prise en charge,
- la présentation des données épidémiologiques lors de réunions (soirée de recherche clinique du 8 avril 2010, plénière du COREVIH du 9 décembre 2010) ou dans des rapports (Rapport d'activité du COREVIH).

##### Dans les autres centres

Dans les centres qui ne sont pas équipés de Nadis, le recueil épidémiologique est effectué de manière exhaustive par 2 TEC.

L'un opère sur les hôpitaux du département du Val d'Oise (Centre Hospitalier René Dubos à Pontoise, Hôpital Simone Veil à Eaubonne), l'autre intervient sur l'hôpital pédiatrique Robert Debré (Paris 19<sup>ème</sup>) et les hôpitaux du département

des Hauts de Seine rattachés au COREVIH IDF NORD (Hôpital Beaujon à Clichy et Institut Hospitalier Franco-Britannique à Levallois-Perret).

En 2009, les Directions Informatiques des Hôpitaux de Pontoise et d'Eaubonne avaient refusé l'installation de Nadis dans leurs établissements.

En 2010, ces 2 TEC ne disposaient d'aucun outil pour le recueil, au delà d'Excel.

En 2011, l'hôpital Beaujon devrait être équipé de Nadis ; les autres centres devraient bénéficier du DOMEVIH.

#### 2. La Recherche Clinique

Pour mener à bien les études thérapeutiques, les 4 TEC affectés au Bureau des Essais Cliniques du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Bichat Claude Bernard sont en contact permanent avec les Médecins d'Etudes Cliniques (MEC), les médecins consultants, les promoteurs (responsables du financement et de l'organisation d'un essai) et les services logistiques.

Ils interviennent à toutes les étapes du déroulement d'un essai depuis l'étude de faisabilité jusqu'à la clôture en passant par :

- la participation aux réunions investigateurs qui peuvent avoir lieu à l'étranger et en anglais,
- le screening des patients de la file active : Les TEC présélectionnent les patients répondant aux critères de l'étude à l'aide de requêtes dans la base de données Nadis, ils vérifient ensuite chaque dossier patient avant de solliciter les consultants directement ou par le biais de la messagerie de Nadis. Pour faciliter le recrutement, les TEC informent les médecins sur les protocoles en cours par le biais d'une plaquette d'information régulièrement mise à jour et des courriers personnalisés. De façon hebdomadaire, ils participent aux réunions de concertation immuno-virologiques au cours desquelles ils peuvent proposer d'inclure certains patients dans des protocoles,
- la participation à la réunion de mise en place (avec tous les services concernés),
- la définition de l'organisation nécessaire au bon déroulement de l'étude en collaboration avec les services connexes (prélèvements, hôpital de jour, laboratoires d'analyses, pharmacie, et autres services de l'hôpital selon les besoins) ou extérieurs à l'hôpital (transporteurs des prélèvements, autres hôpitaux, ...),
- la rédaction de documents (procédures, fiches de liaison laboratoire, bons de prélèvement, calendriers des visites patients, etc.) assurant la qualité et la traçabilité des données de l'essai,
- le contact régulier avec les patients pour une prise en charge optimale : prise de rendez-vous téléphoniques, accueil des patients au bureau des essais cliniques, accompagnement des patients pour des examens spécifiques dans d'autres services de l'hôpital...
- la préparation des kits de prélèvements et le contact des transporteurs pour l'enlèvement de ces kits,
- le recueil des données épidémiologiques dans les CRF (case report form : cahier d'observation) papiers ou électroniques ainsi que dans la base de données Nadis,
- la préparation des visites de monitoring.

Pour mener à bien ces missions, les TEC sont régulièrement formés et évalués aux bonnes pratiques cliniques ainsi qu'aux CRF électroniques propres à chaque essai. Face à la complexification des essais et aux difficultés techniques de certains protocoles, les TEC sont par ailleurs amenés à dispenser des formations selon les besoins à d'autres services de l'hôpital comme, par exemple, au pôle infirmier.

Les TEC participent deux fois par mois à une "réunion protocoles" au cours de



laquelle l'état d'avancement des inclusions et les problèmes rencontrés sont discutés. Les TEC assistent également à une réunion mensuelle de recherche clinique où la participation du SMIT à des protocoles est validée ou non. Le TEC « *Nadis* » participe également à ces deux réunions et prend note des requêtes (le plus souvent des requêtes de screening et des requêtes liées à des faisabilités des études).

Dans les établissements du COREVIH autres que Bichat Claude Bernard ayant une activité de Recherche Clinique, c'est le TEC affecté au site qui assure la prise en charge des essais menés sur ce site.

### 3. Les commissions thématiques COREVIH

En parallèle, les TEC contribuent à l'avancement des travaux de réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des patients vivant avec le VIH en participant aux divers groupes de travail COREVIH.

En 2010, les TEC ont participé entre autres aux réalisations suivantes :

- une enquête sur la prise en charge des personnes âgées infectées par le VIH au sein des établissements de type EHPAD (groupe de travail « recueil épidémiologique médico-social »),
- un questionnaire envoyé aux CDAG afin de connaître leur activité et leur fonctionnement (groupe « dépistage, prévention, éducation à la santé et AES »),
- un programme d'éducation thérapeutique « Connaissance Action Santé » (groupe « éducation thérapeutique ») dont les résultats ont été présentés au congrès de la SFLS sous forme de communication affichée.

### 4. Les autres activités des TEC

Les TEC participent également régulièrement, dans l'année, à des sessions de formation et autres congrès / colloques (SFLS, JNI, etc.) pour parfaire leurs connaissances sur le VIH.

Ils assistent régulièrement à différentes réunions multidisciplinaires (cf IV b.1).

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

Bilan financier 2010

### Dépenses du COREVIH constatées au 31 Décembre 2010

Dépenses		Recettes	
<b>Titre 1 Charges de personnel</b>	339 892,00	MIGAC	
PNM	317 392,00	En attente de notification des recettes MIGAC 2010	
PM Coordination médicale	22 500,00	Pour rappel MIGAC 2009	564 810,00
<b>Titre 2 Charges d'exploitation à caractère médical</b>	4 222,12		
Antiseptiques et désinfectants	7,12		
Informatique à caractère médical	4 215,00		
<b>Titre 3 Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général</b>	2 693,28		
mise a disposit.blanchis.par s.c.b.	96,19		
autres prod. d'entretien (dont sacherie)	74,61		
petit materiel hotelier	24,12		
autres fournitures hotelieres	3,55		
maintenance du materiel hotelier	-		
fournitures de bureau	398,90		
imprimés hors informatiques	39,00		
affranchissements	222,51		
telephonie	401,10		
fournitures informatiques	373,14		
publications	258,50		
frais de mission à l'étranger	579,22		
autres redevances de crédit bail	222,44		
<b>Frais de structure</b>	138 722,00		
<b>Total Dépenses</b>	<b>485 529,40</b>	<b>Total Recettes</b>	<b>564 810,00</b>
		<b>Solde prévisionnel (en attente notification MIGAC 2010)</b>	<b>79 280,60</b>

L'enveloppe MIGAC de 2009 était d'un montant de 564 810 € dont 62 810 € pour le fonctionnement. L'hôpital siège est dans l'attente de la notification d'une reconduction à la même hauteur pour 2010.

En 2010 on observe une stabilité des dépenses d'exploitation générale, alors que les dépenses à caractère médical ont fortement augmenté (en 2009, elles ne représentait que 2 euros). Cette augmentation correspond aux frais engagés

pour rénover le site Internet du COREVIH et pour le renouvellement du contrat de maintenance Nadis.

Concernant les charges de personnel : le budget alloué correspond à 10 postes temps plein (1 poste temps plein est évalué à 50 000 €). Actuellement 9 postes sont pourvus. Nous espérons donc recruter un nouvel agent au premier trimestre 2011.

## D. OUTILS DÉVELOPPÉS PAR LE COREVIH IDF NORD

### D. 1. Tableau complet des outils de communication interne et externe

OUTILS DEVELOPPES PAR LA COREVIH IDF NORD pour le fonctionnement et la communication	
Outils	Description
Site Internet	Le site <a href="http://www.corevih-idfnord.fr">http://www.corevih-idfnord.fr</a> remplace l'ancien site <a href="http://corevih-idf-nord.aphp.fr">http://corevih-idf-nord.aphp.fr</a> Nouvelle architecture : Efficience Multimedia - Hébergeur : AEI.
Intranet	Création, dans le site Internet, d'une plateforme de travail pour les différentes commissions
Adresse générique	Le courrier est ré-adressé automatiquement à l'assistante administrative qui dispatche en fonction des sujets : <a href="mailto:corevih.idfn@bch.aphp.fr">corevih.idfn@bch.aphp.fr</a> Création d'adresses électroniques pour le Bureau et pour chaque collège.
Réunions téléphoniques	Achat d'un appareil de conférences téléphoniques (Polycom SoundStation2) pour faciliter la participation des membres aux réunions de bureau et aux groupes de travail malgré les contraintes géographiques.
Mise à jour des listes de diffusion électronique et des fichiers d' adresses pour envois postaux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste globale de tous les acteurs</li> <li>- Membres Bureau COREVIH</li> <li>- Membres Comité COREVIH, liste globale</li> <li>- Membres Titulaires Comité COREVIH</li> <li>- Membres Collège 1</li> <li>- Membres Collège 2</li> <li>- Membres Collège 3</li> <li>- Membres Collège 4</li> <li>- 1 liste par commission thématique</li> <li>- Correspondants Bichat</li> <li>- Correspondants autres centres hospitaliers</li> <li>- Associations</li> <li>- CDAG</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gynécologues</li> <li>- Sage-Femmes</li> <li>- COREVIH France</li> <li>- COREVIH Ile de France</li> <li>- Coordinateurs COREVIH France</li> <li>- Coordinateurs COREVIH Ile de France</li> <li>- Maisons d'accueil spécialisées</li> <li>- ACT</li> <li>- SSR</li> <li>- EHPAD</li> <li>- Centres Psychiatriques</li> <li>- Institutions</li> <li>- Réseaux.</li> </ul>
Modalités de recueil des données épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadis : Bichat, extension prévue sur Beaujon</li> <li>- Pour les autres centres hospitaliers, le recueil des données est effectué directement par des TEC : Eaubonne, Pontoise, Beaujon, Robert Debré, Institut Hospitalier Franco-Britannique.</li> </ul>

OUTILS DEVELOPPES PAR LA COREVIH IDF NORD À DESTINATION DES ACTEURS	
Thèmes	Outils et description
Education Thérapeutique	Le jeu CAS (Connaissance Action Santé) et poster présenté à la SFLS.
Recueil épidémiologique médico-social	Enquête sur les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et l'accueil des PVVIH.
AES	Fascicule d'information : Que faire en cas d'urgence.
Virologie	Staff pluridisciplinaire mettant en lien plusieurs hopitaux de la COREVIH.

### D. 2. Le site Internet

La réactualisation du site Internet a été entamée en 2009, avec la réalisation d'un cahier des charges et le choix d'un prestataire en 2010. Il devait être achevé la même année mais le projet a connu des retards liés à des mouvements de personnel (départ de la Coordinatrice COREVIH et du Chef de Projet de l'agence Efficience).

Le projet a donc été relancé à partir d'octobre 2010 pour une mise en ligne au premier semestre 2011.

Pour rappel, ce site Internet doit permettre :

- d'améliorer l'identification des membres et des missions du COREVIH auprès des acteurs du territoire afin de favoriser les échanges et de renforcer la coordination régionale,
- de communiquer sur les travaux des commissions thématiques, notamment dans le cadre de l'harmonisation des pratiques,

- d'apporter une information régionale et nationale sur la thématique du VIH aux acteurs de notre territoire,
- de valoriser les acteurs, les initiatives, les événements et les informations qui concernent le territoire IDF Nord,
- de favoriser l'orientation des PVVIH dans leur parcours de soins et médico-social, notamment en identifiant les personnes ressources dans une démarche de proximité.

Le site Internet comportera aussi une partie réservée aux membres du COREVIH et des commissions thématiques afin de faciliter les échanges internes.

Cette plateforme privée doit, entre autre, permettre :

- de fixer des réunions de travail au sein de chaque commission thématique,
- d'échanger des documents de travail et de les modifier en ligne,

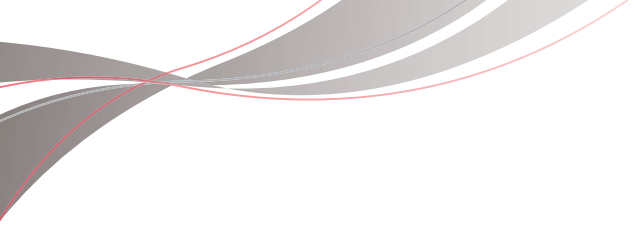
- d'accéder aux différents documents produits par le Bureau ou les commissions thématiques,
- d'avoir un agenda partagé des événements du COREVIH (réunions institutionnelles, formation, etc.)

En 2010, le Comité a validé l'arborescence et le contenu du site et le mode d'hébergement.

Le bureau a assuré le suivi de la réactualisation du site, il a notamment validé le nouveau logo du COREVIH.

Les contenus ont été réalisés par l'équipe du COREVIH, les membres du Comité et ceux des commissions thématiques.

La mise en ligne est prévue pour février 2011.



## II.

# La file active des patients suivis et ses caractéristiques épidémiologiques



## A. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DES DONNÉES

- > Au SMIT de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard, le recueil épidémiologique est effectué par les médecins qui actualisent Nadis à chaque consultation. Le contrôle qualité est assuré par un TEC dédié.
- > Dans les autres centres qui ne disposent d'aucun outil outre Excel, le recueil est manuel :
  - Un TEC est en charge du recueil épidémiologique de l'hôpital de Simone Veil (Eaubonne, 95) et de l'hôpital René Dubos (Pontoise, 95).
  - Un autre TEC est en charge de l'hôpital pédiatrique Robert Debré (Paris), de l'hôpital Beaujon (Clichy, 92), et de l'Institut Hospitalier Franco-Britannique (Levallois, 92)
- > En 2011, l'hôpital Beaujon sera équipé de Nadis et les autres centres devraient pouvoir être équipés du DOMEVIH.

## B. ÉVALUATION DE LA FILE ACTIVE ET RÉPARTITION EN FONCTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Tableau I : Données relatives à l'activité VIH dans les différents centres du COREVIH IDF-NORD

Activité VIH / SIDA 2010	File active (nb patients VIH suivis)			Consultations			Hospitalisation partielle (de jour) (source : PMSI)			Hospitalisation complète (source : PMSI)								
	Total	dont stade C	Nouveaux patients	Nb de Consultations			Nb de séjours			Nb de séjours de 0 ou 1 jour (CM24)			Nb de séjours ≥ 2 jours			DMS		
				Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Toutes pathologies	Toutes pathologies hors VIH	VIH tous séjours
<b>BICHAT - CL BERNARD</b>																		
SMIT	4294	1027	412	20632	16027	77,68%	1407	1180	83,87%	67	22	32,84%	1749	721	41,22%	13,82	12,65	16,17
Maternité	95	NC	NC	39228														
Dermatologie	33	NC	1	15869	79	0,50%		61		1			12					
OPH (Cs et Fonds d'yeux)				15277	327	2,14%												
Hôpital				325185			23139	1289	5,57%	9974	119	1,19%	29454	930	3,16%	8,50	6,50	10,10
<b>BEAUJON</b>																		
Médecine Interne	267	69	31	3710	922	24,85%	462	1	0,22%	61	2	3,28%	1165	62	5,32%	11,10	11,10	11,90
Hôpital				228069	922	0,40%	11327	33	0,29%	5383	25	0,46%	16920	167	0,99%	6,22	6,18	10,52
<b>ROBERT DEBRE</b>																		
Hématologie/Pédiatrie Générale	369	15	8	8521	976	11,45%	2808	19	0,68%				2890	17	0,59%	6,82		
Hôpital				138408	976	0,71%	11667	19	0,16%				41435	17	0,04%			
<b>HOPITAL SIMONE VEIL</b>																		
ESCALE	218	46	21	1030	880	85,44%												
UMIT	50	22	12	663	183	27,60%												
Hôpital	268	68	33	1693	1063	62,79%	8864	74	0,83%	5528	6	0,11%	18659	30	0,16%	5,85	5,85	9,19
<b>HOPITAL AMERICAIN</b>																		
Hôpital																		
<b>HOPITAL RENE DUBOS</b>																		
Hôpital	473	138	61		1203		25608	458	1,79%	8915	29	0,33%	25969	138	0,53%	5,43	5,42	7,76
<b>CLINIQUE E. RIST</b>																		
Hôpital																		
<b>CH CARNELLE</b>																		
Pôle SSR	93	93	68							7	1	14,29%	612	115	18,79%	56,86	55,59	62,55
<b>INST. HOSP. FRANCO-BRIT.</b>																		
Hôpital	251	73	25	55000	717	1,30%	3039	440	14,48%	3676	11	0,30%	11475	77	0,67%	4,72	4,7	6,87
<b>C.H. du VEXIN</b>																		
SSR Aincourt	17															32,56		63,31
MCO	5															8,63	6,89	6
<b>CH de NEUILLY</b>																		
Hôpital	0	0	0	50000	0	0,00%	0	0	0,00%	3718	3	0,08%	9073	12	0,13%	5,13	5,13	5,2
<b>Fondation A. de Rothschild</b>																		
Hôpital																		
<b>Maison sur Seine</b>																		
Etablissement																		
<b>TOTAL VIH 2010</b>	<b>6165</b>	<b>1483</b>	<b>639</b>		<b>21314</b>			<b>2313</b>		<b>194</b>			<b>1486</b>					
<b>TOTAL VIH 2009</b>	6115	1399	1007		38539			4036		241			2932					
<b>TOTAL VIH 2008</b>	5994	1377	815		21689			5282		331			1898					

## C. RÉPARTITION ENTRE LES FILES ACTIVES «VALIDÉES» ET «DÉCLARATIVES»

Au total, la file active du COREVIH IDF Nord est de 6165 patients vus au moins une fois au cours de l'année 2010 dans les services assurant plus spécifiquement la prise en charge des personnes séropositives tels que les services de maladies infectieuses.

### Quelques définitions

**La file active :** Nombre de patients vus au moins une fois en consultation entre 01/01/2010 et le 31/12/2010.

**La file active «validée»** correspond aux données vérifiées et vérifiables car obtenues via un système informatisé et relevées par un TEC.

**La file active «déclarée»** correspond aux données communiquées par les établissements sans qu'il y ait de suivi informatisé.

**Remarque :** A l'Hôpital Bichat Claude Bernard, 83 patients ont eu recours au soin sans aucune consultation au SMIT : 43 ont bénéficié d'un HDJ, 55 ont eu une hospitalisation classique.

Ces patients n'ont pas été comptabilisés dans la file active.

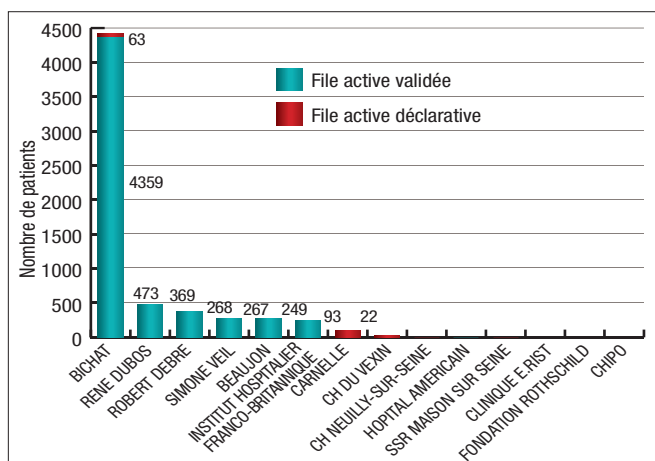


Figure 1 : Présentation des files actives par établissement

La file active de l'Hôpital Bichat Claude Bernard représente 72% de la file active.

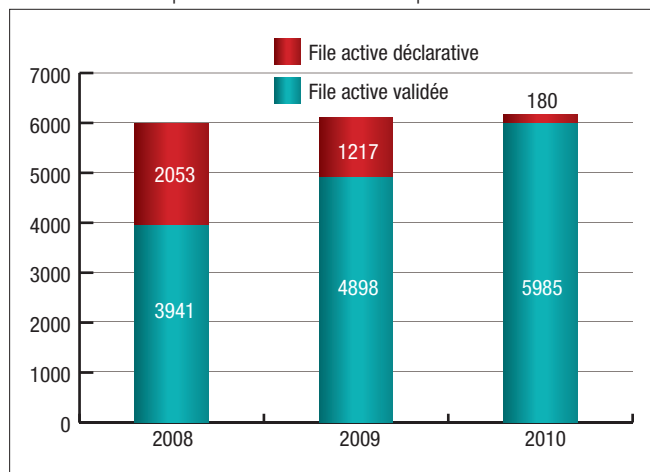


Figure 2 : Evolution des proportions des files actives validées et non validées depuis 2008

En 2010, la proportion de la file active « validée » atteint 97 %. Les files actives « validées » de 2008 et 2009 représentaient respectivement 65 % et 81 % de la file active totale du COREVIH IDF-NORD.



## D. ANALYSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA FILE ACTIVE :

Les données compilées de la file active Nadis de l'hôpital Bichat et des files actives de l'hôpital René Dubos (Pontoise), de l'hôpital Simone Veil (Eaubonne), de l'hôpital Beaujon (Clichy) et de l'Institut Hospitalier Franco-britannique (Levallois-Perret) sont présentées ici.

### D. 1. Analyse globale de la file active

- Nombre de patients: .....5240
- Nombre de nouveaux patients\*: .....522
- Nombre de patients dépistés: .....234
- Nombre de patients décédés: .....31

\* : Patients vus pour la première fois en consultation en 2010.

#### D.1.a Répartition par sexe

Les patients VIH de la file active sont majoritairement des hommes : 61,5% de la file active.

La différence dans la répartition H-F est beaucoup moins marquée pour les hôpitaux de Pontoise, d'Eaubonne et de Clichy dont les pourcentages d'hommes sont compris entre 48 et 55%.

#### D.1.b Répartition par âge et par sexe

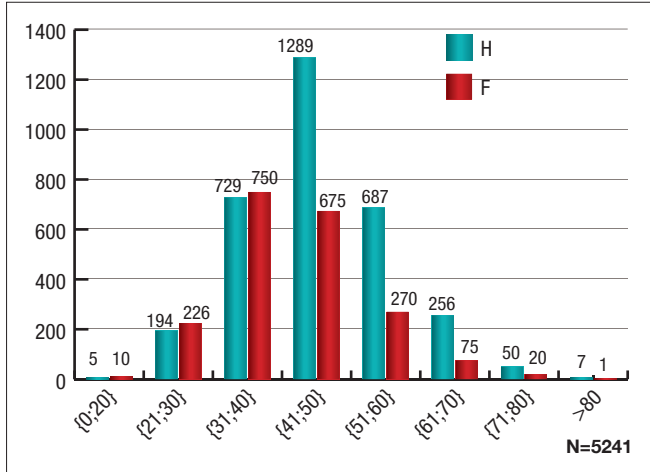


Figure 3: Répartition par sexe et par âge

- Les femmes sont plus jeunes que les hommes.
- La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes est la tranche 31-40 ans.
- Chez les hommes, la tranche d'âge la plus représentée est la tranche 40-49 ans.
- La moyenne d'âge des patients est de 45 ans , 42 ans chez les femmes, 46 ans chez les hommes.

#### D.1.c Répartition par mode de contamination

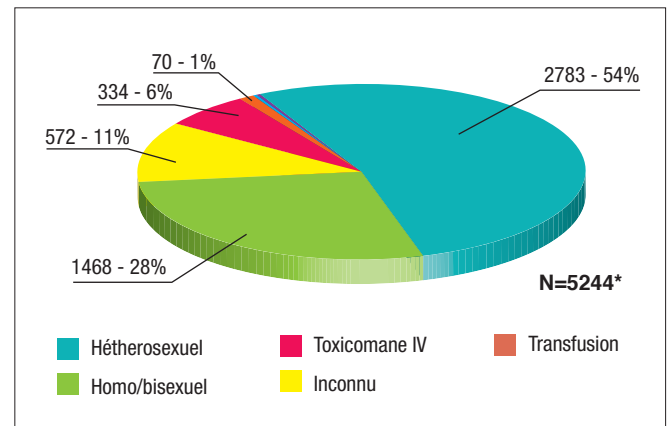


Figure 4: Répartition des patients par mode de transmission

\*: 4 transmissions materno-foetales, 3 hémophiles et 4 AES ont été également comptabilisés.

- La voie hétérosexuelle est prédominante : 54% des patients.
- Pour les hôpitaux d'Eaubonne, Pontoise et Clichy, les contaminations hétérosexuelles sont majoritaires : 70% à 75% des patients.
- A l'hôpital Bichat : La voie hétérosexuelle prédomine (49% des patients) mais la proportion de contamination homosexuelle est importante (30% des patients de la file active).
- A l'Institut Franco-britannique, la voie homosexuelle est la plus fréquente : 56% des patients.

#### D.1.d Origine géographique

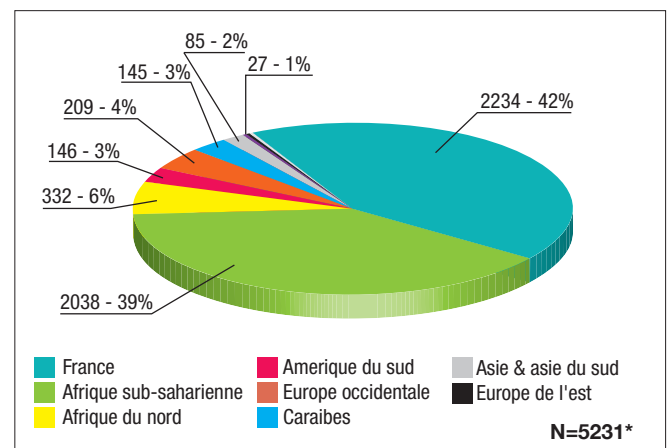


Figure 5: Répartition des patients par origine géographique

\*: 11 patients originaires d'Amérique du Nord et 4 d'Océanie ont été également comptabilisés.

Les patients de la COREVIH Ile-de-France Nord sont majoritairement d'origine française 42% [H : 75% versus F : 25%] ou d'Afrique subsaharienne : 39% [H : 40% versus F : 60%].

Source : BEH N°46/nov 2007 - Surveillance de l'infection VIH/sida en France, 2006).

### D.1.e Proportions des co-infections VIH-Hépatites

Tableau II: Proportions des patients mono-infectés VIH et des patients co-infectés VIH-Hépatite

	N	%
VIH	4204	80%
VIH-VHB	399	8%
VIH-VHC	583	11%
VIH-VHB-VHC	58	1%
<b>Total</b>	<b>5244</b>	<b>100%</b>

- Le pourcentage de co-infectés VIH-VHC est inférieur à ce qui est habituellement observé en France (24,3%).
- Il faut noter que les toxicomanes représentent 18% de la population VIH en France alors qu'ils ne représentent que 6,5% de notre file active. Or, 71,6% des patients co-infectés VIH-VHC sont toxicomanes.

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

### D.1.f Stade évolutif de l'infection VIH

26% des patients sont au stade Sida.

## D. 2. Analyse des données chez les patients traités

### D.2.a Statut thérapeutique

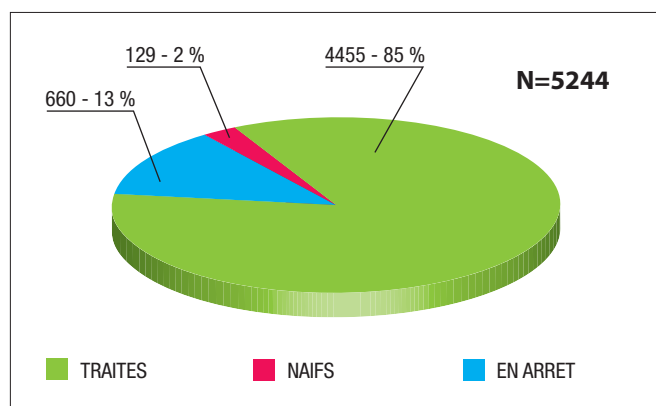


Figure 6: Répartition des patients selon le statut thérapeutique

Sur le territoire du COREVIH IDF-Nord, 85% des patients sont traités.

### D.2.b Succès virologique

81% des patients des patients traités depuis plus de 6 mois ont une charge virale inférieure à 50 copies/ml.

### D.2.c Succès immunologique

54% des patients traités depuis plus de 6 mois ont des CD4 $\geq$ 500/mm<sup>3</sup>.

### D.2.d Répartition par strate de CD4 des patients traités depuis plus de 6 mois et ayant une charge virale <50 copies/ml

Tableau III: Répartition des patients traités depuis plus de 6 mois et ayant une CV<50 copies/ml en fonction du niveau de CD4

CD4 (/mm <sup>3</sup> )	N	%
$\geq$ 500	1713	59%
[350;500[	678	23%
[200;350[	398	14%
<200	122	4%
<b>TOTAL</b>	<b>2911</b>	<b>100%</b>

- 59% des patients traités depuis plus de 6 mois et ayant une CV<50 copies/ml ont des CD4 $\geq$ 500/mm<sup>3</sup>.

### D.2.e Répartition par type de traitement

Tableau IV: Répartition des patients par type de traitement antirétroviral

SCHEMAS DE TRAITEMENT en 2010	TOTAL	%
2INTI + 1IP/r	1949	44%
2INTI + 1INNTI	1378	31%
Avec INI*	463	10%
3 INTI	42	1%
1 IP +/-r	22	0%
AUTRES	601	13%
<b>TOTAL</b>	<b>4455</b>	<b>100%</b>

- 44% des patients bénéficient d'une ligne de traitement type 2INTI+1IP/r
- 10% des patients bénéficient d'une anti-intégrase.

\* : Inhibiteur de l'intégrase

## D. 3. Analyse des données chez les patients dépistés en 2010

Les données de 235 patients ont été analysées.

### D.3.a Répartition par sexe et par âge

66% des patients dépistés en 2010 sont des hommes.

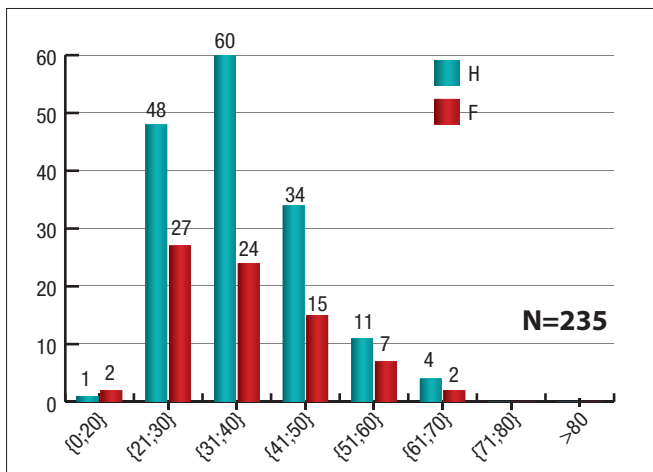


Figure 7: Répartition des nouveaux dépistés par âge et par sexe

Les femmes dépistées sont plus jeunes que les hommes :

- La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes est la tranche 21-30 ans. Chez les hommes, la tranche d'âge la plus représentée est la tranche 31-40 ans.
- La moyenne d'âge des patients est de 37 ans, 36 ans chez les femmes, 38 ans chez les hommes.

### D.3.b Répartition par mode de contamination

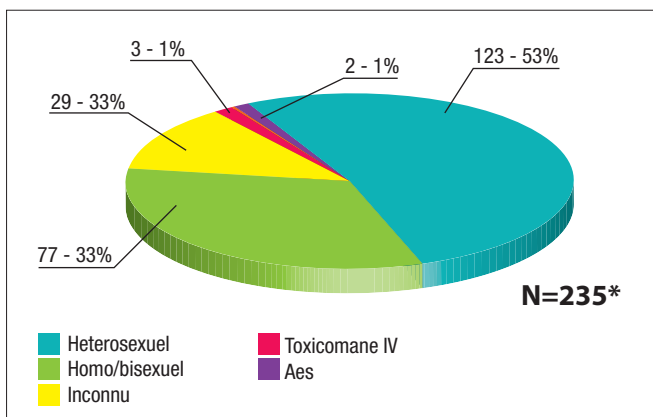


Figure 8: Répartition des nouveaux dépistés par mode de transmission

\*: dont 1 cas de contamination par transfusion.

- Les patients dépistés en 2010 ont été majoritairement (53%) contaminés par voie hétérosexuelle.
- Dans les centres de Pontoise, d'Eaubonne et de Clichy, les pourcentages de transmission hétérosexuelles sont les plus importantes et se situent entre 75% et 81%.
- Pour l'hôpital Bichat et l'Institut Hospitalier Franco-britannique, les pourcentages sont respectivement 45% et 27%. Les transmissions homosexuelles sont plus importantes dans ces 2 hôpitaux que dans les autres centres.

### D.3.c Origine géographique des patients dépistés en 2010

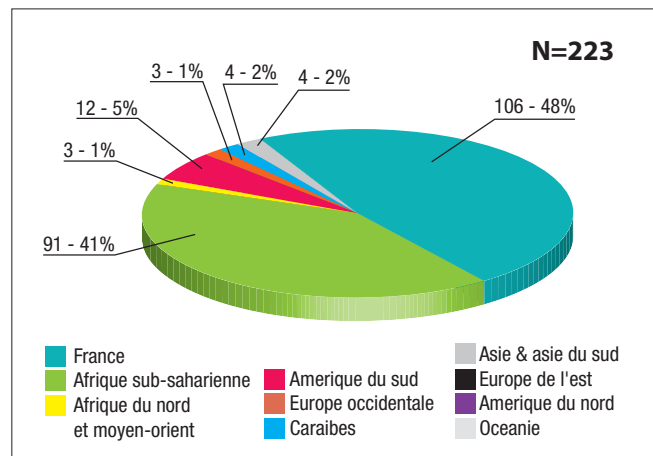


Figure 9: Répartition des patients dépistés en 2010 par origine géographique

- La majorité des patients dépistés sont d'origine française: 48%

### D.3.d CD4 au moment du dépistage

Tableau V : Répartition des patients dépistés en 2010 par niveau de CD4 au moment du dépistage

CD4 (/mm <sup>3</sup> )	TOTAL	%
≥500	61	28%
[350;500[	43	20%
[200;350[	50	23%
<200	63	29%
<b>TOTAL</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

- 72% des patients sont dépistés alors qu'ils ont des CD4<500 (indication thérapeutique).
- 29% des patients sont dépistés à un stade avancé avec des CD4<200

### D.3.e Maladies classant SIDA survenues chez les patients dépistés en 2010

19,5% des patients des patients dépistés en 2010 sont au stade C.

Tableau VI: Maladies classant Sida survenues chez les patients dépistés en 2010

	TOTAL	%
PNEUMONIE A PNEUMOCYSTIS CARINII	13	28%
INFECTIONS A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	12	26%
SARCOMES DE KAPOSI	7	15%
CRYPTOCOCCOSE	4	9%
TOXOPLASMOSE CEREBRALE	3	6%
ENCEPHALOPATHIE DUE AU VIH	2	4%
CACHEXIE	2	4%
HISTOPLASMOSE	1	2%
LYMPHOME DE BURKITT	1	2%
INFECTION HERPETIQUE, ULCERES CHRONIQUES > 1 MOIS	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

## D. 4. Analyse des données chez les femmes enceintes infectées par le VIH

En 2010, 143 femmes infectées par le VIH ont été suivies pour leur grossesse sur le territoire de la COREVIH IDF Nord selon les répartitions suivantes : 10 femmes à Eaubonne, 7 à Beaujon, 95 à Bichat, 18 à Pontoise et 13 à Robert Debré.

Parmi ces 143 grossesses, il y a eu 4 interruptions médicales de grossesse (IMG): 3 à l'hôpital Bichat-Claude Bernard et 1 à Robert Debré. Une femme suivie à Bichat Claude Bernard a subi une fausse couche (grossesse gémellaire).

Au total, 139 enfants sont nés vivants avec un poids médian [min-max] de 2960gr [790 – 4330]. **Aucune transmission materno-foetale n'a été observée.**

Dans l'enquête périnatale française (EPF) de 2009, 18 % des femmes ont découvert leur séropositivité au VIH pendant la grossesse. En 2010, sur l'ensemble de notre territoire 12% des femmes ont découvert leur séropositivité au VIH au cours de cette grossesse.

Plusieurs données n'ont pu être colligées sur l'ensemble du territoire, notamment celles concernant le dosage des antirétroviraux (ARV) (recommandations du groupe d'expert de 2010, Rapport YENI), et celles concernant la connaissance par le père de l'enfant de la séropositivité VIH de la femme.

A la maternité de l'hôpital Bichat Claude Bernard, ces données ont pu être recueillies :

- Dosage des ARV (Cf. Tableau VIII)
- Partenaires informés : 71%

### D.4.a Lieux d'accouchement

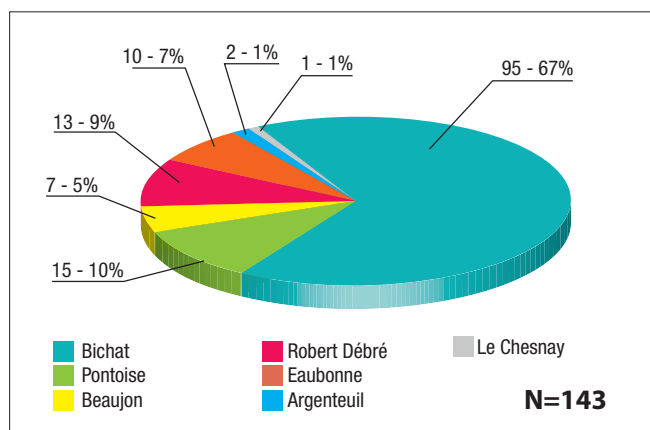


Figure 10: Répartition des femmes enceintes VIH+ suivies sur le territoire du COREVIH Ile-de-France Nord selon leur lieu d'accouchement

### D.4.b Pays d'origine

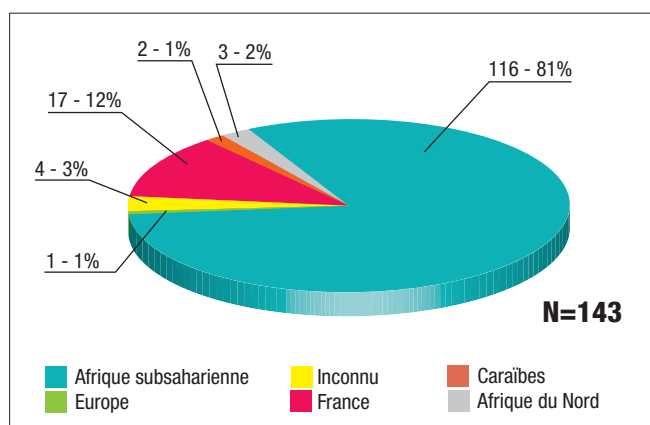


Figure 11: Répartition des femmes enceintes infectées par le VIH selon l'origine géographique

La majorité des patientes sont originaires d'Afrique subsaharienne (81%), dont 37 % de Côte d'Ivoire et 31 % du Cameroun.

### D.4.c Données des patientes à l'accouchement

Tableau VII: Données épidémiologiques des patientes au terme de l'accouchement

	Médiane (MIN_MAX)
Age (ans)	34 [21 – 46]
Terme (semaine)	38 + 3 [23+0 – 43 +6]
CD4 (mm³)	519 [73 – 1407]

#### 1. Données virologiques et pharmacologiques à l'accouchement<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 3 Données manquantes

Tableau VIII: Données virologiques et pharmacologiques des patientes au moment de l'accouchement

	N	%
VIH-1	129/136	95
VIH-2	5/136	4
VIH-1/VIH2	1/136	1
CV VIH-1 < 50 copies/ml	91/130	70
CV VIH-1 < 400 copies/ml	122/130	94
CV VIH-2 < 100 copies/ml	6/6	100
Dosage des ARV au cours de la grossesse (Bichat)	70/89	79
Adaptation des doses des ARV (Bichat)	13/70	19

## 2. Mode d'accouchement<sup>2</sup>

Tableau IX: Mode d'accouchement des patientes

	N	%
Voie basse	75/136	55.1
Césarienne	61/136	44.9
Césarienne cause obstétricale	38/61	62.3
Césarienne CV détectable	10/61	16.4
Césarienne choix de la patiente	1/61	1.6
Césarienne pour raison inconnue	12/61	19.7

2 2 Données manquantes,

Tableau X : Statut thérapeutique et schémas de traitements des patientes au cours de la grossesse

Schéma de traitements	4 premières semaines		1 <sup>er</sup> trimestre		2 <sup>ème</sup> trimestre		3 <sup>ème</sup> trimestre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sans traitement	57	41%	58	42%	27	20%	5	4%
Avec traitement	82	59%	81	58%	111	80%	131	96%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>
2 INTI + 1 IP +/- r	54	66%	61	75%	88	79%	109	83%
2 INTI + 1 INNTI	16	20%	12	15%	11	10%	10	8%
Quadrithérapies	9	11%	7	9%	10	9%	9	7%
Autres trithérapies	2	2%	1	1%	1	1%	0	0%
Monothérapie : 1 INTI	1	1%	0	0%	1	1%	3	2%

**INTI** : Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse.

**INNTI** : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse.

**IP** : Inhibiteurs de la Protéase.

**IF** : Inhibiteur de Fusion.

**INI** : Inhibiteur de l'Intégrase.

## 2. Perfusion AZT au cours de l'accouchement

En raison d'accouchements à domicile ou en urgence, 9 patientes sur les 143 suivies n'ont pu bénéficier de la perfusion d'AZT. En outre, cette donnée n'est pas disponible chez 5 patientes.

## D.4.d Les traitements

### 1. Traitements reçus pendant la grossesse

#### • Types de traitements reçus au cours de la grossesse

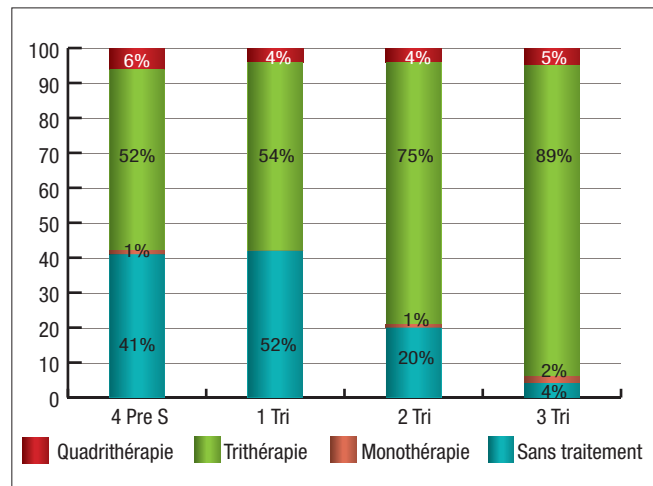


Figure 12 : Proportions des différents types de traitements en fonction du stade de la grossesse

## D. 5. Analyse des données chez les enfants infectés par le VIH suivis à l'hôpital pédiatrique Robert Debré (Paris)

Nombre de patients : 124

Nombre de nouveaux patients : 9

### D.5.a Analyse globale de la file active

#### 1. Répartition des enfants selon l'âge et le sexe

- Filles: 52%
- Garçons: 48%

La moyenne d'âge des enfants est 11 ans.

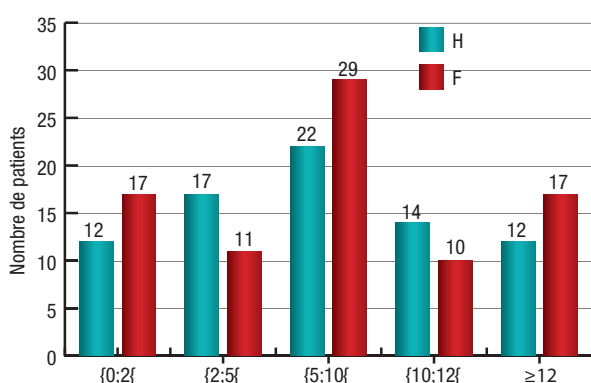


Figure 13 : Répartition des enfants selon le sexe et l'âge

#### 2. Origine géographique

Tableau XI : Répartition des enfants selon l'origine géographique et le sexe

Pays d'origine	SEXE		TOTAL
	G	F	
Afrique sub-saharienne	43	47	90
Afrique du nord	6	5	11
France	7	6	13
Caraiïbes	3	5	8
Asie	1	1	2
Europe de l'est	0	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>64</b>	<b>124</b>

#### 3. Co-infections VIH/VHB/VHC

Tableau XII : Proportions des enfants co-infectés VIH-Hépatite (N=124)

CO-INFECTIONS	NOMBRE DE PATIENT	%
VIH-VHB	2	2
VIH-VHC	1	1
VIH-VHB-VHC	0	0

#### 4. Mode de contamination

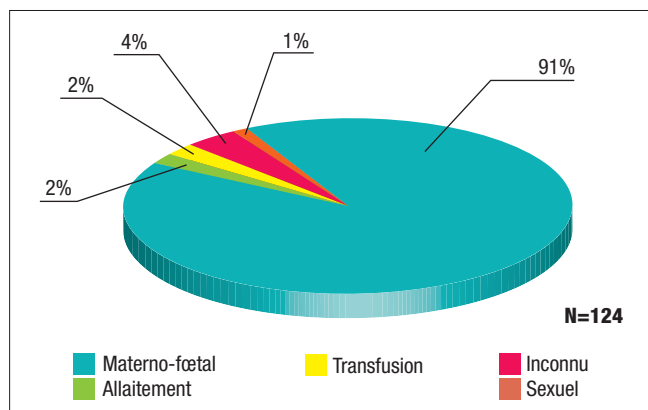


Figure 14 : Répartition des enfants selon le mode de contamination

### D.5.b Données sur les enfants traités

#### 1. Statut thérapeutique des patients

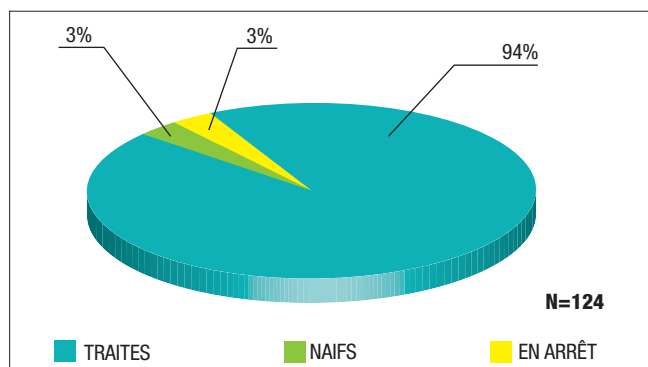


Figure 15 : Répartition des enfants selon le statut thérapeutique

#### 2. Données virologiques

Tableau XIII: Charges virales des enfants traités depuis plus de 6 mois

CHARGE VIRALE (Copies/ml)	NOMBRE DE PATIENTS	%
CV<50	59	51
CV>50	56	49
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

### 3. Données immunologiques

Tableau XIV: CD4 des enfants traités depuis plus de 6 mois

CD4 (%)	NOMBRE DE PATIENTS	%
CD4 ≥ 25%	87	76
[15%; 25%[	19	17
CD4 <15%	8	7
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Tableau XV: CD4 des enfants traités depuis plus de 6 mois ayant une CV<50 copies/ml

CD4 (%)	NOMBRE DE PATIENTS	%
CD4 ≥ 25%	49	84
[15%; 25%[	9	16
CD4 <15%	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

### 4. Schémas thérapeutiques

Tableau XVI : Répartition des enfants par type de traitement antirétroviral

SHEMAS ACTUELS DE TRAITEMENT	NOMBRE DE PATIENTS	%
2NRTI+1IPb	61	53
2NRTI+1NNRTI	27	24
AUTRES	19	17
Avec INI*	6	5
3NRTI	1	1
1IP+/-r	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

\* : Inhibiteur d'Intégrase

### 5. Données virologiques selon l'âge

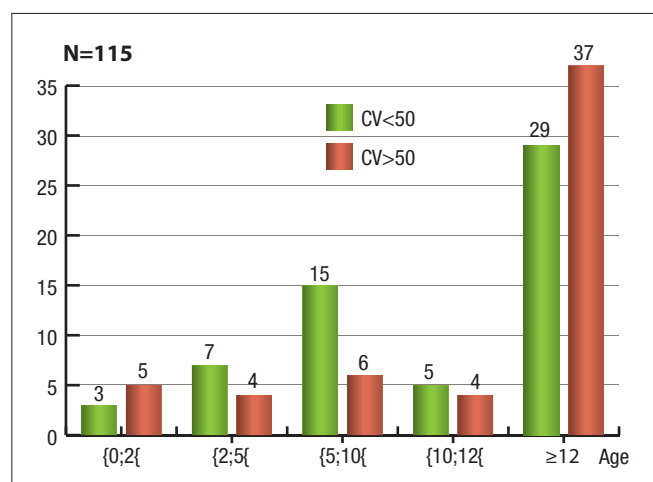


Figure 16 : Répartition des enfants selon l'âge et la charge virale

## E. ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES DANS LE DOMAINE DU DÉPISTAGE, DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

### E. 1. Activité de dépistage

Tableau XVII: Nombre de consultations au CDAG – Année 2010

Centre de dépistage	Nombre de Consultation
<b>CDAG de l'Hôpital Bichat Claude-Bernard</b>	11897 CDAG 1530 Consultations de CIDDIST
<b>CDAG de Cergy</b>	1092
<b>CDAG d'Eaubonne</b>	547
<b>CMS de Clichy</b>	444
<b>Pôle Santé Goutte d'Or</b>	NC

NC : Non communiqué

Tableau XVIII : Nombre de tests de dépistage réalisés et résultats

Centre de dépistage	Nombre de tests de dépistage VIH	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)
<b>CDAG de l'Hôpital Bichat Claude-Bernard</b>	5589 en CDAG 335 en CIDDIST	74 en CDAG 1 en CIDDIST	1,32 en CDAG 0,3 en CIDDIST
<b>CDAG de Cergy</b>	1130	6	0,53
<b>CDAG d'Eaubonne</b>	371	3	0,81
<b>CMS de Clichy</b>	397	1	0,25
<b>Pôle Santé Goutte d'Or</b>	NC	NC	NC

15500 consultations de dépistage ont été comptabilisées sur le territoire de la COREVIH Idf-Nord et 7822 tests ont été réalisés.

85 personnes ont découvert leur infection VIH (prévalence 1,08%).

### E. 2. Activité d'éducation thérapeutique

Tableau XIX : Activité ETP 2010 de la COREVIH IDF-Nord

Site	Nombre de patients vus	Nombre de consultations ETP	Nombre d'heures de formation
<b>BICHAT-CLAUDE BERNARD</b>	263	613	1 IDE, 1 psychologue, 2 pharmaciens (dont 1 est formateur ETP)
<b>BEAUJON</b>	47	69	1 médecin + 1IDE (2 jours)
<b>PONTOISE</b>	39	77 (10 patients > 3 séances)	4 IDE (20 à 40h chacune)
<b>EAUBONNE</b>	30*	39	1 médecin (2 jours) ; 1 IDE (3 jours)
<b>ARCAT-SIDA</b>	NC	NC	NC
<b>ACTION-TRAITEMENT</b>	NC	NC	NC

\* dont 1 pour initiation traitement, 2 pour reprise après interruption de suivi et de traitement, 1 pour changement de traitement. Sur les 30 patients 28 sont traités par ARV au long cours et 2 sont naïfs de traitement.

NC : Non communiqué

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état.

### E. 3. Activité du Réseau de Santé Paris Nord (RSPN)

Depuis l'ouverture des inclusions des patients en 2006, 525 patients porteurs d'une virose chronique ont été inclus au total par 40 professionnels distincts. Ces patients dépendent principalement de deux COREVIH (IDF Nord et IDF Est) avec lesquelles le réseau travaille régulièrement. Le réseau ne dispose pas d'information sur la répartition de ces patients entre les deux COREVIH dont dépend le réseau.

Chaque année 75% de ces patients rencontrent au moins une fois un médecin hospitalier.

Parmi eux, 417 sont porteurs du VIH.

- 34 coinfectés VIH-VHB
- 57 coinfectés VIH-VHC
- 6 coinfectés VIH-VHB-VHC

L'évolution des inclusions est la suivante au cours des trois dernières années :

- 61 patients VIH inclus au cours de l'année 2008 par 15 professionnels distincts
- 75 patients VIH inclus au cours de l'année 2009 par 20 professionnels distincts
- 69 patients VIH inclus au cours de l'année 2010 par 17 professionnels distincts







# III.

## Analyse qualitative de l'activité du COREVIH



# A. COORDINATION ET HARMONISATION DES PRATIQUES : BILAN ET PERSPECTIVES DES COMMISSIONS THÉMATIQUES

Les commissions organisent en leur sein un travail interdisciplinaire. Elles peuvent porter un diagnostic sur la situation locale afin d'évaluer et d'harmoniser les pratiques. A partir de leurs travaux et de leurs propositions, le COREVIH émet des recommandations et propose des programmes pour harmoniser et améliorer la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH sur notre territoire. La composition et le nombre de commissions peuvent évoluer en fonction des nouvelles orientations du COREVIH.

## A. 1. Fonctionnement des commissions thématiques

En 2010, le COREVIH comptait 8 commissions thématiques qui correspondent aux grands enjeux identifiés par le Comité :

- *Dépistage, prévention et accident d'exposition au sang*, coordonnée par Corinne Taéron (Unals),
- *Femmes, enfants, adolescents*, coordonnée par le Dr. Philippe Faucher (gynécologue, Hôpital Bichat-Claude Bernard),
- *Education thérapeutique du patient et Observance*, coordonnée par le Dr. Agnès Certain (pharmacienne, Hôpital Bichat-Claude Bernard),
- *Recueil épidémiologique médico-social*, coordonnée par le Dr. Nicolas Gruat (CHI du Vexin),
- *Troubles métaboliques*, coordonnée par le Dr. Catherine Campinos (endocrinologue, Hôpital René Dubos),
- *Infection Sexuellement Transmissibles*, coordonnée par le Dr. Fabrice Bouscarat (dermatologue, Hôpital Bichat-Claude Bernard),
- *Activité, Budget, Communication*, coordonnée par Séverine Fouran-Peralta (Actions Traitements).

Indicateur de fonctionnement des commissions

INDICATEURS DE FONCTIONNEMENT des Commissions Thématiques			
Thèmes	Réunions	nombre de membres	Ordre du jour et comptes rendus
<b>Recueil épidémiologique médico-social</b> Dr. Nicolas Gruat, membre du Bureau, Centre Hospitalier du Vexin (95)	4	11	oui
<b>Dépistage, Prévention, AES et Education à la Santé</b> Corinne Taéron, membre du Comité Association ARCAT	10	10	oui
<b>Femmes, Enfants, Adolescents</b> Dr. Philippe Faucher, membre du Bureau Bichat - Claude Bernard (75018)	0	3	
<b>Education Thérapeutique</b> Dr. Agnès Certain, membre du Bureau Bichat - Claude Bernard (75018)	4	10	oui
<b>Troubles métaboliques</b> Dr. Catherine Campinos CH René Dubos (95 Pontoise)	Non renseigné	7	
<b>Co-Infections et IST</b> Dr. Fabrice Bouscarat Bichat - Claude Bernard (75018)	0	3	
<b>Virologie</b> Pr. Diane Descamps, Bichat - Claude Bernard (75018)	0	3	
<b>ABC (Activité, Budget, Communication)</b> Séverine Fouran-Peralta	0	3	

groupes dissous en 2010

## A.1.a Commission Recueil Épidémiologique Médico-Social

### Coordination du groupe :

Nicolas GRUAT (PH Centre hospitalier du Vexin et Hôpital d'Eaubonne)

Composition du groupe :

Patricia GUIET et Aurélie VAQUIER (AS Hôpital de Pontoise), Laurence MORISSET (AS Hôpital d'Eaubonne), Catherine SECONDI (AS Hôpital Bichat – Claude Bernard), Gwenn HAMET et Françoise LOUNI (TEC Hôpital Bichat – Claude Bernard), Seynabou NDIAYE (association Afrique Avenir), Philippe LABALME (association Cordia), Rodolphe ONESTAS (association LOGINTER), Adeline DEMONCY puis Christine MOUCAZAMBO (coordinatrice), Nicolas GRUAT (PH Centre hospitalier du Vexin et Hôpital d'Eaubonne, pilote du groupe)

En 2010, le groupe s'est agrandi avec la participation de 2 assistantes sociales. Quatre réunions ont eu lieu en 2010 :

- jeudi 11 février
- jeudi 22 avril
- jeudi 24 juin
- jeudi 15 octobre

Chaque réunion a fait l'objet d'un compte rendu.

### 1. Recueil des données médicales hospitalières

Le groupe a poursuivi ses travaux sur le recueil des données médicales hospitalières avec le soutien logistique de plusieurs TEC : Gwenn Hamet et Françoise Louni pour Bichat, Martine Deschaud pour le Val d'Oise et Ali Tadlaloui-Hbibbi pour les Hauts de Seine et Robert Debré (Paris 19<sup>e</sup>). Tous les sites n'étant pas équipés de Nadis, une hétérogénéité au niveau du recueil de données persiste. Afin d'harmoniser et de faciliter le recueil épidémiologique au sein du COREVIH, Les TEC ont élaboré une synthèse commune sous forme d'un document Excel. Les tableaux doivent permettre de présenter les données issues de différentes sources et de répondre aux questions concernant la file active du COREVIH. Cette trame commune a été testée pour la présentation des données épidémiologiques lors de la plénière du 9 décembre 2010 et pour la rédaction du chapitre « *analyse épidémiologique* » du bilan d'activité. Le document sera prochainement discuté en réunion de bureau en vue d'être amélioré.

En 2010, le groupe avait envisagé d'effectuer un travail sur les perdus de vue et notamment de revenir sur les dossiers de 10 % des perdus de vue de la base de données Nadis. L'objectif de cette étude était d'identifier les causes de perte de vue et afin de mieux anticiper le phénomène. Les éléments pertinents devant être relevés dans les dossiers n'ayant pas été discutés, ce projet a dû être reporté à 2011. Il est prévu que le groupe se rapproche d'autres COREVIH ayant déjà travaillé sur ce sujet.

### 2. Recueil des données sociales

En 2009, le groupe a réalisé un état des lieux des différents dispositifs médico-sociaux et sanitaires : places en appartements de coordination thérapeutique, en maisons d'accueil spécialisées, en lits de soins de suite, en dispositifs de maintien à domicile. Puis il a opéré une mise en perspective de l'offre associative au regard de la demande sociale en places d'hébergement.

Ce travail s'est affiné en 2010 avec l'élaboration d'une fiche de recueil de suivi social et une enquête auprès des établissements pour la prise en charge des personnes âgées vivant avec le VIH.

#### • Fiche de recueil de suivi social

- > Les objectifs de cette fiche sociale étaient d'harmoniser le recueil social, de pouvoir effectuer un suivi dans le temps des patients en situation difficile et de quantifier les besoins en structures.

> difficultés rencontrées :

L'utilisation de ce référentiel commun s'est avérée compliquée du fait de la préexistence d'outil de recueil propre à chaque site ; l'intégration des données anciennes est de plus trop conséquente pour les services sociaux.

#### • Enquête « *Conditions de vie* »

Devant le constat que nous ne disposions d'aucune donnée sociale sur la file active du COREVIH, l'idée d'une enquête auprès des patients a été émise. Un questionnaire a déjà été rédigé, soumis au bureau qui l'a approuvé et les modalités de diffusion ont été discutées.

#### • Enquête auprès des maisons de retraites pour la prise en charge des personnes âgées vivant avec le VIH

Cette enquête réalisée entre décembre 2009 et avril 2010 avait pour objectif d'identifier les freins à la prise en charge des personnes âgées séropositives en Maisons de Retraite, de sensibiliser les structures sur la question émergente du vieillissement et du VIH et de faire connaître l'existence du COREVIH.

Elle a pris la forme d'un questionnaire de deux pages adressé à 217 établissements. Le groupe a obtenu un taux de réponse de 18 % soit 39 établissements, principalement basés dans le département du Val d'Oise.

Les résultats de l'enquête sont consultables en annexe 3.

#### Les conclusions soulignent :

- le faible nombre de structures de type EHPAD qui accueillent actuellement des personnes âgées séropositives alors que la demande ira probablement croissante ;
- une forte demande de formations de la part des équipes soignantes sur la prise en charge de la pathologie, les mesures de prévention et les accidents d'exposition au sang ;
- un frein à l'admission lié au coût élevé des traitements.

### 3. Perspectives 2011 :

> Sensibilisation des acteurs :

- Présentation de ce travail à l'occasion de la journée de la fédération d'Ile de France au printemps 2011 d'EHPAD du Val d'Oise sur invitation du Président de l'association des médecins coordonnateurs,
- diffusion des résultats de l'enquête et de ses conclusions sous forme d'article de presse,
- partenariat avec un médecin coordinateur ayant manifesté le souhait de participer aux travaux du groupe.

> Extension de l'enquête aux autres territoires d'Ile de France.

> Diffusion de l'enquête « *conditions de vie* » auprès des patients afin de mieux connaître leur situation socio-économique.

> Recueil de données sur les perdus de vue :

En premier lieu, le groupe devra définir les items à rechercher en s'inspirant des travaux déjà réalisés dans d'autres COREVIH.

## A.1.b Commission Prévention, Dépistage, Accident d'Exposition au Sang et Education à la santé

Coordination du groupe : Corinne Taéron, membre titulaire du collège 3 « Représentants des usagers du système de santé » pour l'Union nationale des associations de lutte contre le sida (Unals). Contact : corinne.taeron@gmail.com - Tél : 01 44 93 29 21.

Composition : Michel Allamel (AIDES), Elisabeth Bouvet (PU-PH, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Enrique Casalino (PU-PH, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Alain Lachand (Chrétiens et Sida), Mbouiti Mbouiti (La Résilience), Ludovic Oualembo (La Résilience), Annie Le Palec (Sida Info Service), Jean-Marc Bithoun (Actions Traitements), Cindy Godard (TEC, Bichat – Claude Bernard), Corinne Taéron (Unals, Arcat).

En fonction des sujets, d'autres personnes – membres ou non du COREVIH IDF NORD – ont contribué à la réflexion du groupe et ont été conviées à ses réunions, notamment : Elisabeth Zimmerman (CDAG Cergy), Joelle Larose (CDDS Eaubonne), Boumedienne Bereksi (CG 95), Annie Le Prêtre (Unité Escale, GHEM – Hôpital Simone Veil), Laurent Blum (Hôpital René Dubos), Gérard Pellissier (GERES), Elisabeth Rouveix (COREVIH IDF OUEST), etc.

### Activité détaillée :

Lors de chaque réunion plénière du comité du COREVIH (15 avril, 21 octobre, 9 décembre 2010), les travaux et réflexions du groupe ont fait l'objet de présentations.

Les réunions du groupe en 2010 :  
Ordre du jour : oui  
Compte rendu : oui

Réunions du groupe de travail : 4  
26.04.10 : réunion du groupe, élargie inter-CDAG,  
09.11.10 : réunion du groupe,  
16.11.10 : réunion du groupe, élargie inter-COREVIH Nord et Ouest sur les AES,  
02.12.10 : réunion du groupe.

Autres réunions :  
22.01.10 : réunion de concertation avec le président, le vice-président et la coordination du COREVIH,  
08.02.10 : réunion de concertation avec le président, le vice-président et la coordination du COREVIH,  
23.03.10 : réunion avec la coordination du COREVIH,  
26.04.10 : réunion au CDAG de Cergy,  
06.05.10 : réunion des représentants du groupe de travail, du CDAG et du service informatique de Bichat.

En 2010, l'activité du groupe de travail s'est principalement axée sur les thèmes des AES (Accident d'Exposition au Sang) et du dépistage.

En 2009, une enquête réalisée avec le GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux, [www.geres.org](http://www.geres.org)) sur le territoire du COREVIH IDF NORD auprès des établissements de soins prenant ou non en charge des personnes infectées par le VIH, avait mis en évidence un certain nombre de besoins :

- besoin d'harmoniser les protocoles de prise en charge des AES,
- besoin de renforcer les liens entre établissements référents et établissements non référents,
- formations dans certains cas.

En 2010, année de réactualisation des recommandations du rapport d'experts, ce travail s'est poursuivi :

- en organisant une rencontre avec le COREVIH IDF OUEST, qui a lui-même conduit une étude comparable sur les AES en 2010 sur son territoire. Dans les grandes lignes, les résultats des deux enquêtes convergent et nous laissent entrevoir, à la fin 2010, une possibilité d'action commune sur ce thème en 2011 (mise en place de programmes de formations sur les AES, diffusion d'informations, etc.),
- en élaborant une information simple à destination du grand public, ainsi qu'une mise en ligne des documents de référence à destination des professionnels sur le nouveau site de du COREVIH IDF NORD.

Sur le dépistage, nous avons entrepris, en 2010, d'effectuer un premier recueil d'informations afin de :

- faire un état des lieux des services proposés dans les CDAG présents sur le territoire de du COREVIH IDF NORD,
- recueillir des données sur les moyens dont disposent les CDAG et sur leurs activités de dépistage,
- proposer une harmonisation du recueil de données.

Cette enquête a mis en évidence la nécessité d'aboutir rapidement à l'informatisation du recueil de données pour le CDAG de l'hôpital Bichat - Claude Bernard qui présente l'activité la plus forte. Cette informatisation a été mise en place, sur l'impulsion du COREVIH IDF NORD, dans les mois suivant les résultats de l'enquête. Il est également apparu que l'activité des CDAG de Cergy et d'Eaubonne était limitée par le manque de vacances de médecins. Ce problème a été partiellement résolu en 2010 (les besoins sont désormais couverts à Eaubonne).

A la demande de plusieurs professionnels membres du COREVIH IDF NORD, nous avons entamé, fin 2010, une réflexion sur la place des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) dans les procédures de prise en charge des AES et de dépistage au sein ou en partenariat avec les CDAG.

Enfin, face aux multiples demandes de formations, nous avons entamé une réflexion, transversale à plusieurs groupes de travail, sur les possibilités de mise en place – dans le respect du cadre réglementaire et avec le souci d'apporter une vraie plus-value aux publics ciblés – de formations, validantes ou non, à destination des acteurs du COREVIH IDF NORD.

## A.1.c Commission Femmes, Enfants, Adolescents

Coordination : Philippe Faucher (Gynécologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard)  
Composition : Sophie Matheron (Infectiologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Martine Lévine (Médecin référent VIH, Hôpital Robert Debré), Philippe Faucher (pilote du groupe).

Le faible nombre de participants dans cette commission a entravé la mise en œuvre des objectifs définis par le groupe pour 2010. Dans le cadre d'un travail en collaboration avec le COREVIH IDF OUEST, les membres de la commission se sont donc investis dans l'organisation d'une soirée d'information pour les professionnels de santé sur la thématique de l'infection par le VIH et du désir d'enfant. Cet événement doit se tenir au premier trimestre 2011 et sensibiliser au moins 120 professionnels (gynécologues, sages-femmes, médecins de ville etc.).

## A.1.d Commission Troubles Métaboliques

Coordination : Catherine Campinos (Diabétologue, Hôpital René Dubos)  
Composition : Catherine Campinos, Laurent Blum (Médecin référent VIH, Hôpital René Dubos), Guillaume Jondeau (Cardiologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard), François Funck (Cardiologue, Hôpital René Dubos), Nadia Margoline (Cardiologue, Hôpital René Dubos), Ronan Roussel (Endocrinologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Martine Deschaud (TEC Val d'Oise).

Deux enquêtes prospectives de prévalence des risques cardiovasculaires des patients VIH ont été menées sur 3 sites du COREVIH IDF NORD. Ces deux études ont été menées de façon indépendante avec une méthodologie et des objectifs différents. Les résultats et conclusions sont détaillés en annexe 2. L'une avait pour objectifs l'étude de la prévalence des risques cardiovasculaires au cours de l'infection VIH et le recours aux consultations spécialisée, effectuées sur 2 sites hospitaliers généraux (Hôpital René Dubos et GHEM - Hôpital Simone Veil). L'autre étude menée sur le site hospitalier de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard avait pour but l'évaluation du risque cardiovasculaire à 10 ans chez une population de patients VIH selon différentes échelles de calculs.

Les projets pour l'année 2011 sont :

- de poursuivre ces enquêtes de prévalence en intégrant tous les sites du COREVIH IDF NORD avec une méthodologie et des objectifs communs,
- de cibler les acteurs intervenant dans les risques métaboliques,
- de définir une stratégie commune de prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires,
- de développer et d'optimiser les filières de prise en charge en collaboration avec les services de Cardiologie et d'Endocrinologie,
- de contribuer à une meilleure prise en charge des addictions en collaboration avec le groupe tabacologie,
- d'étendre les enquêtes à d'autres co-morbidités (rein, os, foie).

### A.1.e Commission Education Thérapeutique du Patient

Coordination : Agnès Certain (pharmacienne, Hôpital Bichat – Claude Bernard)  
Composition du groupe : Christelle Bernard (IDE, GHEM – Hôpital Simone Veil), Zohra Berki (Psychologue clinicienne, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Jean Marc Bithoun (Actions Traitements), Agnès Certain (Pharmacienne, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Patrick Jourdain (Cardiologue, Hôpital René Dubos), Laurent Blum (Dermatologue, Hôpital René Dubos), Annie Leprêtre (Infectiologue, Hôpital Simone Veil, Hôpital Bichat-Claude Bernard), Ali Tadlaoui-Hbib (TEC, COREVIH IDF Nord), Pascale Santana (Médecin généraliste, Réseau de Santé Paris Nord), Corinne Taéron (Unals, Arcat), Agnès Villemant-Uludag (Médecine Interne, Hôpital Beaujon), Patrick Yeni (Chef de service, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat – Claude Bernard).

Les réunions du groupe en 2010 :  
Ordre du jour : oui  
Compte-rendu : oui

- 22 avril 2010 : mise en place de la phase pilote de CAS VIH, 16 participants,
- 15 novembre 2010 : bilan de la phase pilote CAS VIH ; perspectives 2011, 10 participants et 6 excusés,
- Initialement prévue en décembre 2010 puis reportée au 18 janvier 2011 : rencontre avec les représentants de AIDES,
- Diverses réunions téléphoniques avec Patrick Jourdain, Laurent Blum, Patrick Yeni pour le suivi global du groupe.

En 2010, la commission a travaillé sur :

- l'évaluation de l'activité des consultations d'éducation thérapeutique,
- la finalisation et l'évaluation d'un outil commun destiné à enrichir les programmes d'ETP des sites du COREVIH IDF Nord.

L'évaluation de l'activité des consultations d'ETP a porté sur les sites du COREVIH IDF NORD ayant une activité d'ETP, conformément aux arrêtés et décrets du 2 août 2010. Pour ce faire, la commission a procédé au recueil des données qualitatives et quantitatives sur les sites pratiquant l'ETP : nombre de patients ayant bénéficié d'un programme d'ETP, nombre de séances, nombre d'éducateurs, nombre d'heures de formation.

Les indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles sont en cours d'harmonisation afin d'être en conformité avec les critères d'exigence des programmes autorisés par l'ARS et qui doivent notamment prendre en compte l'auto-évaluation annuelle de l'activité et du déroulement.

La commission ETP a construit un programme d'éducation thérapeutique original : « *Connaissance Action Santé* » (CAS) qui est une transposition d'un programme qui existe déjà en Cardiologie à l'hôpital René Dubos, piloté par le Dr. Patrick Jourdain.

Il s'agit d'une co-construction avec des soignants et des associations de patients fondée sur une pédagogie interactive qui consiste, pour le patient, à se constituer un capital santé au fur et à mesure de l'amélioration de ses connaissances et de ses compétences.

Des questions sont bâties de façon concomitante entre le patient et le soignant. Elles prennent la forme de cartes « *connaissances* » et de cartes « *mises en situation* » avec une évaluation à J0 avant le jeu et après le jeu, puis à distance

(M2 et plus) avec une évaluation des connaissances, des compétences, mais également de la qualité de vie.

Le patient réalise le parcours (de type « *jeu de l'oie* », cf. présentation générale en annexe) avec les éducateurs.

Le jeu se compose de 90 cartes construites autour de 5 thématiques (thérapeutique et bon usage, prévention et prises de risques, vécu au quotidien, effets indésirables et nutrition et hygiène de vie).

Une étude de faisabilité a été réalisée entre début mai et le mi-juillet 2010 après une réunion de formation des éducateurs sur 6 sites : hôpitaux, réseau de santé, associations.

Les résultats ont été présentés au congrès de la SFLS sous forme de communication affichée (cf. présentation générale en annexe) : 89 patients ont été inclus sur 5 des 6 sites (le médecin généraliste du réseau n'a pas pu inclure à cause de difficultés de recrutement). Un questionnaire de satisfaction d'une dizaine de questions a été proposé aux patients : le programme a globalement Laurent Blum (Dermatologue, Hôpital René Dubos), Annie Leprêtre (Infectiologue, Hôpital Simone Veil, Hôpital Bichat-Claude Bernard), Ali Tadlaoui-Hbib (TEC, COREVIH IDF Nord). Est constatée une augmentation de l'ordre de 70% entre J0 avant le jeu et J0 après le jeu. A M2, l'augmentation des connaissances par rapport à J0 avant le jeu persiste mais dans une moindre mesure puisqu'il n'y avait plus que 46% des patients qui avaient une augmentation des connaissances.

Des mesures de la qualité de vie ont été réalisées, en même temps, grâce au questionnaire PROQOL Martin Duracinsky (protocole validé lors d'un travail doctoral).

En conclusion :

- la transposition d'une pathologie à une autre est faisable,
- la co-construction pluridisciplinaire est intéressante, riche et réalisable,
- la démarche évaluative a priori est possible et souhaitable,
- ce programme a été construit de façon indépendante avec un coût modéré.

Pour 2011, la commission souhaite :

- continuer l'expérience du programme CAS en facilitant l'appropriation de ce nouvel outil, en complétant le nombre d'items abordés et en augmentant le nombre de sites participant au projet,
- augmenter l'offre d'ETP sur le territoire du COREVIH IDF NORD, particulièrement en soutenant les sites pour la rédaction du cahier des charges d'ETP à soumettre à l'ARS,
- contribuer à former les éducateurs d'ETP (projet de formations d'ETP de niveau II),
- harmoniser les indicateurs en termes d'activité, d'impact et d'évaluation des programmes ETP,
- collaborer avec la SFLS
- intégrer systématiquement l'éducation thérapeutique dans la synthèse annuelle,
- projet de formation d'éducation thérapeutique de niveau II,
- projet de référentiel de compétences,
- alimenter la boîte à outils SFLS.

### A.1.f Commission Virologie

Coordination : Pr. Diane Descamps (Virologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard).  
Composition du groupe : Pr. Diane Descamps (Virologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Dr. Annie Leprêtre (Unité ESCALE, GHEMy - Hôpital Simone Veil), Dr. Geneviève Blanchard (Virologie, Hôpital René Dubos).



L'objectif fixé en 2010 du groupe Virologie était de permettre la discussion des dossiers de patients en échec thérapeutique au cours de réunions pluridisciplinaires (pharmaco-clinico-virologique) pour l'ensemble du COREVIH IDF NORD. Les actions menées en 2010 ont facilité l'accès aux réunions pluridisciplinaires (clinico-viro-pharmacologiques) du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital (SMIT) Bichat – Claude Bernard par la mise en place d'un système de conférences téléphoniques avec support informatique permettant la discussion des dossiers de patients lors de la réunion clinico-viro-pharmacologique hebdomadaire du SMIT de l'hôpital Bichat-Claude Bernard.

En décembre 2010, le bureau du COREVIH IDF NORD a décidé la dissolution du groupe Virologie pour permettre à ses membres de s'engager pleinement sur de nouvelles thématiques.

### A.1.g Commission Activité Budget Communication (ABC)

Coordination: Séverine Fouran Peralta (Actions Traitements).  
Composition du groupe : François Berdougo ( TRT5), Jean Marc Bithoun (Actions Traitements), Laurent Blum (Hôpital René Dubos), Michel Repellin (Actions Traitements), Patrick Yeni (Chef de Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Gwen Maddi (TEC, Hôpital Bichat – Claude Bernard).

En l'absence de coordinateur administratif, le groupe ABC assurait la coordination et la rédaction du rapport d'activité, la gestion et le suivi du budget et organisait la communication interne et externe du COREVIH IDF NORD.

Avec le recrutement en 2010 d'une coordinatrice administrative, les tâches de ce groupe sont désormais assumées par celle-ci, sous la supervision du bureau. Le groupe a donc été dissous.

### A.1.h Commission Co-infection et IST

Coordination : Fabrice Bouscarat  
Composition du groupe : Fabrice Bouscarat (Dermatologue, Hôpital Bichat – Claude Bernard), Michel Repellin (Actions Traitements), Laurent Blum (Dermatologue référent VIH, Hôpital René Dubos).

Ce groupe ne s'est pas réuni en 2010 et n'a pas soumis de nouveau projet.

## A. 2. Synthèse des projets 2011

### Détermination des objectifs 2011

Commissions thématiques	Objectifs définis	Calendrier	Moyens	Progrès attendus
<b>Recueil épidémiologique médico-social</b> <b>Dr. Nicolas Gruat, membre du Bureau, Centre Hospitalier du Vexin (95)</b>	Sensibiliser les acteurs à la prise en charge des PVVIH vieillissantes.	Printemps 2011.	- Diffusion des résultats de l'enquête 2010 et de ses conclusions sous forme d'article de presse, - Participation à la journée de la fédération des EHPAD d'Ile de France.	Augmenter l'offre d'accueil pour les PVVIH vieillissantes.
	Extension de l'enquête EHPAD 2010 réalisée sur le territoire IDF NORD.	Courant 2011.	- Contact avec les autres COREVIH d'Ile de France pour diffusion de l'enquête sur leur territoire.	Faire un état des lieux de la prise en charge des PVVIH sur l'ensemble de l'Ile de France.
<b>Dépistage, Prévention, AES</b> <b>Corinne Taéron, membre du Comité Association ARCAT</b>	AES : proposer des supports et des formations aux professionnels pour combler les éventuels besoins.	- Bilan d'une formation pilote mi-2011, - Coordination avec le COREVIH Ouest IDF courant 2011	- Formations, - Développement de supports d'harmonisation des pratiques, - Mise en ligne de protocoles.	- Harmonisation des pratiques, - Initiation d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en matière d'AES.
	Dépistage.		- Questionnaire état des lieux, - Rencontres de visu.	- Harmonisation du recueil de données sur le dépistage, - Amélioration des liens entre les différents acteurs du dépistage sur le territoire du COREVIH, - Soutien aux initiatives de partenariat autour du dépistage.
	Recours aux tests de dépistage rapide (TDR) du VIH.	- Mise en place d'un comité inter-COREVIH (IDF Ouest et IDF Nord) : mi-2011, - Organisation d'une réunion inter-COREVIH : 2 <sup>e</sup> semestre 2011.	- Organisation d'une réunion inter-COREVIH autour des TDR en coordination avec la COREVIH Ouest IDF	- Favoriser les échanges entre professionnels et les partenariats entre structures autour des TDR, - Sensibiliser des établissements de soins sur les problématiques du VIH par le biais des TDR et de la prise en charge des AES.
<b>Femmes, Enfants, Adolescents</b> <b>Dr. Philippe Faucher, membre du Bureau Bichat - Claude Bernard (75018)</b>	Amélioration des pratiques professionnelles	Courant 2011	- Organisation de 2 soirées à thème : . VIH et désir d'enfant, . VIH et femmes.	Sensibilisation de 120 professionnels parmi les gynécologues, sages femmes etc.

Commissions thématiques	Objectifs définis	Calendrier	Moyens	Progrès attendus
<b>Education Thérapeutique</b> <b>Dr. Agnès Certain,</b> <b>membre du Bureau</b> <b>Bichat - Claude Bernard</b> <b>(75018)</b>	Programme CAS VIH 1- Finaliser la phase pilote, 2- Réaliser les ajustements, 3- Rédaction d'un protocole d'évaluation du programme CAS- VIH sur l'ID.	- 1° semestre 2011 pour les points 1 et 2 - septembre 2011 pour le point 3.	- Groupe de travail + méthodologiste, - Soumission du financement de l'étude à Sidaction, etc.	- Diversification de l'offre pédagogique d'ETP, - Validation méthodique d'un programme, - Possibilité de soumission à l'ARS pour les équipes intéressées.
	Augmenter l'offre en ETP sur le COREVIH IDF Nord en développant le maillage actuel : 1- Soutien des sites à la rédaction du cahier des charges ETP/ARS, 2- Contribution à une formation validante des éducateurs : projet de promotion de formation en association avec un organisme formateur.	Point 1 : 1° semestre 2011 Point 2 : 2° semestre 2011 (étude de 2 options de partenariat).	- Réunions de travail - Sessions de formation - Co-Financement COREVIH IDF Nord / organisme formateur +/- DPC pour la formation.	Augmenter le nombre : - de sites offrant des consultations ETP, - d'éducateurs qualifiés.
	Harmonisation des pratiques d'évaluation en ETP sur les sites de la COREVIH IDF Nord voire sur les COREVIH IDF. S'accorder sur les indicateurs : activité, impact, programme.	2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> trimestre.	2 réunions de travail	Disposer d'indicateurs validés communs aux sites permettant les comparaisons des axes de progrès, les demandes de moyens, la recherche.
	Intégration dans le PPS et la synthèse annuelle.	2° semestre	Réunions de travail avec les médecins et les TEC.	Intégration de l'ETP dans le parcours de soin ; garantir un suivi minimal annuel en ETP.
	Collaborer avec la SFLS : Commissions : - Soins : réflexion sur l'intégration de l'ETP dans la synthèse annuelle /PP - Formation : niveau I et projet de niveau II - EPP : projet de référentiel de compétences, - Alimenter la Boîte à Outils (« BAO » de la SFLS).	Travail en continu, au rythme des réunions des commissions respectives.	Présentation et discussion en réunion ETP.	Partager, harmoniser et « mutualiser » les pratiques dans les sites d'IDF et au niveau national.
<b>Troubles métaboliques</b> <b>Dr. Catherine Campinos</b> <b>CH René Dubos (95</b> <b>Pontoise)</b>	Création d'un répertoire des référents.	2011	- Contacter chaque site pour identifier le référent de la prise en charge des différents troubles métaboliques : généralistes, référent VIH, endocrinologue, etc.	Faciliter les échanges professionnels
	Elaboration d'une plaquette d'information sur les troubles glucido-lipidiques.	2011	- Rédaction de la plaquette, - Contact avec un maquettiste pour la réalisation et l'impression, - Diffusion aux patients dans les consultations.	Sensibiliser et informer les patients.
	Extension de l'étude sur les risques cardio-vasculaires au cours de l'infection à VIH réalisée sur quelques sites en 2010.	2011	- Contacter chaque site du territoire IDF NORD pour proposer l'étude, - Apporter l'aide nécessaire à la mise en place de l'étude sur les sites partenaires.	Déterminer la prévalence des facteurs de risques sur l'ensemble du territoire de la COREVIH, Evaluer les difficultés ou les retards de prise en charge.

## B. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

### B. 1. Réunions de concertation pluridisciplinaire

Plusieurs fois par mois à l'Hôpital Bichat, ont lieu des réunions de concertation pluridisciplinaire, au cours desquelles sont discutés les dossiers cliniques des patients infectés par le VIH, VHB, VHC du COREVIH IDF NORD. Ces réunions participent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire.

#### B.1.a Réunion Clinico-virologique

Elle a lieu chaque semaine et réunit les cliniciens infectiologues (chef de service, PUPH, PH, chefs de clinique, attachés, internes), les virologues, un pharmacologue ainsi que les TEC/MEC.

Un système de conférence téléphonique a été mis en place (par le groupe de travail « *Virologie* ») afin de permettre aux autres hôpitaux du COREVIH IDF NORD (Hôpital René Dubos, GHEM - Hôpital Simone Veil, Hôpital pédiatrique Robert Debré et Hôpital Beaujon) de participer et de présenter des dossiers patients.

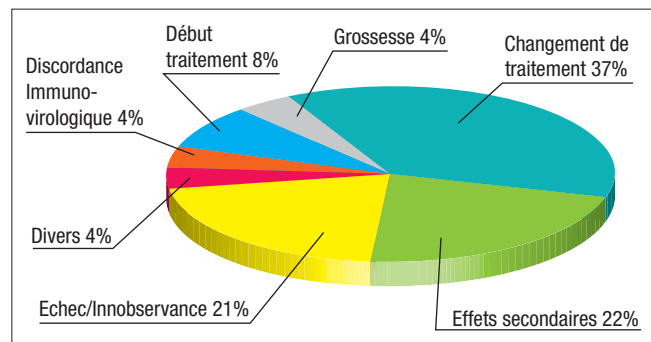
Les demandes de présentation à la réunion clinico-virologique sont adressées aux TEC/MEC qui établissent un ordre de passage selon l'urgence du dossier (le prochain rendez-vous du patient, la problématique évoquée...). Ils effectuent également, si nécessaire, la mise à jour du dossier informatisé patient qui servira de support lors de la présentation du dossier par le Médecin d'Etudes Cliniques. Dans le cas où les dossiers présentés ne sont pas informatisés (refus du patient ou patient hors Bichat), une fiche technique standard de recueil des données clinico-virologiques est complétée par les TEC/MEC.

Les réunions clinico-virologiques permettent également, selon les problématiques évoquées, de faire un rappel sur les protocoles en cours d'inclusion et ainsi proposer l'inclusion d'un patient si éligible.

En 2010, 272 dossiers patients du COREVIH IDF NORD ont été discutés, dont 16 hors Hôpital Bichat – Claude Bernard (6 %).

Les motifs de présentation aux réunions clinico-virologiques ont été nombreux et divers : changement de traitement (simplification, actualisation, intensification, résistance), effets secondaires du traitement, échec immuno-virologique et inobservance, discordance immuno-virologique (succès virologique mais échec immunologique), indication de reprise ou début de traitement, grossesse ou PMA, et autres (greffe, méningite VIH, dialyse ...) et sont regroupés dans la figure suivante :

Motifs de demandes de staff



#### B.1.b Réunion Maternité

Les membres de la réunion Maternité se réunissent une fois par mois afin de discuter des dossiers des femmes enceintes infectées par le VIH sur le territoire du COREVIH IDF NORD (Hôpital Bichat – Claude Bernard, Hôpital pédiatrique Robert Debré et Hôpital Beaujon). Il réunit des cliniciens infectiologues, une sage-femme, des obstétriciens de Bichat et de Robert Debré, des pédiatres, des virologues, des pharmaciens ainsi qu'un TEC.

Plusieurs points sont abordés : le traitement actuel suivi au cours de la grossesse et son incidence sur le statut immuno-virologique des patientes (la charge virale VIH doit être indétectable à l'accouchement afin de permettre la réduction des risques de transmission materno-fœtale), la voie d'accouchement qui va être envisagée en fonction de ce statut ou des antécédents gynécologiques des patientes (voie basse si CV indétectable ou césarienne si raisons obstétricales ou risque de transmission du VIH), le traitement renforcé ou non du bébé après naissance ainsi que la prise en charge des patientes avant et après accouchement.

Une hospitalisation en HDJ est systématiquement organisée afin que cette prise en charge soit optimale.

En 2010, les dossiers de 95 femmes enceintes ont été discutés.

#### B.1.c Réunion Hépatites et Aide Médicale à la Procréation

La réunion hépatite et la réunion AMP (Aide Médicale à la Procréation) ont fusionné et se réunissent au début de chaque mois pour discuter des cas cliniques des patients mono-infectés par une hépatite ou co-infectés hépatite/VIH, principalement de l'Hôpital Bichat – Claude Bernard mais aussi de l'Hôpital Beaujon. Elle réunit des cliniciens hépatologues, infectiologues, et d'AMP (PUPH, PH, Chef de service, internes), un virologue, un responsable gynécologie AMP, des techniciens d'Etudes Biologiques d'AMP ainsi qu'un TEC. Les dossiers hépatites sont présentés par le Technicien d'Etudes Cliniques et les dossiers AMP par le Technicien d'Etudes Biologiques d'AMP.

Plusieurs points sont abordés : les traitements VIH/hépatites des patients (suivi ou indication de traitement), les validations des demandes d'AMP, l'actualisa-

tion des traitements et de la prise en charge des patients, l'entrée des patients dans les protocoles, ainsi que les éventuelles ATU (Autorisations Temporaires d'Utilisation) pour une molécule.

En 2010, les dossiers de 43 patients ont été discutés.

### **B. 2. Information des professionnels de santé : « Dépistage et traitement de l'infection par le VIH : les nouvelles recommandations dans le contexte international »**

Afin de favoriser l'harmonisation et de l'actualisation des connaissances des membres du COREVIH et des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des PVVIH, le COREVIH IDF Nord a organisé une soirée d'informa-

tion le 8 octobre 2010 suite à la parution des recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (rapport 2010 sous la direction du Professeur Patrick Yeni).

Le programme était consacré à la thématique : « *Dépistage et traitement de l'infection par le VIH : les nouvelles recommandations française dans le contexte international* », décliné comme suit :

- *Évolution proposée de la politique de dépistage de l'infection par le VIH en France* ; par le Professeur Yazdan Yazdanpanah,
- *Les recommandations françaises du traitement antirétroviral de l'infection par le VIH* ; par le Professeur Bruno Hoen
- *Lecture critique par un expert européen des recommandations françaises concernant le dépistage et le traitement de l'infection par le VIH : y a-t-il des alternatives crédibles ?* par Bernard Hirschel.

80 personnes (professions médicales et associatifs) ont pu bénéficier gratuitement de cette soirée d'information.

## C. ACTIONS RÉGIONALES

### **C. 1. Les Etats Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France**

Les « *Etats Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France* » ont été organisés par l'ARS Ile-de-France en partenariat avec les COREVIH et les associations de lutte contre le Sida et de soutien aux personnes concernées qui, inquiets par les projets de restructurations de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ont saisi le directeur général de l'ARS afin de réclamer des Etats Généraux consacrés aux spécificités de cette prise en charge entre tous les acteurs concernés.

Les travaux de mise en place de ces Etats Généraux ont été engagés en avril 2010 et ont abouti à un événement public qui s'est tenu les 26 et 27 novembre 2010, au CNIT La Défense, à la veille de la journée mondiale de lutte contre le Sida.

L'organisation de ces Etats Généraux a été conçue de façon collégiale par les représentants associatifs, les COREVIH, l'ARS et l'ensemble des partenaires concernés par cette thématique.

Deux instances, composées dans le respect d'une représentation équilibrée entre ces différents acteurs et partenaires, ont été créées pour la conduite du projet :

- un comité de pilotage, instance de décision et de préparation des échanges, qui s'est réuni 15 fois entre le 9 juin et le 17 novembre 2010 et 1 fois le 10 décembre ;
- un comité de suivi, instance de concertation sur les modalités d'organisation et le suivi des travaux de préparation des états généraux très largement ouverte aux associations œuvrant sur la prise en charge des personnes atteintes par le VIH, aux collectivités locales, aux représen-

tants de la CRSA et aux différents professionnels de santé et qui a été réuni 3 fois.

Afin d'engager une réflexion approfondie qui permette d'alimenter les Etats Généraux en amont sur les différents aspects du sujet, le comité de pilotage s'est appuyé sur 7 groupes de travail constitués sur les thématiques suivantes et co-animés par un représentant des associations ou des COREVIH et par un référent ARS :

- « L'expression des patients »,
- « L'épidémiologie »,
- « L'offre de soins »,
- « La prévention positive »,
- « Lieux de vie des personnes vivant avec le VIH »,
- « L'accès aux soins »,
- « Les financements ».

Plus de 500 personnes ont participé aux Etats Généraux et les propositions issues des débats seront publiées en 2011 sous forme de Cahier des Etats Généraux.

Les membres du COREVIH IDF Nord se sont pleinement impliqués dans les différentes étapes de ces Etats généraux. Lors de la réunion plénière du COREVIH du 9 décembre 2010, les membres du Comité ont débattu sur la manière de décliner les propositions des Etats Généraux dans les travaux des différentes commissions thématiques et sur le territoire d'Ile de France Nord.

### **C. 2. Initiatives en inter-COREVIH Ile-de-France**

### C.2.a Groupe de travail Prison

En 2010, un groupe de travail inter-COREVIH recouvrant l'ensemble du territoire d'Ile de France s'est constitué autour de la thématique Prison.

La composition du groupe est pluridisciplinaire : Hung Do Cao (MISP, DRAS-SIF), Clothilde Calvier (Inspection Sanitaire et Sociale DRASSIF), Marc Antoine Valentin (Médecin, Pitié Salpêtrière, UCSA Fleury Mérogis - COREVIH IDF Centre), Benjamin Silbermann (Médecin UCSA, La Santé - COREVIH IDF Sud), Kadou Chemlal (Hôpital Salpêtrière, UHSI), François Cordonnier (médecin UCSA, Poissy - COREVIH IDF Ouest), François Bes (OIP), Hélène Péllissier (Sida Info Service), Laurent Jacqua (Act Up Paris), Laura Petersell (Act Up Paris), Françoise Vernat (coordinatrice COREVIH IDF Ouest), Adeline Demoncey (coordinatrice COREVIH IDF Nord), Sophie Causse (coordinatrice COREVIH IDF Est).

Le groupe s'est réuni quatre fois dans l'année.

Après avoir analysé les données de l'état des lieux de l'offre de prise en charge des PVVIH en détention en Ile de France, le groupe a identifié les axes de travail suivants :

- Harmoniser et améliorer le recueil épidémiologique notamment en informatisant tous les UCSA et en les dotant de l'outil de suivi e-Nadis,
- renforcer le niveau d'information et de prévention dans les lieux de détention, notamment en laissant à disposition des brochures en corrélation avec les interventions proposées par les associations en prison,
- Renforcer l'offre de dépistage VIH et dépistage tout au long du parcours de détention,
- Améliorer la prise en charge des usagers de drogues incarcérés,
- Favoriser l'accès au préservatif en multipliant les lieux de diffusion au sein de la prison,
- Mettre en place un dispositif de sortie de prison basé sur la prévention : mettre un « kit de prévention » à disposition de la personne et rétablir son affiliation au régime général de l'assurance maladie avant sa sortie.

Par ailleurs, le groupe Inter-COREVIH Prison a activement contribué aux Etats Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France en fournissant une synthèse de leurs travaux pour les débats sur les « *Lieux de vie des personnes vivant avec le VIH* ».

### C.2.b l'Inter-COREVIH Ile de France

La région Île de France présente la spécificité d'être répartie entre cinq COREVIH.

Chaque territoire à ses spécificités auxquelles répondent les axes de travail déclinés dans les commissions thématiques. Toutefois, les cinq COREVIH sont confrontés à des problématiques qui gagneraient à être appréhendés à l'échelle de la Région Ile de France.

Par ailleurs, durant les Etats Généraux, les COREVIH ont régulièrement été sollicités pour fournir ou produire des données à l'échelle de la Région. Des documents synthétisant les données des cinq COREVIH auraient été utiles pour répondre pleinement aux attentes des acteurs.

Enfin, une représentation régionale des intérêts des COREVIH semble un atout majeur dans les discussions avec nos principaux interlocuteurs que sont l'ARS et l'AP-HP.

Les cinq coordinateurs administratifs d'Ile-de-France se sont donc rencontrés, en novembre 2010 pour une réunion d'échange et de mutualisation des bonnes pratiques tant au niveau de la gestion administrative des COREVIH que sur les échanges opérationnels envisageables entre les groupes de travail et les commissions thématiques des COREVIH d'Ile de France.

Par ailleurs, ils ont travaillé à l'organisation d'une rencontre des cinq présidents et vice-présidents des COREVIH. Cette réunion qui se tiendra au premier trimestre 2011, doit être l'occasion de débattre de l'intérêt d'organiser formellement un travail en Inter-COREVIH et d'évoquer une démarche commune de dialogue avec l'ARS.

## C. 3. Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA (1<sup>er</sup> décembre)

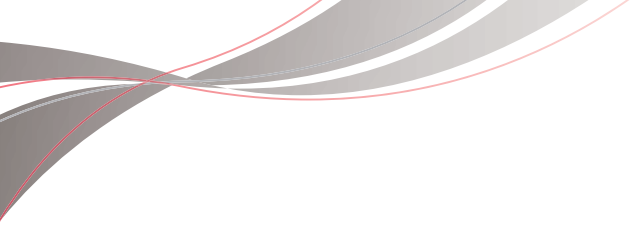
Comme chaque année, le COREVIH participe à l'organisation de la Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA dans l'enceinte de l'Hôpital Bichat – Claude Bernard en collaboration avec le service communication.

Cette année, l'assistante administrative a participé aux 3 réunions d'organisation avec la responsable de la communication (21 octobre, 9 novembre et 16 novembre) et des représentants de services de l'hôpital impliqués dans la lutte contre le VIH : CDAG (*Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit*), ECIMUD (*Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues*), Pharmacie-Toxicologie et Maladies Infectieuses et Tropicales.

Cette journée est toujours très attendue par les associations invitées à tenir des stands pour présenter leur activité. Cette année, l'hôpital a reçu les représentants associatifs de : Afrique Avenir, ARCAT, Centre LGBT de Paris-Île-de-France (*Lesbien, Gai, Bi et Trans*), Chrétiens & Sida, Dessine moi un mouton, AIDES 75, Basiliade, Charonne Boutique 18, PASTT, Orphelins Sida International, Safe et Sol en Si.

Une affiche, réalisée par le service communication, a été distribuée dans les services et affichée dans les points stratégiques de l'hôpital afin d'inviter les personnels mais aussi les patients et visiteurs à venir rencontrer les associatifs.

Le jour de l'événement, l'assistante administrative et quelques TEC ont participé à l'installation des stands ; l'assistante administrative était aussi chargée de l'accueil des associatifs avec la responsable du service communication et durant la journée les TEC se sont relayés avec les personnels des services organisateurs pour la tenue d'un stand institutionnel ; la Cafétéria Relais H a offert, comme chaque année, un préservatif avec chaque café (action Café-Capote).



# IV. Recherche Clinique





# A. ACTEURS DE LA RECHERCHE CLINIQUE

L'équipe de la Recherche Clinique à l'hôpital Bichat Claude Bernard est constituée d'un Praticien Hospitalier (mi-temps, Dr Roland Landman), de 4 Moniteurs d'Etudes Cliniques (1 temps plein Dr Guiroy et 3 mi-temps Dr Phung, Dr El Alami Talbi et Dr Diallo) et de 4,25 Techniciens d'Etudes Cliniques sous la responsabilité du Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) (Pr Yeni). Les investigateurs principaux des essais sont les Praticiens Hospitaliers du SMIT.

Dans les établissements de la COREVIH autres que Bichat Claude Bernard ayant une activité Recherche Clinique, l'investigateur et le Technicien d'Etudes Cliniques affecté au site collaborent pour assurer la prise en charge des essais menés sur ce site.

Les acteurs de la Recherche Clinique entourés de virologues, pharmaciens et médecins consultants se réunissent mensuellement à l'hôpital Bichat Claude Bernard lors des réunions de recherche clinique pour discuter des protocoles à venir et valider la participation ou non à toute nouvelle étude.

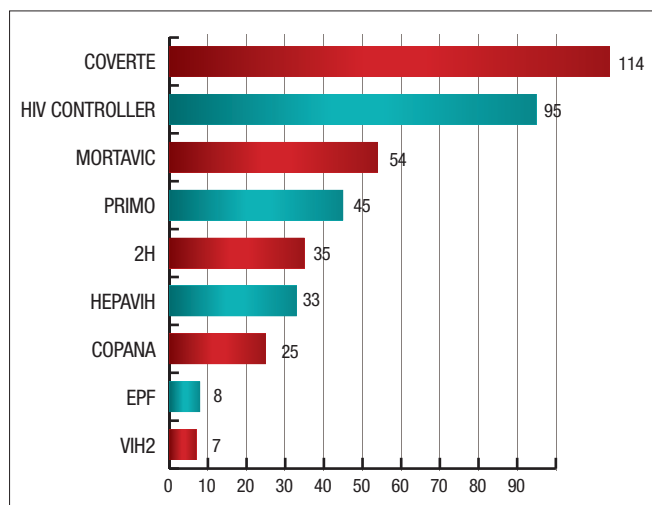
Une réunion protocole bimensuelle réunit les principaux acteurs de la Recherche Clinique pour discuter de l'état d'avancement des inclusions et des éventuels problèmes rencontrés.

Tous les deux mois, les nouveaux protocoles sont présentés (intérêt, objectif de l'étude) par l'un des Moniteurs d'Etudes Cliniques aux médecins consultants lors de la réunion des Attachés.

# B. ACTIVITÉ DE LA RECHERCHE CLINIQUE

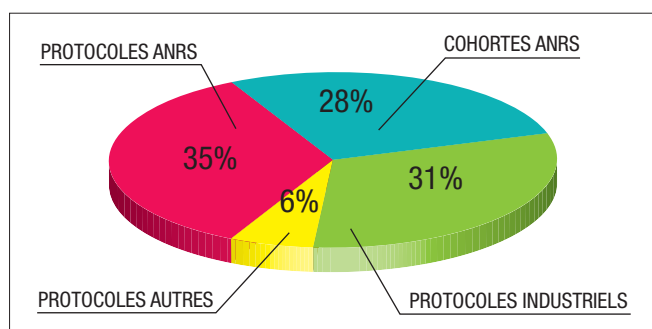
## B. 1. Répartition des patients inclus dans les essais cliniques au SMIT de Bichat

Au cours de l'année 2010, 663 patients de la file active de Bichat ont participé à la recherche clinique, ce qui représente un total de 870 visites (+25% par rapport à l'année 2009).

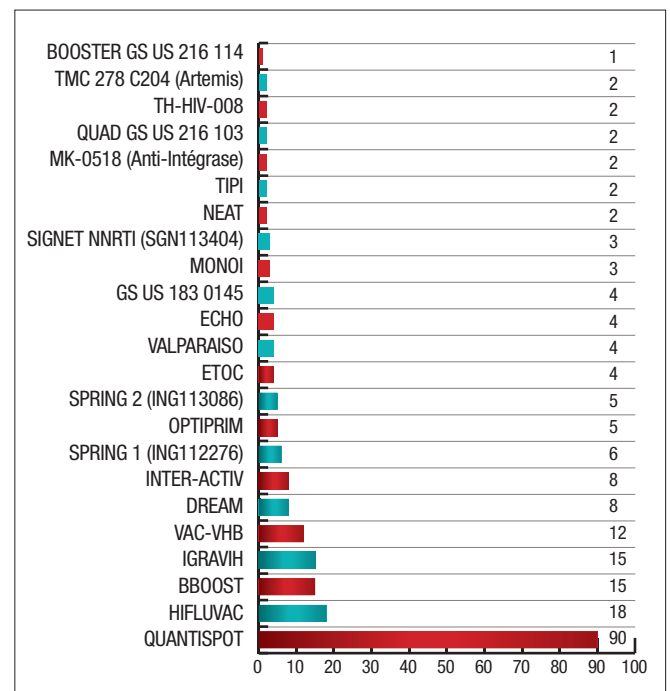


Répartition des patients inclus par COHORTE (2010)

Les essais cliniques se répartissent équitablement entre les protocoles de l'industrie pharmaceutique, les protocoles ANRS et les cohortes ANRS.

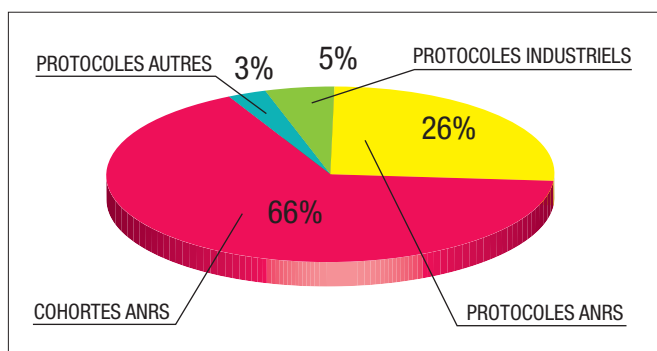


Répartition cohortes / protocoles par promoteur (2010)

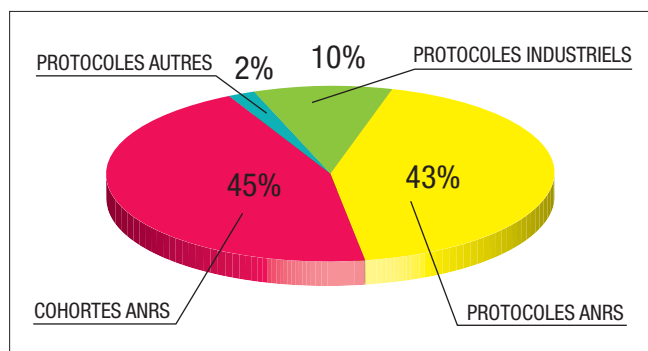


Répartition des patients inclus par PROTOCOLE (2010)

A noter, un nombre important d'ouverture de nouveaux protocoles en fin d'année 2010.



Répartition des patients entre cohortes et protocoles (2010)



Répartition des visites entre cohortes et protocoles (2010)

Le nombre important de patients inclus dans les cohortes peut s'expliquer principalement par :

- des critères de sélection souvent moins restrictifs que dans les protocoles,
- une période d'inclusion plus étendue
- l'absence de compétitivité entre cohortes contrairement aux protocoles industriels
- des visites moins contraignantes pour le patient en terme de fréquence et d'examens.

Malgré le nombre moins important de patients inclus dans les protocoles de l'industrie pharmaceutique comparativement aux protocoles non industriels, les protocoles industriels représentent une part importante des visites en terme de fréquence et de traitement logistique.

## B. 2. Répartition des patients inclus dans les essais cliniques dans les autres hôpitaux du COREVIH IDF Nord

TYPE ETUDE	NOM ETUDE	PROMOTEUR	PONTOISE	NB VISITES en 2010	EAUBONNE	NB VISITES en 2010	BEAUJON	NB VISITES en 2010
			NOMBRE PATIENTS INCLUS		NOMBRE PATIENTS INCLUS		NOMBRE PATIENTS INCLUS	
COHORTE	VIH2	ANRS	13	20	4	6	1	1
COHORTE	LYMPHOVIR	ANRS	1	2				
COHORTE	HIV Controller	ANRS	1	1	2	2		
COHORTE	PRIMO	ANRS			2	4	3	8
COHORTE	COPANA	ANRS					11	20
COHORTE	MORTAVIC	ANRS	4					
COHORTE	RES-O	ANRS					1	1
PROTOCOLE	VAC B	ANRS					13	12
PROTOCOLE	BBOOST	ANRS					2	6
PROTOCOLE	RACING	INDUSTRIEL	4	10				
ENQUETE	OPPORTUNITES	ANRS	9	9	5	5		
<b>TOTAL</b>			<b>32</b>	<b>42</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>48</b>

Comparativement à l'année précédente, les autres hôpitaux de la COREVIH IDF Nord ont participé à un nombre plus important d'essais cliniques, le nombre de patients inclus étant de ce fait lui-même en augmentation.

## B. 3. Protocoles en cours en 2010

### B.3.a Cohortes

**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.

**COVERTE** : cohorte de jeunes adultes infectés par le VIH par voie verticale ou

pendant l'enfance.

**EPF** : Enquête Périnatale Française, cohorte de patients mère-enfant infectés par le VIH dont les objectifs sont d'étudier le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant, d'en identifier les principaux facteurs de risque et de décrire la maladie de l'enfant de façon prospective dès la naissance sans biais d'analyse.

**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.

**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.

**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.

**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.

**MORTAVIC** : cohorte de patients adultes infectés par le VIH décédés dans l'année dont l'objectif est de décrire la distribution des causes initiales de décès.

**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.

**RES 0** : cohorte ANRS des patients VIH+ de groupe O, «Analyse in vivo et in vitro de la résistance des VIH1 du groupe O aux inhibiteurs de la transcriptase inverse et de la protéase»

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

### B.3.b Protocoles à promotion industrielle pharmaceutique

**BOOSTER GS-US-216-114** : Evaluer l'efficacité d'un traitement par atazanavir boosté par du GS-9350 versus atazanavir boosté par du ritonavir, tous deux administrés avec de l'emtricitabine/ténofovir disoproxil fumarate chez des adultes infectés par le VIH-1, naïfs de traitements antirétroviraux. L'efficacité sera déterminée par l'obtention d'un taux d'ARN plasmatique du VIH-1 (charge virale) < 50 cp/ml à la semaine 48.

**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.

**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 une traitement optimisé chez des patients prétraités en échec.

**QUAD GS-US-216-103** : Evaluer la sécurité et l'efficacité d'un traitement par Elvitegravir/Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate/GS-9350 VS Emtri-

citabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate/Atazanavir/Ritonavir chez des adultes infectés par le VIH-1, naïfs de traitements antirétroviraux. L'efficacité sera déterminée par l'obtention d'un taux d'ARN plasmatique du VIH-1 (charge virale) < 50 cp/ml à la semaine 48.

**RACING** : Description de l'évolution des patients infectés par le VIH-1 traités par une association d'antirétroviraux comportant le raltégravir jusqu'à 24 mois après instauration du traitement.

**SIGNET NNRTI (SGN113404)** : Etude de phase IIb internationale, multicentrique, randomisée, en aveugle partiel, groupes parallèles, pour déterminer la dose orale de GSK2248761 en 1 prise par jour administrée en association avec tenofovir/emtricitabine ou abacavir/lamivudine, chez des patients adultes infectés par le VIH-1 et n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral.

**SPRING 1** : 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.

**SPRING 2** : Evaluer la tolérance et l'efficacité du GSK1349572 50mg en 1 fois par jour VS Raltégravir 400 mg en 2 fois par jour, administré avec Truvada ou Kivexa pendant 96 semaines, chez des patients naïfs de tout traitement ARV.

**TH-HIV-008** : Essai de phase IIb, randomisé, observateur en aveugle, versus placebo, évaluant l'efficacité (différence de variation de la charge virale entre la valeur initiale et la semaine 48) et la tolérance du vaccin F4co/AS01B (2 ou 3 injections), administré chez des sujets infectés par le VIH-1, naïfs de traitement antirétroviral.

**TMC 278-C204 (Artemis)** : 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 278-C209 (Echo)** : 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.

### B.3.c Protocoles à promotion institutionnelle (ANRS et autres)

#### 1. ANRS

**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).

**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.

**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.

**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.

**INTER-ACTIV** : Essai randomisé en double insu comparant l'efficacité et tolérance du tartrate de varénicline (Champix) versus placebo dans l'aide à l'arrêt du tabac chez les patients infectés par le VIH-1.

**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.

**NEAT** : Etude de phase III randomisée multicentrique comparant l'efficacité et la tolérance de 2 stratégies thérapeutiques chez des patients VIH-1 naïfs de traitement antirétroviral : darunavir boosté + TDF/FTC versus darunavir boosté + raltégravir.

**OPTIPRIM** : Essai randomisé multicentrique évaluant, chez les patients en primo-infection, l'impact sur les réservoirs d'une combinaison comprenant soit le raltégravir, maraviroc, darunavir boosté associé à FTC/TDF, soit darunavir boosté associé à FTC/TDF.

**QUANTISPOT** : Etude de la concordance entre les résultats de l'intradermo-réaction (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.

**OPPORTUNITES** : Chez les patients infectés par le VIH, nouvellement diagnostiqués, évaluer la fréquence des opportunités manquées de dépistage et de diagnostic du VIH et déterminer les facteurs qui leur sont associés. Cette étude explore le parcours de soins des patients, en particulier leurs antécédents médicaux et les structures de soins fréquentées durant la période d'infection probable par le VIH.

**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  $\geq 500/\text{mm}^3$

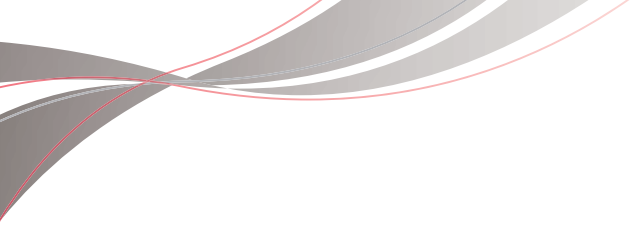
**VAC-VHB** : Essai de stratégie vaccinal randomisé multicentrique de phase III comparant l'immunogénicité et la tolérance de trois schémas de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez des patients infectés par le VIH ayant des lymphocytes T supérieurs à  $200/\text{mm}^3$ .

## 2. Autres

**IGRAVIH** : évaluation médico-économique des nouveaux tests diagnostiques mesurant les réponses immunitaires spécifiques de *Mycobacterium tuberculosis* chez les patients de plus de 18 ans infectés par le VIH.

**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.





# V. Conclusion



*Conclusion*



L'année 2010 a été marquée par la réalisation de plusieurs objectifs importants :

- > la consolidation de la structure grâce au recrutement d'une coordinatrice administrative et à la poursuite des recrutements en techniciens d'études cliniques,
- > une maturation de l'organisation en groupes de travail tenant compte à la fois de l'investissement personnel des membres de la COREVIH et des caractéristiques régionales,
- > et une amélioration de la lisibilité de la COREVIH pour ses membres et ses partenaires. Ainsi,
  - en ce qui concerne les autorités de tutelle, les circuits des relations administratives avec l'hôpital siège ont été précisés, en collaboration avec la direction des affaires médicales et de la recherche de l'hôpital Bichat. Plusieurs réunions ont été organisées, avec les autres COREVIH d'Ile-de-France, et en présence de la directrice générale de l'APHP, pour préciser la place des COREVIH dans la réflexion sur les restructurations hospitalières qui impliquent la prise en charge de patients infectés par le VIH. De même, des relations ont été nouées avec l'ARS pour organiser les états généraux du SIDA.
  - la COREVIH Ile-de-France Nord est également devenue plus lisible pour les autres COREVIH d'Ile-de-France en promouvant la constitution de groupes de travail thématiques inter-COREVIH, par exemple sur les prisons.
  - Enfin, la COREVIH a poursuivi son effort de formation et d'information dirigées vers ses membres et les professionnels de santé, en organisant des soirées thématiques largement ouvertes.

- > Une série de réalisations techniques, sous l'impulsion des groupes de travail : enquête sur les EPAD du territoire, dans le cadre d'une réflexion sur le vieillissement de la population, réflexion sur les CDAG pour les aider à harmoniser leur recueil de données et à informatiser leur activité, développement d'un outil commun destiné à enrichir les programmes d'éducation thérapeutique des sites de la COREVIH d'Ile-de-France Nord, étude approfondie de la nature et de l'importance des problèmes métaboliques observés chez les patients de notre file active ; il faut y ajouter l'amélioration de la qualité des données épidémiologiques recueillies, attestée par la diminution de la part déclarative au profit d'un recueil informatisé systématique.

En 2011, outre la participation à la déclinaison régionale du plan national VIH de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014, les grands projets de la COREVIH Ile-de-France Nord concerneront les conditions d'utilisation des tests de diagnostic rapide d'infection par le VIH sur le territoire de la COREVIH à la fois en intra et extra-hospitalier, l'élaboration et l'activation du site internet de la COREVIH, la mise au point de relations pérennes avec l'ARS d'Ile-de-France dans le cadre d'un circuit relationnel organisé, l'ouverture des groupes de travail vers de nouvelles thématiques, en particulier dans le domaine de l'intoxication tabagique, la poursuite de la montée en charge de la COREVIH grâce au recrutement du dernier poste de TEC resté vacant.

Enfin, 2011 sera l'année du renouvellement des instances de la COREVIH, une étape cruciale pour la réussite de cette coordination, dont nous espérons qu'elle sera franchie avec succès grâce à l'investissement renouvelé de ses membres.

**Pr Patrick YENI**

Président de la COREVIH Ile de France Nord.



# VI. ANNEXES



# ANNEXE 1 : LES ACTEURS ET PARTENAIRES DU COREVIH IDF NORD

## 1. Les établissements du COREVIH IDF Nord

- Hôpital Bichat Claude Bernard (Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, APHP)
- Hôpital Robert Debré (APHP)
- Fondation A. de Rothschild
- Clinique Médicale et Pédagogique Edouard Rist
- Hôpital Beaujon (Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, APHP)
- Institut Franco-britannique
- Centre Hospitalier Neuilly sur Seine
- Hôpital Américain de Paris
- CH de Carnelle
- Centre Hospitalier du Vexin
- Groupe Hospitalier Eaubonne Montmorency
- Centre Hospitalier René Dubos
- CH Intercommunal des Portes de l'Oise

## 2. Les Associations membres du Comité de COREVIH IDF Nord :

### 2.a. EGO (Espoir Goutte d'Or)

L'association EGO accueille des personnes consommatrices de substances licites ou illicites (alcool, crack, héroïne, médicaments détournés, etc.) et propose une large gamme d'intervention

6 bis rue de Clignancourt, 75018 Paris

Tel : 01 53 09 99 49

Fax : 01 53 09 99 43

Email : ego@ego.asso.fr (direction)

<http://www.ego.asso.fr/>

1 ouvrage à télécharger : <http://www.ego.asso.fr/ouvrages-a-telecharger>

### 2.b. Groupe SOS

Groupement d'associations et d'entreprises, le groupe SOS intervient dans les secteurs du sanitaire, social, médico-social, de l'éducation, de l'insertion, de la presse, du commerce équitable, et du développement durable.

102C rue Amelot, 75011 Paris

Tel : 01 58 30 55 55

Fax : 01 58 30 56 30

Email : info@groupe-sos.org

<http://www.groupe-sos.org/>

Revues sur abonnement : <http://www.groupe-sos.org/14/Media>

### 2.c. Actions Traitements

Actions Traitements est une association de personnes vivant avec le VIH et les co-infections qui depuis 1991 partagent leurs connaissances et leur expérience de ces maladies et de leurs traitements.

190 Bd de Charonne, 75020 Paris

Tel : 01 43 67 66 00

Fax : 01 43 67 37 00

Email :

<http://www.actions-traitements.org/>

Info-Cartes édités par Actions Traitements :

<http://www.actions-traitements.org/spip>

[php?rubrique1001](http://php?rubrique1001)

### 2.d. Chrétiens et Sida

Aider les communautés chrétiennes et, plus généralement, la société toute entière à réfléchir aux implications culturelles et sociales, éthiques et pastorales, de l'infection due au VIH (Information; soutien; formation; prévention).

Adresse postale : 30 rue Boucry, 75018 Paris

Tél. : 01 46 07 89 81

Fax : 01 46 07 34 81

Email : [chretiens.sida@gmail.com](mailto:chretiens.sida@gmail.com)

Site Internet : <http://chretiens-sida.com>

Facebook : <http://www.facebook.com/chretiens.sida>

Twitter : [http://twitter.com/chretiens\\_sida/](http://twitter.com/chretiens_sida/)

Flux RSS : <http://chretiensida.wordpress.com/feed/>

Google Buzz : <http://www.google.com/profiles/chretiens.sida>

### 2.e. Actif Santé

Adresse postale : 109 rue Orfila, 75020 Paris

Tel : 09 50 79 61 60

Fax : 09 55 79 61 60

Formulaire de contact :

[http://www.actif-sante.fr/index.php?option=com\\_contact&view=contact&id=9&Itemid=85](http://www.actif-sante.fr/index.php?option=com_contact&view=contact&id=9&Itemid=85)

Site Internet : <http://www.actif-sante.org>

Documentations :

[http://www.actif-sante.fr/index.php?option=com\\_virtuemart&Itemid=188&vmchck=1&Itemid=188](http://www.actif-sante.fr/index.php?option=com_virtuemart&Itemid=188&vmchck=1&Itemid=188)

### 2.f. ARCAT

Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements.

Adresse postale : 94-102 rue de Buzenval, 75020 Paris

Tel : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 30

Email : [webmestre@arcat-sante.org](mailto:webmestre@arcat-sante.org)

Site Internet : <http://www.arcat-sante.org/>

### 2.g. Afrique Avenir

Espace d'échange et d'actions en faveur des populations d'origine africaine en France et en Europe et, en tant que plate-forme de facilitation et de médiation.

Adresse postale : 22 rue des Archives, 75004 Paris

Tel : 01 42 77 41 31

Fax : 01 42 77 04 31

Email : [afrique.avenir@wanadoo.fr](mailto:afrique.avenir@wanadoo.fr)

Site Internet : <http://www.afriqueavenir.fr/>

### 2.h. Act-Up Paris

Traitements et recherche, droits sociaux, international, drogues et usages, étrangers, prison, sexwork, femmes, trans, homophobie, mariage, égalité des droits, prévention, épidémiologie.

Adresse postale : Act Up-Paris, B.P. 287, 75525 Paris cedex 11

Tel : 01 49 29 44 75

Fax : 01 48 06 16 74

Email : [actup@actupparis.org](mailto:actup@actupparis.org)

Site Internet : <http://www.actupparis.org/>

### 2.i. Aides 75

Réunir les personnes touchées directement ou indirectement par le sida afin de leur permettre de s'organiser face à ce fléau.

Adresse postale : 52 rue du Faubourg Poissonnière, 75010 Paris

Tel : 01 53 24 12 00

Fax : 01 53 24 12 09

Email : [aides75@aidesidf.com](mailto:aides75@aidesidf.com)

Site Internet : <http://www.aides.org>

### 2.j. La Résilience

C/O ARECA

177 rue de Charonne, 75011 Paris

Email : laresilience@yahoo.fr

### 2.k. Sida Info Service

Sida Info Service a pour mission d'apporter son soutien logistique aux organismes de terrain et de coordonner les efforts de la prévention du SIDA.

Une ligne téléphonique nationale gratuite : 0800 840 800 est disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

Facebook : <http://www.facebook.com/group.php?gid=116532336781&ref=mf>

Twitter : <http://twitter.com/SidaInfoService>

Daylimotion : <http://www.dailymotion.com/sidainfoservice>

Application disponible sur l'Apple Store : <http://itunes.apple.com/fr/app/sida-info-service/id393309783?mt=8>

### 2.l. Dessine moi un mouton

L'association soutient les familles touchées par le VIH / SIDA en leur permettant d'aborder leur maladie dans un cadre différent de celui de l'hôpital.

Adresse postale : 12 rue d'Engghien, 75010 Paris

Tel : 01 40 28 01 01

Fax : 01 40 28 01 10

Email : [contact@dessinemoiunmouton.org](mailto:contact@dessinemoiunmouton.org)

Site Internet : [www.dessinemoiunmouton.org](http://www.dessinemoiunmouton.org)

### 2.m. Le Kiosque Info SIDA

Association de prévention et de lutte contre le SIDA, relais du corps médical, institutionnel et associatif.

Adresse postale : 36 rue Geoffroy L'Asnier, 75004 Paris

Tel : 01 44 78 00 00

Email : [info@lekiosque.org](mailto:info@lekiosque.org)

Site Internet : <http://www.lekiosque.org>

## 3. Autres associations sur le territoire du COREVIH IDF Nord :

### 3.a. Charonne

« La boutique 18 » assure les missions d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (devenue CAARUD), et ce à travers différents services et outils spécifiques : espaces fixes (mixtes et espaces femmes) : accès à l'hygiène, prévention et réduction des risques, accès aux soins, accès aux droits...

Espace mixte : 86 rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris

Tél. : 01 46 07 94 84

Fax : 01 46 07 73 36

Email : [boutique18@charonne.asso.fr](mailto:boutique18@charonne.asso.fr)

Espace Femmes : 84 rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris

Tél. : 01 46 07 87 17

Fax : 01 42 05 76 60

Email : [espace.femmes@charonne.asso.fr](mailto:espace.femmes@charonne.asso.fr)

### 3.b. Sol en Si

Adresse postale : Coordination Sol en Si, 9 bis rue Léon Giraud, 75019 Paris

Tel : 01 44 52 78 78

Fax : 01 42 38 91 63

Email : [solidarite-enfants-sida@wanadoo.fr](mailto:solidarite-enfants-sida@wanadoo.fr)

Site Internet : <http://www.solensi.org/>

### 3.c. Uraca

Unité de réflexion et d'action des communautés africaines.

Groupe de professionnels qui travaillent avec les communautés d'Afrique subsaharienne : soutien; travail de terrain; prévention; formation...

Adresse postale : 33 rue Polonceau, 75018 Paris

Tél. : 01 42 52 50 13

Fax : 01 44 92 95 35

Email : [association.uraca@wanadoo.fr](mailto:association.uraca@wanadoo.fr)

Site Internet : [www.uraca.org](http://www.uraca.org)

## 4. Réseaux intervenant sur le territoire du COREVIH IDF Nord :

### 4.a. Réseau de Santé Paris Nord (RSPN)

Formations des professionnels; inventaire des ressources médico-sociales locales; orientation des parents; études et recherches.

3 et 5 rue de METZ 75010 Paris

Tél. : 01 53 24 80 80

Fax : 01 53 24 80 81

Site Internet : [www.reseau-paris-nord.com](http://www.reseau-paris-nord.com)

### 4.b. REVIHOP

Réseau Ville-Hôpital, VIH et Hépatites.

Centre hospitalier René-Dubos

Service du Dr. Danne

6 avenue de l'Île-de-France 95301 Pontoise

Tél. : 01 30 75 42 44

Fax : 01 30 75 44 31

# TRAVAUX DES COMMISSIONS THÉMATIQUES

## ANNEXE 2 : ETUDE DE LA PRÉVALENCE DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES AU COURS DE L'INFECTION VIH

### 1. sur 2 sites hospitaliers généraux :

CHRD Pontoise (C.Campinos, L.Blum),CHG Eaubonne (A.Leprêtre, N.Gruat)

#### 1.a. But de l'étude

- > Déterminer la prévalence des facteurs de risques cardiovasculaires au sein de la file active de patients présentant une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine
- > Déterminer les besoins en consultations multidisciplinaires impliquées dans la prise en charge les troubles métaboliques

#### 1.b. Méthodologie

- > Etude prospective exhaustive réalisée sur deux mois sur 2 sites hospitaliers avec inclusion de tous les patients VIH se présentant en consultation pour leur suivi
- > Fiche de recueil remplie en consultation comportant les principaux paramètres des facteurs de risques cardiovasculaires (incluant antécédent et traitement)
  - Clinique: Tension artérielle, Tour de taille, Indice de masse corporelle
  - Biologique: glycémie, Bilan lipidique (dans l'année)

#### 1.c. Résultats

- > 225 patients (146 CHRD et 79 CH S.Veil)
- > Caractéristiques générales
  - Age: 44 ans (19 à 85 ans)
    - 26% >50 ans(57) , 40% entre 40 et 50 ans(90),34% moins de 40 ans(78)
  - Ratio Homme/Femme: 108/114 (0.94)
  - Origine Afrique subsaharienne ou antillaise:126 (56%)
    - 17% ont plus de 50 ans , 45% moins de 40 ans
  - Traitements Antirétroviraux:83%
  - 61% avec IP et 34% avec NNuc

#### Troubles glucidiques

	Diabète insulinotraité	Diabète non insulinotraité	Hyperglycémie modérée à jeun glyc >5.6mmol/l	Sans anomalie glucidique
<b>Prévalence Totale</b>	1(0.5%)	14(6%) Dont 12 traités	34(19%)	155(74.5%)
<b>&gt;50 ans</b>	1	13 (22%)	15 (26%)	28 (52%)
<b>40-50</b>		1(1.1%)	23(27%)	61(73%)
<b>&lt;40</b>			4(5.4%)	66(94.5%)
<b>Afrique subsaharienne</b>		8/118 (7%)	14/118 (12%)	
<b>Autre</b>		7/88 (8%)	27/88 (30%)	
<b>H</b>		12(11%)	22(20%)	74(69%)
<b>F</b>		3(3%)	24(22%)	78(73%)
<b>IMC</b>		26.19	25	24/09/11
<b>IP</b>		6.5%	15%	
<b>NNUC</b>		10%	31%	
<b>Pas de tt</b>		8%	12%	

#### HTA

Systolique >14 ou diastolique>9 ou traitée)

	HTA traitée	TAS>140 ou TAD >90 Non traitée
<b>Prévalence totale</b>	34 (15%)	39(21%)
<b>&gt;50 ans</b>	18 (30%)	18 (46%)
<b>40-50 ans</b>	14 (15%)	18 (10%)
<b>&lt;40 ans</b>		11 (14%)
<b>H</b>	16 (15%)	11 (14%)
<b>F</b>	18 (15%)	18 (19%)
<b>Afrique subsaharienne</b>	22 (17%)	22%)

#### 1.d. Tabac

- > Tabac: 54 (24%)
  - 17 femmes (14% des femmes)
  - 36 hommes (33% des hommes)
  - Age
    - < 40 ans 12(15%)
    - Entre 40 ans et 50ans 32(37%)
    - >50 ans 12(21%)
  - Origine
    - Afrique subsaharienne 5(4%)

### 1.e. Dyslipidémie

14% des patients reçoivent une statine

HDL

- HDL moyen 1.4 Mmol/l
- HDL<1mmol/l 19%(37/186) (Facteur de risque)
- HDL>1.5mmol 37%(67/186) (Facteur protecteur)

### 1.f. Facteurs de risque cardiovasculaire selon AFSAPPS

- 5 facteurs de risque Hypertension ,Age ,Tabagisme actuel ou arrêt de moins de 3ans, diabète sucré, Hypertension, HDL<1 mmol/l, Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce
- 1 facteur protecteur: HDL>1.5 mmol/l

### 1.g. Syndrome métabolique

3 critères sur 5 (Tour de taille, Pression artérielle, Triglycérides, HDL cholestérol, Glycémie)

> Prévalence totale 41 (18%)

- Homme 17 (15%)
  - Origine
    - Afrique subsaharienne 4 (10%)
    - Autre 13 (18%)
- Femme 24 (21%)
  - Origine
    - Afrique subsaharienne 18 (22%)
    - Autre 7(20.5%)

### 1.h. Consultations réalisées dans l'année par un spécialiste

36 patients/225 vus par la diététicienne dans l'année

9 patients/225 vus par le diabétologue

30 patients/225 vus par le cardiologue

### 1.i. Estimation des besoins selon les recommandations Afsaps et Rapport Yéni

Consultations diététiques selon les recommandations de l'afsaps

- 119 sur 189 patients évaluable (63%)
- ( LDL>1.6g/l ou et 84 ont au moins un fdr)

Consultations d'endocrinologie

- Si prise en charge état prédiabétique (intolérance au glucides ou syndrome métabolique) 67 patients (33%)
- Si prise en charge diabète 13 patients (7%)

Consultations cardiologiques

- HTA ou Plus de 50 ans et 3 FDR 70 patients (35%)

Taux LDL(g/l)	Sup1.9	1.6 1.9	1.3 1.6	01/03/01	1
Nbre (%)	9(5)	21(17)	35(19)	48(26)	67(37)
Patient supérieur aux objectifs Du Rapport Yéni°	9	11	5		
<b>13% des patients ont un taux de LDL supérieur à l'objectif selon le rapport Yéni</b>					

Nombre de facteurs	0	1	2	>ou égale 3
Population Totale	80(41%)	68(35%)	27(13%)	18(9%)
Afrsub	45(42%)	47(44%)	8(7%)	6(5.6%)
Autre	35 (40%)	21 (24%)	19(21%)	12(13.7%)
H	37(34%)	33(30%)	21(19%)	16(14%)
F	43(50%)	35(40%)	6(7%)	2(2.3%)
>50 H	3(8%)	8(22%)	11(30%)	14(39%)
>60 F	0	6(66%)	2(23%)	1(11%)
<40	54(68%)	18(23%)	4(5%)	3(4%)

### 1.j. Conclusion

- Prés de 20% de la file active présente au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire ou un syndrome métabolique
- Prévalence de 26% des troubles glucidiques dont 7% de diabète
- 37 % d'HDLémie plutôt élevée et LDL correct dans 87% des cas
- Chiffre tensionnel au dessus de la norme dans 32% des cas dont 15% d'HTA traitée
- Importante prévalence du tabagisme chez les hommes d'origine non subsaharienne (33%) particulièrement dans la class d'age 40-50 ans
- Faible recours aux consultations spécialisées

### AU TERME DE CETTE ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

- **Insuffisance de prise en charge diététique en regard des recommandations actuelles pour la prise en charge du « pré diabète », syndrome métabolique et du diabète**
- **Intérêt +++ pourtant de la prise en charge diététique dès l'apparition d'une hyperglycémie modérée à jeun ou d'un syndrome métabolique**
- **Mais consultation spécialiste initiale peut être non indispensable**
- **Facteurs limitant ou retardant cette prise en charge diététique**
  - Accessibilité à la consultation diététique :
    - à l'hôpital :
    - peu ou pas de temps ambulatoire
  - proposer une consultation diététique systématique lors d'un passage en HDJ annuel ?
  - en ville : non remboursée
  - Difficulté de renouveler ces consultations pour un suivi
  - Tenir compte de l'aspect socio-culturel compte tenu des populations touchées
  - Intégrer cette consultation dans l'éducation thérapeutique



# ANNEXE 3 : ENQUÊTE EHPAD (ETABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES)

ENQUÊTE « PRISE EN CHARGE EN INSTITUTION DE LA PERSONNE ÂGÉE SÉROPOSITIVE SUR LE TERRITOIRE DE LA COREVIH ILE-DE-FRANCE NORD »

- DÉCEMBRE 2009 À AVRIL 2010 -

GRUPE DE TRAVAIL « RECUEIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE MÉDICOSOCIAL » :

N. GRUAT / G. MADDI / P. GUIET / P. LABALME / R. ONESTAS / F. LOUNI / C. SECONDI / S. NDIAYE / P. MORICET

## 1. Etapes de la mise en place de l'enquête :

**1.a. Rédaction enquête + lettre d'information (N. Gruat, G. Maddi, relecture groupe de travail, validation Pr Yeni)**

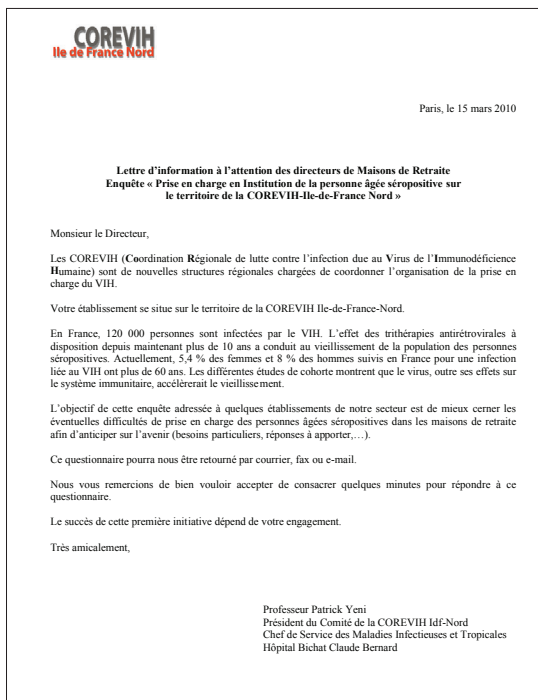
**1.b. Création annuaire EHPAD et Maisons de retraite (G. Maddi)**

**1.c. Soumission enquête au bureau COREVIH -> approbation**

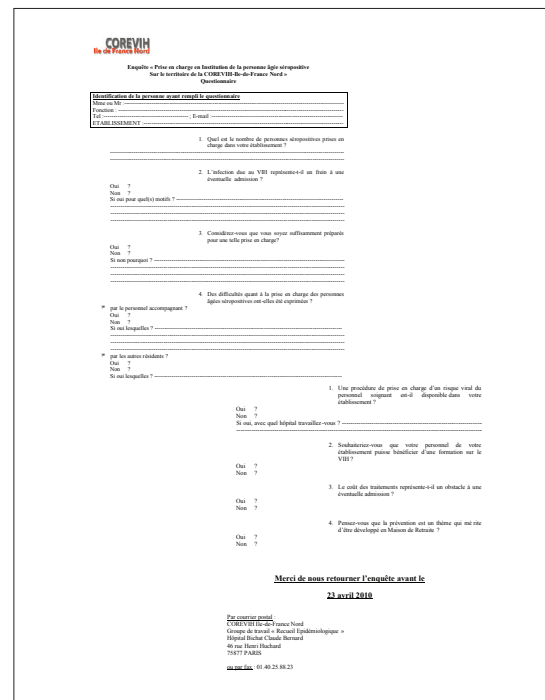
**1.d. Envoi questionnaires + lettre d'information (G. Maddi)**

**1.e. Réception et exploitation des questionnaires (F. Louni)**

## 2. Lettre d'information



## 3. Questionnaire : 2 pages, 8 questions

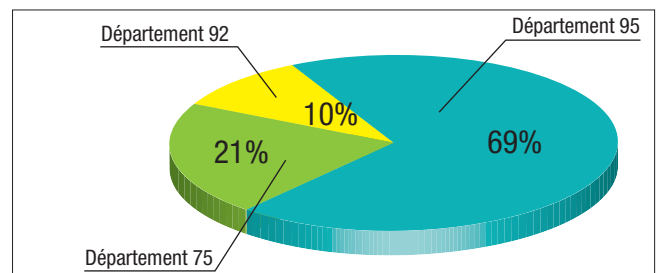


### Taux de réponse :

- 18% (39 établissements / 217)

- réponses principalement du Dépt 95

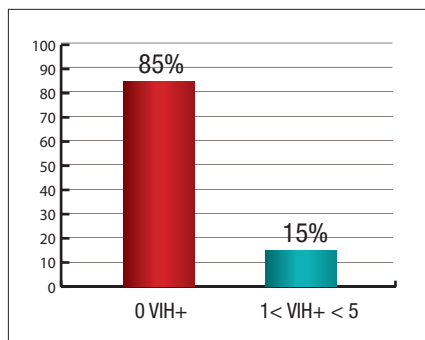
Taux de réponse par département (réponses/nb questionnaires envoyés)



**3.a. Question n°1 :**

Quel est le nombre de personnes séropositives prises en charge dans votre établissement ?

- 85% (33/39) des établissements n'accueillent pas de personnes VIH+
- 1 établissement accueille plus d'1 patient VIH+



**UNE POPULATION VIH+ RELATIVEMENT JEUNE**

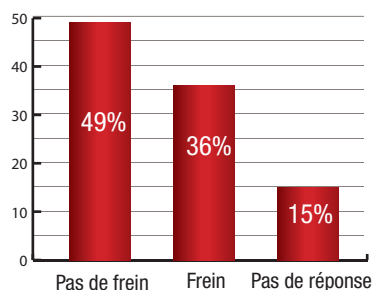
File active de COREVIH IDF-Nord (31/12/2009):

- . Âge moyen : 44 ans
- . Patients 60 ans : 7.3% (350/4810)

**3.b. Question n°2 :**

L'infection due au VIH représente-t-elle un frein à une éventuelle admission ?

- pas un frein pour 49% (19/39)
- un frein à l'admission pour 36%



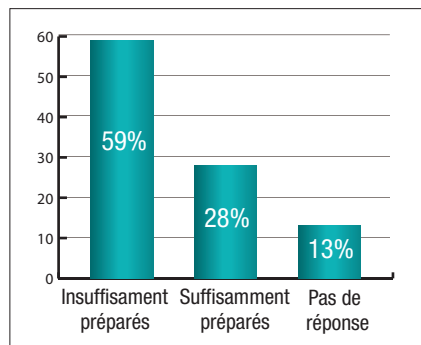
**Motifs du frein à l'admission :**

- manque de formation / information
- responsabilité / contamination éventuelle
- aucune expérience du médecin coordonnateur
- insuffisance de médecin
- coûts des traitements / prise en charge

**3.c. Question n°3 :**

Considérez-vous que vous soyez suffisamment préparés pour une telle prise en charge ?

insuffisamment préparés pour 59% (23/39)



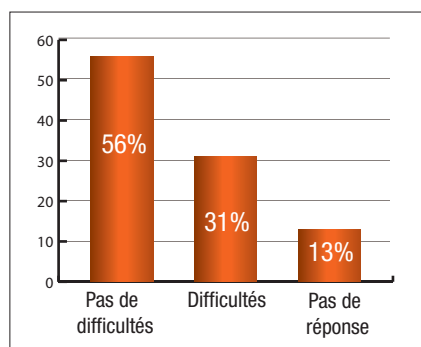
**Motifs du manque de préparation à la prise en charge :**

- manque de formation / information sur le suivi et les traitements
- défaut de pratique (peu de cas), manque d'expérience
- encadrement médical (en temps de présence) insuffisant
- relation avec les hôpitaux peu structurée / organisée

**3.d. Question n°4A :**

Des difficultés quant à la prise en charge des personnes âgées séropositives ont-elles été exprimées par le personnel accompagnant ?

- pas de difficultés pour 56% (22/39)
- des difficultés pour 31%



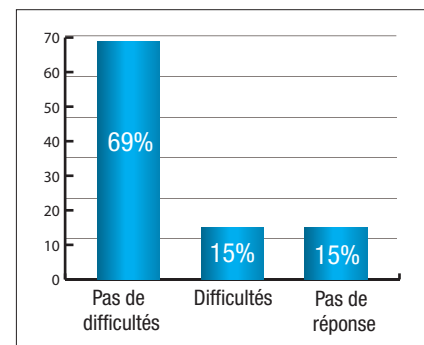
**Motifs / difficultés :**

- Abs de demande d'admission -> sujet non abordé
- Encadrement insuffisant en nombre
- Défaut de formation / information
- Inquiétude / AES,
- Difficultés d'accompagnement des résidents
- Refus de prise en charge avec demande de changement de service

**3.e. Question n°4B :**

Des difficultés quant à la prise en charge des personnes âgées séropositives ont-elles été exprimées par les autres résidents ?

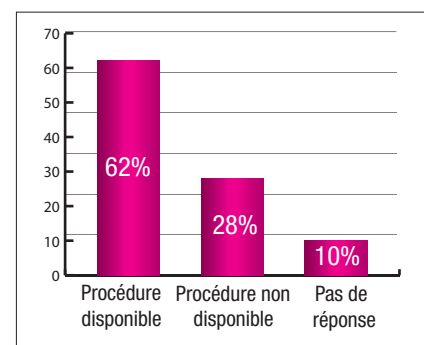
- pas de difficultés pour 69% (27/39)
- des difficultés pour 15% :
- Motifs :  
Peur de l'inconnu



**3.f. Question n°5 :**

Une procédure de prise en charge d'un risque viral du personnel soignant est-elle disponible dans votre établissement ?

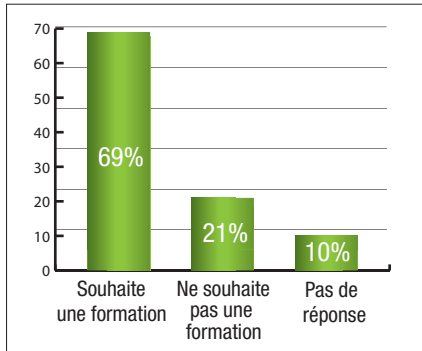
procédure disponible pour 62% (24/39) collaboration avec les hôpitaux (Pontoise, Argenteuil, Eaubonne-Montmorency, Magny-en-vexin, Bichat, Gonesse, Beaujon, CH communal Neuilly-sur-Seine...)



### 3.g. Question n°6 :

Souhaiteriez-vous que le personnel de votre établissement puisse bénéficier d'une formation sur le VIH ?

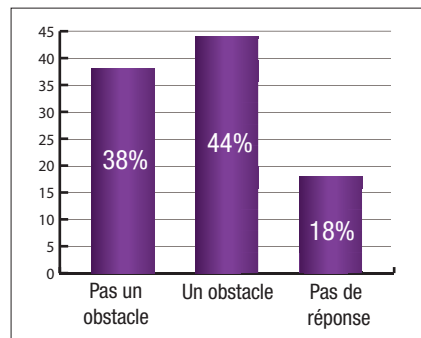
souhait d'une formation pour 69% (27/39)



### 3.h. Question n°7 :

Le coût des traitements représente-t-il un obstacle à une éventuelle admission ?

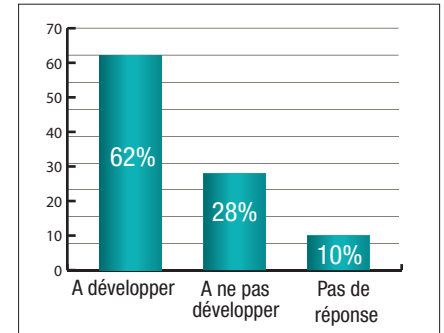
- un obstacle pour 44% (17/39)
- pas un obstacle pour 38% (15/39) dans la mesure où les traitements ne sont pas dans le budget global de l'établissement



### 3.i. Question n°8 :

Pensez-vous que la prévention est un thème qui mérite d'être développé en Maison de Retraite ?

à développer pour 62% (24/39)



## 4. Conclusion :

- > peu de structures de type EHPAD accueillent actuellement des personnes âgées séropositives mais question aujourd'hui émergente avec les trithérapies
- > forte demande de formation de la part des équipes soignantes / prise en charge de la pathologie, AES, mesures de prévention
- > frein à l'admission / coût des traitements VIH

# ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

## ANNEXE 4 : MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE (MAS) MAISON DE LUMIÈRE, MAGNY EN VEXIN

### 4.a. INTRODUCTION

La « Maison de Lumière » est la première maison d'accueil spécialisée en France à avoir accueilli spécifiquement des personnes touchées par un handicap et présentant une infection liée au VIH. Elle existe depuis 2001 et est située à Magny-en-Vexin depuis 2003.

La maison dispose de quinze chambres individuelles offrant la possibilité d'accueils prolongés mais aussi, depuis 2007, de séjours temporaires sur un lit dédié. Une équipe pluridisciplinaire accompagne les résidents de la maison dans les gestes de la vie quotidienne et dans leur projet.

### 4.b. STRUCTURE DU SERVICE, EVOLUTION AU COURS DE L'EXERCICE

#### > Locaux

La porte d'entrée a été changée sur l'année 2010.

#### > Équipe médicale :

Le Docteur Nicolas GRUAT, déjà présent dans le service depuis de nombreuses années, est le seul médecin référent du service, à hauteur de 0,4 ETP soit 4 demi-journées par semaine.

#### > Équipe paramédicale :

#### ÉQUIPE DE JOUR

Son encadrement est assuré par un cadre de santé à mi-temps.

- > Elle comprend :
  - 4 IDE soit :
  - 3,3 ETP sur le mois de janvier,
  - 3 ETP sur les mois de février et mars,
  - 3,5 ETP sur les mois d'avril et mai,
  - 3 ETP sur les mois restants. L'IDE, en mi-temps thérapeutique, est en arrêt depuis le 28 mai 2010.
- > 10 AS / AMP soit 8 ETP
  - 5 AS à 100 %,
  - 4 AS à 50 % dont 1 AS en mi-temps thérapeutique,
  - 1 AMP à 100 %.
- > 2 ASH à 100 %,
- > 1 éducatrice spécialisée à 100 %.

Elle est complétée par la présence de différents professionnels de santé :

- > un psychologue est présent deux jours par semaine,
- > un masseur kinésithérapeute intervient 12 heures par semaine,
- > une assistante sociale apporte son expertise aux résidents (et leur famille) et à l'équipe,
- > deux professeurs d'activité physique adaptée interviennent 5 heures par semaine depuis le dernier trimestre 2010,
- > une ergothérapeute intervient à la demande de l'équipe,
- > une orthophoniste collabore ponctuellement sur prescription médicale,

> une diététicienne est présente deux fois dans la semaine.

#### ÉQUIPE DE NUIT

Intervenant en binôme, elle comprend :

- > 3 AS à 100 %
- > 1 ASH à 100 %.

#### MOUVEMENTS AU SEIN DE L'ÉQUIPE DE JOUR

Mouvement du personnel	Départ	Arrivée
<b>Cadre de santé</b>	-	-
<b>IDE</b>	-	-
<b>AS</b>	-	1 AS en mi-temps thérapeutique
<b>AMP</b>	-	-
<b>ASH</b>	1 ETP (en congé maternité)	1 ETP
<b>Éducatrice spécialisée</b>	-	-

L'année 2010 a été marquée par :

- > La stabilité de l'équipe IDE après un renouvellement complet sur l'année 2009,
- > L'arrivée d'une nouvelle AS sur un mi-temps.

La composition actuelle de l'équipe AS, dont la quasi moitié travaille à mi-temps, rend plus compliquée la tâche de référent-soignant auprès des résidents.

## ABSENTÉISME AU SEIN DE L'ÉQUIPE DE JOUR

Absentéisme	Arrêt maladie	Congés maternité / paternité	Accident du travail	Compensation
<b>Cadre de santé</b>	-	-	-	-
<b>IDE</b>	113 jours	-	140 jours	
<b>(aucune compensation)</b>	Compensés par l'équipe			
<b>AS / AMP</b>	38 jours	-	36 jours	Compensés par l'équipe et 3 vacances
<b>ASH</b>	17 jours	-	-	Compensés par l'équipe et par 1 vacation
<b>Éducatrice spécialisée</b>	-	-	-	-

L'absentéisme des infirmiers a été compensé par un interne ou par des IDE d'autres services pour 3 jours. L'arrêt anticipé d'une IDE avant son congé maternité (prévu pour le début 2011) a laissé l'équipe IDE à 2 entre la mi-novembre et le 31 décembre.

Un faible absentéisme est constaté sur l'équipe AS/AMP/ASH.

Par ailleurs, la Maison de Lumière a bénéficié de 8 semaines de remplacement d'été.

### 4.c. ACTIVITE DU SERVICE AU COURS DE L'EXERCICE

#### > Actions de formation à destination des agents

##### FORMATIONS COLLECTIVES

##### INSTITUTIONNELLES INTRA-MUROS :

- > Gestion du stress : 1 AS,
- > Manutention : Préserver son dos : 2 AS,
- > Bien-être : 1 IDE et 1 ASH,
- > Toucher dans les soins – niveau 1 : 1 IDE et 1 AS,
- > Toucher dans les soins – niveau 2 : 1 IDE et 2 AS,
- > Éducation thérapeutique : 2 AS,
- > Hygiène – Mission des AS et prévention du risque infectieux : 1 AS,
- > Faire face aux situations agressives : 2 AS,
- > Plaie et Cicatrisation : 2 IDE
- > Amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : 1 AS,
- > Prise en charge des troubles neuropsychologiques du patient cérébrolésé : 1 cadre, 2 IDE, 5 AS et 1 ASH,
- > Stage pratique sur les bonnes pratiques professionnelles de l'AS : 1 AS,
- > Prise en charge du patient diabétique : 1 IDE et 2 AS,
- > Sécurité incendie : 1 IDE et 7 AS,
- > Mise en place d'un processus d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers avec l'outil IGEQSI : 1 cadre, 1 IDE
- > Soins infirmiers individualisés à la personne soignée : 1 cadre et 1 IDE
- > Sexualité de la personne prise en charge en institution : 1 IDE, 1 AS et 1 ASH
- > Transmissions ciblées : 1 AS

#### FORMATION INDIVIDUELLES EXTRA-MUROS : AUCUNE FORMATION N'A ÉTÉ SUIVIE

Ces formations représentent 80 jours d'absence et ont concerné 17 personnes. Ces absences sont uniquement compensées par tous les membres de l'équipe.

#### > Accueil de stagiaires

2 étudiants en soins infirmiers et 3 étudiants aides-soignants ont été accueillis.

#### > Participation au fonctionnement de l'établissement

L'ensemble du personnel s'est investi en participant aux différents comités ou commissions de l'établissement :

- > CLAN,
- > CLUD'S,
- > Groupe dossiers patients,
- > Commission restauration,
- > Référents Hygiène
- > AUDIT IGEQSI,
- > Comité Technique d'Etablissement.

Les agents en s'investissant dans ces groupes de travail montrent leur intérêt à la vie institutionnelle.

#### > Démarche Qualité

L'équipe de la Maison de Lumière a signalé : 21 évènements indésirables, tous clôturés, 3 découvertes de BMR.

#### > Projet de Vie

Le précédent projet, qui avait commencé à la fin de l'année 2005, s'est achevé cette année.

Des groupes de travail composés de membres de l'équipe se sont réunis afin de dégager les axes du prochain projet de vie. Les résidents et les familles ont été sollicités. Ce second projet de vie est actuellement en cours de rédaction.

Des réunions biennuelles permettent le suivi du projet actuel. Il s'articule, principalement, autour des axes suivants :

#### LES ATELIERS

**Atelier peinture** : animé par une intervenante bénévole et encadré par l'éducatrice spécialisée. Il se déroule

bimensuellement et 18 séances ont eu lieu en 2010.

Cet atelier n'a pas vocation à enseigner une technique, ni même à produire quelque chose de « beau ». Cet atelier se veut un lieu de rencontre convivial où chaque résident peut s'exprimer autrement que par des mots.

Une fois par trimestre, l'atelier peinture se déroule dans les locaux de l'atelier municipal avec d'autres personnes.

**Atelier musique** : animé par le psychologue et l'éducatrice. Il a eu lieu sur 20 séances, en alternance, avec l'atelier peinture.

La musique est source d'émotions et de sensations et résonne en chacun de nous différemment. L'atelier musique a été conçu de manière à faire vivre cette palette de sentiments chez chacun des participants.

**Atelier danse** : animé, hebdomadairement, par une intervenante extérieure. 40 séances sont comptabilisées pour 2010.

Parallèlement à la rééducation (APA et kiné), il nous a semblé intéressant d'envisager une autre approche du corps en mouvement. La danse offre une approche du corps dans toutes ses composantes : sensorielle, tonique, érogène, émotionnelle, psychique, symbolique...

**Atelier film** : animé par le psychologue et l'éducatrice. Les 12 séances de l'année 2010 avaient pour but de mener un travail autour de l'image de soi, en réalisant un film autour d'un scénario dont les résidents sont les auteurs et les acteurs. Cet atelier permet d'ouvrir la question de l'image du corps par le biais d'un médiateur : la caméra.

**Atelier cuisine** : animé par l'équipe soignante. Afin de rompre la monotonie des repas de l'hôpital, les résidents ont la possibilité d'élaborer leur menu et de participer à la préparation d'un repas. Cet atelier s'est tenu 12 fois sur l'année 2010.

**Atelier massage** : proposé par deux aides-soignantes ayant été formées à cette activité. Cette approche du toucher dans les soins apportent bien-être et relaxation aux résidents ainsi qu'une réappropriation de leur schéma corporel. 31 séances se sont déroulées sur 2010.

**Atelier travaux manuels** : animé par une aide-soignante. Les objets de décoration réalisés sur les 12 séances de l'année 2010 ont permis aux résidents de participer au Marché de Noël de Magny en Vexin.

**Atelier jardinage** : animé par une aide-soignante. A l'issue de cette activité saisonnière, 3 journées sur 2010, des jardinières embellissent le jardin et les fenêtres de la Maison de Lumière.

#### LES SORTIES ET VOYAGES

Les résidents ont pu bénéficier d'environ 95 sorties sur l'année 2010, en groupe ou en individuel, soit en moyenne 20 sorties par résident.

**Les sorties en groupe** sont variées : restaurant, goûter, cinéma, promenade, spectacles, activités sportives... Elles permettent aux résidents d'avoir une vie sociale et de tisser du lien en dehors de l'institution.

Une visite du « Zoo des Félines » a été organisée pour

les 15 résidents. Toute l'équipe s'est mobilisée pour cette journée.

**Les sorties individuelles** répondent à une demande précise des résidents : visite familiale, achats de vêtements ou de cadeaux, choix d'un spectacle... Cet accompagnement individualisé permet aux résidents de rester acteur de leurs choix.

**Les sorties correspondant à un projet :**

> **projet ping pong** : 4 résidents se rendent 1 fois par mois au Club de ping-pong de Magny. Ils sont bien intégrés dans l'équipe de joueurs et prennent plaisir à pratiquer un sport sur la durée.

> **Projet théâtre** : depuis 2 saisons, 6 résidents ont souscrit un abonnement au Théâtre de Cergy-Pontoise, leur permettant d'assister à des spectacles très variés : musique, théâtre, danse, cirque... Les résidents ont une capacité à s'émouvoir qui est restée intacte. Les sorties au spectacle sont l'occasion de faire vivre ce « corps émotionnel ».

**Les sorties « citoyennes »** : Au même titre que les Magnytois, les résidents ont participé aux différentes manifestations qu'offre la commune : vœux du Maire, 14 juillet, Téléthon, vide-grenier, marché de Noël, dîner spectacle... Cette participation à la vie de la commune induit un sentiment d'appartenance à une communauté.

**LES SÉJOURS**

**Séjour collectif** : 4 résidents ont bénéficié d'un séjour sportif dans le Morvan. Au programme : tree-climbing, vélo adapté, baignade, promenade en bateau. Les résidents ont pu se surpasser physiquement et vivre des sensations inédites. Un esprit d'équipe les a unis tout au long du séjour.

**Séjour individuel** : 1 résident est parti pendant 15 jours avec APF Evasion. Il a pu faire une rupture avec le quotidien, changer d'environnement, rencontrer de nouvelles personnes, vivre des moments forts. Pour réaliser ce séjour, il a bénéficié d'une aide de l'agence Nationale pour les Chèques-Vacances (ANCV).

**LES ÉVÈNEMENTS**

**Exposition tableaux** : les œuvres des résidents réalisées lors de l'atelier peinture ont fait l'objet de 2 expositions : dans le hall des Cèdres à Aincourt, puis à l'occasion de la cérémonie des vœux du Maire de Magny. Cette initiative a permis de valoriser et de reconnaître le travail des résidents.

**Marché de Noël** : un stand a été mis à disposition des résidents de la Maison de Lumière, pour leur permettre de vendre les objets de décoration réalisés lors de l'atelier travaux manuels. La recette a permis de financer l'achat d'une minichaîne Hifi.

**Vide-grenier** : les résidents ont pu participer en tant qu'acteurs à cette manifestation en tenant un stand d'objets. La recette sera utilisée à l'occasion d'une sortie.

**Repas exceptionnels** : le passage à la nouvelle année et la venue de l'été sont l'occasion de convier les proches des résidents autour d'un buffet ou barbecue.

**LES PROJETS D'ACCOMPAGNEMENTS INDIVIDUALISÉS (PAI)**

En 2010, chaque résident a bénéficié d'un projet d'accompagnement individualisé. Les objectifs ont pour la plupart d'entre eux été atteints, notamment en terme d'autonomie, de rapprochement familial, de sorties ciblées.

**4.d. BILAN DE L'ACTIVITE MEDICALE**

**> Éléments d'activité :**

Nous analyserons cette année séparément l'activité des séjours temporaires et celle des séjours prolongés afin d'y voir plus clair. En effet, parmi les 21 séjours survenus sur l'année, sept ont été réalisés sur le lit de rotation dont trois ont débouché sur un séjour définitif. Il y a eu donc cette année plusieurs mouvements sur les séjours prolongés.

**1) CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES**

**ADRESSÉES POUR UN SÉJOUR TEMPORAIRE :**

6 hommes (85,7%) et 1 femme (14,3%) ont été accueillis cette année dans le cadre d'un séjour temporaire.

Il faut noter qu'une personne prise en charge à domicile a été admise à 2 reprises dans la maison pour un séjour de courte durée d'un mois.

**Tranches d'âge**

entre 30 et 39 ans :	-	
entre 40 et 49 ans :	7	(100 %)
entre 50 et 59 ans :	-	

L'âge moyen a été calculé à 47,1 ans (extrêmes : 44 – 49 ans).

**Modes de contamination :**

- homo- ou bisexuel	2	(28,6 %)
- hétérosexuel	3	(42,8 %)
- toxicomanie IV	2	(28,6 %)

**Origine géographique :**

- France	métropole	5	
		DOM-TOM	1
- Maghreb			1

**Provenance :**

<b>Court Séjour :</b>	Hauts de Seine :	- Garches	1	(14,3 %)
<b>Soins de Suite :</b>	Val d'Oise :	- Aincourt	1	(14,3 %)
	Seine St-Denis :	- Avicenne	1	(14,3 %)
<b>Établissement psychiatrique :</b>		- Montesson	1	(14,3 %)
<b>SSIAD : La Croix Saint-Simon :</b>			2	(28,6 %)
<b>Autre MAS : Les « Florilys »</b>			1	(14,3 %)

Ces séjours temporaires permettent de soulager des familles dans des situations de maintien à domicile difficile ou de proposer un répit à l'équipe soignante en charge de la personne. Il peut aussi s'agir d'évaluer l'autonomie ou de poser l'indication d'un maintien définitif en maison d'accueil spécialisée. Ainsi, trois personnes ont été admises dans un second temps pour un séjour prolongé.

**Nature du Handicap :**

La plupart des résidents accueillis présentent des complications neurologiques liées à une infection opportuniste (neuro-SIDA) :

- encéphalite liée au VIH	3
- encéphalite herpétique	1
- toxoplasmose cérébrale	2

Le dernier patient présentait des séquelles d'accident vasculaire cérébral survenu dans des suites opératoires.

**Degré de dépendance selon l'échelle de Karnofsky :**

<b>60 % capacité d'activité domestique restreinte aux besoins personnels</b>	1
<b>50 % capacité d'activité domestique minimale</b>	3
<b>40 % aide permanente aux besoins élémentaires</b>	3

**Orientations après le séjour :**

- retour à domicile	2
- autre MAS	2
- admission définitive à la « Maison de Lumière »	3

L'ouverture de deux nouvelles MAS sur la région parisienne (associations Cordia et Sos-Habitat proposant respectivement 14 places dont 3 d'accueil de jour à Paris et 20 places à Saint-Denis) a permis à de nombreux patients connus de la « Maison de Lumière » d'être enfin admis dans une structure d'accueil adaptée. Ces patients étaient en attente d'une place en MAS depuis de nombreuses années.

**2) CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES**

**HÉBERGÉES EN SÉJOUR PROLONGÉ :**

12 hommes (70,6 %) et 5 femmes (29,4 %) ont été accueillis cette année dans le cadre d'un séjour prolongé.

**Tranches d'âge :**

entre 20 et 29 ans :	-	
entre 30 et 39 ans :	-	
entre 40 et 49 ans :	11	(64,7 %)
entre 50 et 59 ans :	2	(11,8 %)
entre 60 et 69 ans :	4	(23,5 %)

L'âge moyen des résidents a été calculé à 50,6 ans (extrêmes : 40 - 65 ans). Par ailleurs, près d'un quart d'entre

eux ont plus de 60 ans.

Le vieillissement des personnes hébergées à la « Maison de Lumière » se confirme, nous amenant à réfléchir au cas par cas à d'autres solutions d'accueil.

#### Modes de contamination :

- homo- ou bisexuel	1	(5,9 %)
- hétérosexuel	10	(58,8 %)
- toxicomanie IV	6	(35,3 %)

#### Origine géographique :

- France	métropole	10
	DOM-TOM	1
- Union européenne		1
- Maghreb		3
- Afrique subsaharienne		1
- Asie		1

#### Provenance :

> Court Séjour (17,6 %)

Paris :	- H.E.G.P	1
	- Saint Louis	1
Hauts de Seine :	- Garches	1

> Soins de Suite (52,9 %)

Val d'Oise:	- Carnelle	2
Paris	- Édouard Rist	1
Seine et Marne	- Bligny	1
Yvelines :	- Bécheville	1
Val de Marne :	- Kremlin-Bicêtre	2
	- Saint Maurice	1
Seine Saint-Denis :	- Avicenne	1

> Établissement psychiatrique (5,9 %)

Yvelines :	- Montesson	1
------------	-------------	---

> Maison de retraite ou unité de longue durée (5,9 %)

Seine et Marne :	- La Ferté Gaucher	1
------------------	--------------------	---

> Autres (17,6 %)

domicile familial	2
MAS des « Florales »	1

L'admission en MAS à la « Maison de Lumière » fait suite généralement à un hospitalisme de plusieurs années alternant hospitalisations en court séjour et en soins de suite. Les demandes proviennent pour plus de la moitié d'un service de SSR et pour près de 20 % d'un service de médecine. L'origine du restant des demandes est variée (domicile, maison de retraite, secteur psychiatrique,...). Rappelons que 3 admissions ont été réalisées cette année.

#### Nature du Handicap :

L'origine des atteintes est neurologique liées avant tout à une infection opportuniste (neuro-SIDA) :

- toxoplasmose (cérébrale ou médullaire)	3
- LEMP	2
- encéphalomyélite due au VIH	4
- encéphalite mixte (VIH associée au VZV, CMV, alcool)	3
- encéphalite herpétique	1
- lymphome cérébral (+ encéphalite post-radique)	1

Des atteintes d'autre nature sont possibles. Elles sont souvent intriquées aux complications cérébrales de l'infection par le VIH :

- accident vasculaire cérébral	2
- anoxie cérébrale	1

Des troubles psychiatriques graves sont fréquemment associés. Ils préexistaient avant la maladie (ex : psychose déficitaire) ou sont apparus au décours des atteintes cérébrales (troubles cognitivocomportementaux).

11 résidents se déplacent en fauteuil roulant (70,6 % en raison d'une hémiplegie (4), d'une paraplégie (5), d'une tétraparésie (1) ou d'une raideur extrapyramidale (1). Deux autres se déplacent en déambulateur en raison de troubles de l'équilibre.

Un résident relève d'oxygène au long cours (en raison d'une BPCO), une autre d'un appareillage pour des apnées du sommeil.

Deux résidents disposent d'une gastrostomie : l'un pour lui assurer hydratation et passage des médicaments, l'autre en complément d'une alimentation orale insuffisante.

En ce qui concerne l'infection par le VIH, le nombre de malades ayant atteint une immunité normale (CD4 > 500) tend à augmenter au cours des années :

- CD4 > 500 / mm <sup>3</sup> :	12
- 350 < CD4 < 500 :	2
- 200 < CD4 < 350 :	3
- CD4 < 200 / mm <sup>3</sup> :	-

82,3% (14/17) ont une charge virale indétectable (< 20 copies/ml). Trois ont une réplication virale résiduelle (< 400 copies/ml).

La fragilité des malades est aujourd'hui davantage liée aux conséquences du handicap (infection urinaire, fausse route,...) ou aux comorbidités (diabète, cirrhose par hépatite virale C, BPCO, cardiopathie ischémique, etc.) plutôt qu'à l'infection par le VIH en elle-même. Les mesures de prévention vis-à-vis des escarres, des fausses routes, de la dénutrition, des chutes, ... sont prises en compte avec attention au quotidien par l'équipe. Les différentes vaccinations recommandées ont été remises à jour.

Une supplémentation systématique en vitamine D tous les deux mois a été instaurée cette année sous couvert

d'apports calciques suffisants.

#### Degré de dépendance selon l'échelle de Karnofsky :

60 % capacité d'activité domestique restreinte aux besoins personnels	3
50 % capacité d'activité domestique minimale	8
40 % aide permanente aux besoins élémentaires	5
30 % alitement fréquent	1

#### Durée de séjour :

- séjour temporaire :	1 mois :	2	
	entre 2 et 3 mois :	2	
	> 3 mois :	3	
- séjour prolongé :	moins d'un an :	3	
	entre 3 à 4 ans :	3	(21,4 %)
	entre 5 à 7 ans :	7	(64,3 %)
	entre 8 à 10 ans :	4	(14,3 %)

Quatre résidents étaient déjà présents à Pontoise avant le déménagement de 2003, sept sont arrivés après. Il y a eu cette année une orientation en EHPAD (maison de ville) et une autre vers la MAS de SOS-Habitat à Saint-Denis, ceci à la demande du résident. Il y a eu, par ailleurs, un décès. C'est ainsi que trois nouvelles admissions en séjour prolongé ont eu lieu dans la maison cette année. Celles-ci se sont faites après une période d'évaluation en accueil temporaire.

#### Mouvements :

On comptabilise, en 2010, 6 hospitalisations dont 5 dans le service de Médecine de l'hôpital et 1 dans le service d'orthopédie de l'hôpital de Meulan.

Ces transferts ont été motivés en raison d'une infection pulmonaire ou urinaire, d'un épisode de déshydratation et d'une fracture post-traumatique du col du fémur.

Deux résidents sont partis en vacances (l'un dans le pays Basque, l'autre en Inde avec sa famille) ; un autre résident s'est absenté pour le décès de son père enterré au pays.

Le taux d'occupation au cours de l'année 2010 a été calculé à 96,2 %.

#### 4.e. CONCLUSION

L'activité de l'année 2010 de la MAS « Maison de Lumière » a été quelque peu contrastée du fait de l'ouverture attendue de 2 nouvelles structures identiques à la nôtre sur la région Ile-de-France. Ceci a permis à de nombreux candidats de disposer enfin d'un lieu de vie. De ce fait, 2 transferts à partir de la maison vers l'une d'entre elle ont eu lieu. Par ailleurs, une réactualisation de notre liste d'attente a été aussi nécessaire retardant par la même certaines admissions.

Le lit de rotation continue de proposer des séjours de

répit pour les familles et d'évaluation des capacités du résident admis. Trois séjours temporaires se sont transformés cette année en séjours prolongés.

L'achat d'un véhicule type TPMP a été rendu possible grâce principalement au soutien financier du SIDACTION. Certains membres de l'association sont venus nous rencontrer en fin d'année. Ce véhicule, stationné à Magny, est partagé avec le service animation de l'EHPAD et sert aux sorties extérieures.

L'extension de la maison a été inscrite au projet d'établissement. Il est envisagé une augmentation du nombre de places à 20, réparties en 18 places d'accueil prolongé et en 2 places d'accueil temporaire.

Un nouveau projet de vie a été élaboré pour les cinq nouvelles années à venir. Il comporte notamment la création d'un poste d'animateur à temps partiel afin de constituer une équipe socioéducative. Ce poste avait déjà été proposé l'année dernière au moment du redéploiement du temps de cadre de la maison.



# ANNEXE 5 : BILAN 2010 DE L'UNITÉ DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION DES MALADIES INFECTIEUSES DU CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN

Docteur Nicolas GRUAT

## 4.a. Introduction :

L'unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier du Vexin (UF 1911) a été intégrée en 1992 au service de rééducation respiratoire de par la conjonction de plusieurs facteurs : une épidémie due au VIH récente en pleine expansion et des programmes de rééducation de l'insuffisant respiratoire encore à ses débuts. Aussi, la capacité de l'unité accueillant des malades touchés par le VIH a atteint progressivement six places ; l'unité partageant les mêmes locaux et la même équipe soignante tant médicale que paramédicale que le service de pneumologie. Le temps du médecin attaché à l'unité initialement de trois vacations a été réduit depuis septembre 2009 à hauteur de 0,2 ETP.

L'évolution des traitements depuis 1996 avec l'apparition des trithérapies a permis un net recul de la maladie et des transformations dans la prise en charge. De la prise en charge essentiellement palliative des premières années, les séjours demandés aujourd'hui en SSR le sont pour des objectifs plus variés : poursuite de soins d'une infection aiguë et nécessité d'une surveillance, éducation thérapeutique, rééducation physique, diététique, soutien psychologique et/ou attente d'une réponse sociale.

L'année 2010 a été marquée par la demande de labellisation des services de Soins de Suite. La configuration du service ne permettant pas l'augmentation du nombre de lits requis de rééducation respiratoire à 30, il a été décidé unilatéralement de supprimer l'unité de maladies infectieuses. Parallèlement, aucun projet conservatoire de cette unité n'a été proposé. Il s'agit donc cette année du dernier bilan d'activité de l'UF 1911.

## 4.b. Eléments d'activité :

Compte tenu du contexte de suppression des lits, il n'y a eu que 17 séjours réalisés sur l'unité au cours de l'année 2010 soit près de 40 % d'admissions en moins comparativement à l'année dernière. Parmi l'ensemble de ces séjours, une patiente a été admise à trois reprises dans le service du fait de l'instabilité de sa maladie.

L'analyse de l'activité sera donc effectuée sur 15 séjours.

Par ailleurs, 19 demandes de séjours ont été refusées au

cours de l'année dont 7 en provenance d'hôpitaux parisiens et 6 des Yvelines.

### > Sex ratio :

Les 15 admissions réalisées concernent 11 hommes (73,3 %) et 4 femmes (26,7 %) ; répartition très similaire à celle de 2009.

### > Tranches d'âge :

entre 20 et 29 ans :	2	(13,3 %)
entre 30 et 39 ans :	4	(26,7 %)
entre 40 et 49 ans :	7	(46,7 %)
entre 50 et 59 ans :	1	(6,7 %)
entre 60 et 69 ans :	1	(6,7 %)

L'âge moyen des malades est un peu plus jeune que les autres années, calculé à 42,1 ans (extrêmes : 23 - 65 ans).

### > Modes de contamination :

- homo- ou bisexuel	2	(13,3 %)
- hétérosexuel	7	(46,7 %)
- toxicomanie IV	5	(33,3 %)
- maternofoetal	1	(6,7 %)

Sur l'ensemble des patients toxicomanes, un seul était sous traitement substitutif aux opiacés (méthadone). Six patients présentaient une dépendance tabagique (40 %), deux une dépendance à l'alcool (dont un demandeur d'un sevrage) et trois consommaient régulièrement du cannabis.

### > Origine géographique :

- France (métropole)		3	(20 %)
	(DOM-TOM)	3	(20 %)
- Europe		-	
- Afrique subsaharienne		7	(46,7 %)
	(Burkina Faso, Cameroun, Congo (2), Côte d'Ivoire, Mali, RDC)		
- Maghreb	(Algérie, Maroc)	2	(13,3 %)
- Caraïbes		-	

Le nombre de malades issus d'Afrique subsaharienne représente près de la moitié de notre recrutement soit près du double de l'an passé, ceci comme nous l'avons vu sur un effectif plus limité.

### > Provenance :

Val d'Oise :	- Eaubonne	01	
--------------	------------	----	--

(64,7 %)	- Pontoise	10	(58,8 %)
Paris :	- Bichat	-	
(11,8 %)	- Cochin	02	(11,8 %)
Yvelines :	- Mantes	01	(5,9 %)
Hauts de Seine :	- Garches	01	(5,9 %)
(11,8 %)	- Nanterre	01	
Seine Maritime :	- Elboeuf	01	
(5,9 %)			

Près de 60 % du recrutement du service provient de l'hôpital de Pontoise. Ceci est lié aux liens étroits dans le domaine du VIH créés entre les deux établissements depuis maintenant de nombreuses années. Enfin, notre rattachement au COREVIH Ile-de-France Nord, centré sur l'hôpital Bichat, a eu peu d'impact sur les habitudes d'orientation.

### > Lieu de domicile :

- Val d'Oise :	4	(26,7 %)
- Yvelines :	3	(20 %)
- Oise :	1	(6,7 %)
- Val de Marne :	1	(6,7 %)
- Seine-Maritime :	1	(6,7 %)
- sans domicile :	5	(33,3 %)

Un tiers des malades adressés n'ont pas de domicile. Sur le restant, 46,7 % vivent dans des conditions d'hébergement précaire (foyer, hôtel, famille).

### > Motif du séjour :

> Porteur d'une infection liée au VIH	15 (100 %)
- découverte d'une séropositivité inaugurale d'un SIDA	4
- séjour en raison d'une rupture de traitement	6
> Infections opportunistes :	
- encéphalite due au VIH	2
- leucoencéphalite multifocale progressive (LEMP)	1
- toxoplasmose cérébrale	3
- tuberculose	4
- pneumocystose pulmonaire	1
- pneumopathie bactérienne nécrosante	1
- zona	3
> Tumeurs :	
- maladie de Kaposi	-
- lymphome non hodgkinien	-
> Autres comorbidités ou complications :	
- aspergillose pulmonaire	1
- CMNO	2
- thrombose veineuse profonde	2
- troubles psychiatriques	7 (46,7 %)

- > Coinfection VIH-VHC active : 2 (13,3 %)
- > Coinfection VIH-VHB-VHC : 1 (6,7 %)

	A	B	C
<b>CD4 &gt; 500</b>	-	-	-
<b>200 &lt; CD4 &lt; 500</b>	1	-	1
<b>CD4 &lt; 200</b>	-	1	12

86,7 % des malades sont au stade SIDA et autant présentent une immunodépression sévère.

Un quart obtient une charge virale indétectable en fin de séjour, après seulement quelques mois de traitement.

Une malade a présenté un tableau de restauration immunitaire (IRIS) lors de la réintroduction d'un traitement antirétroviral relevant d'une corticothérapie de courte durée.

### Facteurs de risque cardiovasculaire (selon AF-SAPPS) :

âge (H>50 ans, F>60 ans), HTA, tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans, diabète, LDL-cholestérol >1,6 g/l, antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce)

#### Nombre de facteurs

<b>0</b>	5 (33,3%)
<b>1</b>	7 (46,7%) - tabac : 5 âge : 1 - LDL-CT : 1
<b>2</b>	3 (20%) - âge+LDL : 1 tabac+LDL : 1 - HTA+diabète:1
<b>&gt;3</b>	0

### Carence en vitamine D :

L'ensemble des patients dépistés (soit 11/15) présentait un déficit en vitamine D.

L'un d'eux avait un déficit profond à l'origine de douleurs osseuses (ostéomalacie).

### > Traitements :

Les schémas thérapeutiques se complexifient et tiennent compte des situations d'échec, d'intolérance mais aussi de la diffusion cérébrale des différentes molécules à disposition.

<b>- 2 analogues nucléosidiques + 1 non nucléosidique</b>	02
<b>- 2 analogues nucléosidiques + 1 antiprotéase boostée</b>	11
<b>- 3 analogues nucléosidiques + 1 IP boosté</b>	01
<b>- 1 analogue nucléosidique + 1 IP boosté + 1 antiintégrase</b>	01
<b>- 2 analogues nucléosidiques + 1 IP boosté+ 1 antiintégrase</b>	01

Rappelons que 40 % des malades étaient en rupture de traitement avant d'être hospitalisés.

Un travail d'éducation thérapeutique (ETP) auprès des malades est mené systématiquement pendant le séjour par les infirmières du service.

### > Taux de remplissage :

Le taux d'occupation moyen sur l'année a été calculé à 55,3 %.

Ce taux de remplissage a atteint 70 % entre les mois de

mai et septembre, puis a diminué dans les derniers mois de l'année. Il est bien au deçà des précédentes années.

### > Durée de séjour :

La durée moyenne de séjour a été calculée à 71 jours (extrêmes de 5 à 162 jours).

Comme nous le signalons depuis de nombreuses années, les séjours prolongés s'expliquent par des situations sociales complexes souvent associées à une perte d'autonomie ou des troubles psychiatriques (46,7 % des malades cette année) rendant les solutions en aval restreintes.

### > Devenir à la sortie :

- retour à domicile : 10 (58,8 %)  
(dans un foyer (2), en CHRS (1), en chambre d'hôtel (1), dans la famille (3), chez une amie(1))
- appartement de coordination thérapeutique (ACT) -
- orienté vers une maison d'accueil spécialisée (MAS) 3 (17,6 %)
- hospitalisation :
  - programmée -
  - pour un évènement intercurrent 3 (17,6 %)
- fugue 1
- décès -

Les deux dernières sorties survenues en début d'année 2011 ont ici été intégrées.

Rappelons que 80 % des patients hospitalisés dans le service (12/15) se trouvaient en situation sociale et d'hébergement précaire.

## 4.c. En Conclusion :

L'activité de l'unité de maladies infectieuses (UF 1911) de l'année 2010 confirme les tendances de ces dernières années : un recrutement de proximité lié à la fidélité du service de dermatologie de Pontoise encore principal partenaire, des séjours prolongés liés à la typologie des malades (pour beaucoup en situation sociale précaire et/ou présentant une perte d'autonomie ou des troubles psychiatriques).

La MAS de l'hôpital «maison de lumière» a été moins sollicitée du fait de l'ouverture d'une seconde MAS spécialisée en VIH à Saint-Denis (deux admissions) et a servi une seule fois de structure d'aval par son dispositif d'accueil temporaire.

Les visites des bénévoles de l'association AIDES qui venaient depuis de nombreuses années dans le service à raison d'environ une fois par mois se sont espacées avant de s'interrompre.

Le service est resté référent en matière d'accident exposant au sang (AES) en coordination avec le CLIN. Il a assuré deux formations cette année auprès des équipes soignantes.

Le service s'est aussi impliqué dans les différentes réunions de la COREVIH Ile-de-France Nord (centrée sur l'hôpital Bichat) auquel l'établissement est rattaché. Il a piloté un groupe de travail, a également participé aux réunions du bureau, aux différentes réunions plénières ainsi qu'aux soirées thématiques.

Enfin, dans le cadre de la labellisation des services de SSR, le service avait participé en 2009 au groupe de travail « SSR viroses » animé par le docteur BARBIER de la DRASS-IDF. Afin de permettre l'augmentation du nombre de lits de SSR de pneumologie par ailleurs nécessaire, en dépit des recommandations du groupe de travail qui reconnaissait la spécificité de telles unités et soulignait la nécessité de les maintenir, il n'en a pas été tenu compte ; effaçant sans considération d'un trait le travail réalisé au cours de toutes ces années...

Je tiens pour finir à remercier chaleureusement l'ensemble de l'équipe de pneumologie pour toutes ces années de travail et de partage.

# ANNEXE 6 : BILAN 2010 DU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE DE L'HÔPITAL BEAUJON

La file active des patients infectés par le VIH et suivis dans le service de Médecine Interne de l'Hôpital Beaujon est de 267 patients en 2010, dont 31 nouveaux patients (20 patients nouvellement pris en charge dans le service,

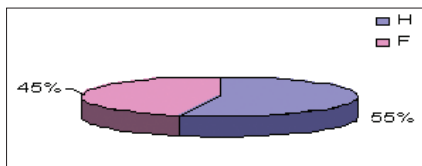
11 patients nouvellement dépistés) et 4 patients décédés au cours de l'année.

Le recueil des données est assuré en grande partie par le Technicien d'Etudes Cliniques, M. Ali Tadlaoui, présent

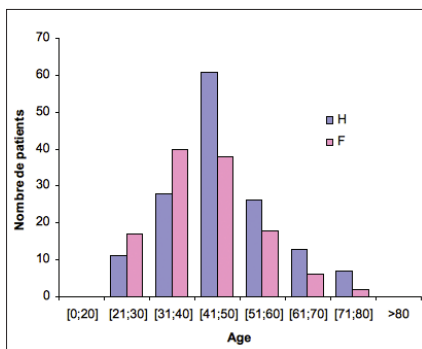
dans le service 1 jour par semaine depuis le début de l'année 2010.

## 1. Données épidémiologiques des patients de la file active

### 1.a. Répartition des patients selon le sexe



### 1.b. Répartition des patients selon l'âge



La moyenne d'âge des patients est de 44 ans pour les 2 sexes

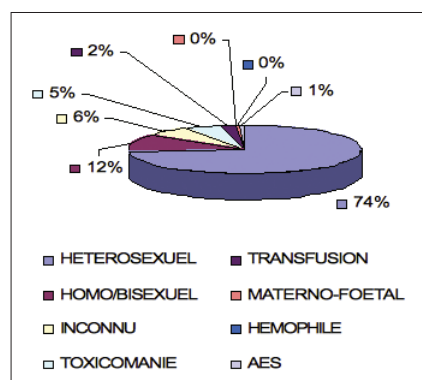
### 1.c. Répartition des patients selon le pays d'origine

PAYS D'ORIGINE	SEXE		TOTAL
	H	F	
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	50	74	124
AFRIQUE DU NORD	23	14	37
AMERIQUE DU SUD	5	1	6
FRANCE	49	22	71
EUROPE OCCIDENTALE	8	1	9
CARAIBES	7	7	14
ASIE & ASIE DU SUD	1	1	2
EUROPE DE L'EST	2	0	2
AMERIQUE DU NORD	0	0	0
OCEANIE	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>121</b>	<b>267</b>

### 1.d. Co-infections VIH/VHB/VHC

CO-INFECTIONS	N	%
VIH-VHB	12	4
VIH-VHC	24	9
VIH-VHB-VHC	6	2
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>15</b>

### 1.e. Mode de transmission

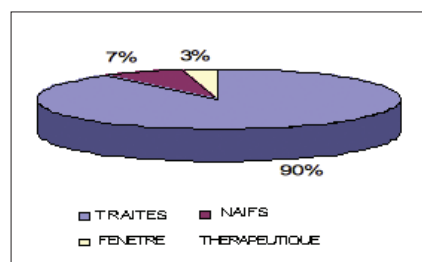


### 1.f. Stade clinique

STADE	Nombre	%
SIDA	69	26
NON SIDA	198	74
<b>TOTAL</b>	<b>267</b>	<b>100</b>

### 1.g. Patients traités

#### > Statut thérapeutique des patients :



### > Données immuno-virologiques des patients traités depuis plus de 6 mois :

CHARGE VIRALE	N	%
CV<50	175	74
CV>50	63	26
DM	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

CD4	N	%
CD4 ≥ 500	111	47
[350; 500[	58	24
[200; 350[	39	16
CD4 <200	29	12
DM	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

### > Patients traités depuis plus de 6 mois avec CV<50 copies/ml :

CD4	N	%
CD4 ≥ 500	88	51
[350; 500[	46	26
[200; 350[	28	16
CD4 <200	12	7
DM	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

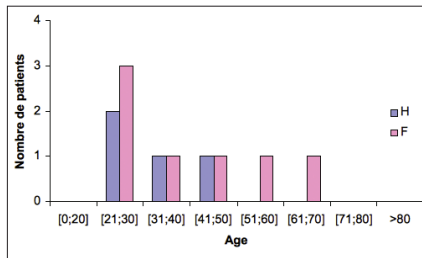
### > Schémas thérapeutiques :

TRAITEMENT EN COURS	N	%
2NRTI+1IP/r	65	27
2NRTI+1NNRTI	98	41
Autres	10	4
Avec II	65	27
3NRTI	1	0
1 IP+/-r	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

### 1.h. Patients nouvellement dépistés

#### > Sex.ratio

SEXE	Nombre de patient
H	4
F	7
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

**> Age****> Mode de transmission :**

	Nombre de patients
HETEROSEXUEL	9
HOMO/BISEXUEL	2
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

**> Pays d'origine :**

	Nombre de patients	
	H	F
FRANCE	2	1
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	1	5
AMERIQUE DU SUD	1	0
CARAIBES	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

**> Autres données :**

- > Un seul patient est co-infecté VIH/VHC
- > Deux patients sont au stade C

**> Données immuno-virologiques lors du dépistage :**

CD4	N	CV (copie/ml)
≥500	1	14337
[350; 500[	0	
[200; 350[	2	1 patient: 4 084 1 patient: 79 300
<200	8	1 patient: <1 000 2 patients: >51 000 5 patients: >140 000
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	

## 2. Organisation de la prise en charge des patients infectés par le VIH

### 2.a. Les consultations

Elles se déroulent à la polyclinique et sont assurées par 2 PUPH, 1 PH, 2 CCA, 1 Praticien Attaché, soit 9 demi-journées de consultations, réparties du lundi au vendredi, matin et après midi. Les patients sont adressés par les médecins généralistes, les urgences, les autres services de l'hôpital, en particulier le service de gynéco-obstétrique.

En 2010, le service a ainsi comptabilisé 919 consultations VIH, ce qui représente 25 % de l'ensemble des consultations du service de Médecine interne.

Une consultation spécifique de Psychologue a été ouverte en 2010 à la polyclinique et est assurée par la psychologue du service de Médecine Interne, Mme Gaëlle Roig, pour faciliter la prise en charge des patients infectés par le VIH sur le lieu même de leur consultation habituelle, et ainsi favoriser l'intégration de la prise en charge psychologique du patient dans son parcours de soin.

### 2.b. L'hospitalisation traditionnelle et l'hôpital de jour

Ils complètent la prise en charge médicale du patient. En 2010, le service enregistre 64 séjours en hospitalisation traditionnelle de patients infectés par le VIH.

Par ailleurs, le codage « Hôpital de jour » dans le cadre du bilan annuel effectué selon les recommandations du groupe d'experts du rapport du Pr Yeni, n'a concerné que peu de patients. Il existe en effet une difficulté certaine à organiser cette journée de synthèse compte-tenu des contraintes (de jour ou d'horaire) des rendez-vous des différentes consultations spécialisées souhaitées (gynécologie, proctologie, cardiologie, neurologie, radiologie, éducation thérapeutique, psychologue...). Ce bilan

annuel est donc le plus souvent effectué en externe et morcelé sur plusieurs jours.

Enfin, l'hospitalisation de patients infectés par le VIH représente un peu plus de 5 % de l'ensemble des hospitalisations en Médecine Interne.

### 2.c. Le centre de prélèvements

Situé au même étage que la consultation, il est géré par une infirmière, Mme Christine Bazin, qui assure toute la semaine (sauf le mercredi) les bilans standards de nombreux patients, ainsi que tous les bilans des protocoles VIH du service. Elle assure également les bilans des patients issus d'autres services (UTAMA, néphrologie, dermatologie, urologie..., et des prescriptions de médecins de ville).

Les prélèvements immuno-virologiques et toxicologiques pour les dosages d'antirétroviraux sont transmis et effectués dans les laboratoires d'immunologie, virologie et toxicologie de l'hôpital Bichat, avec lesquels nous collaborons étroitement. Le laboratoire de virologie de Bichat assure par ailleurs les congélations des biothèques des nos patients inclus dans les protocoles ANRS.

Le centre de prélèvements est aussi un lieu d'accueil et d'écoute pour les patients séropositifs. Documentation, préservatifs et affichage d'informations y sont également mis à leur disposition. Le réapprovisionnement est assuré par l'infirmière.

### 2.d. La consultation d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

#### > Les intervenants

Mise en place début 2008 par le Dr. Agnès Villemant-Uludag, la consultation d'ETP a été assurée de 2008 à juin 2010 le mardi matin par une IDE formée à l'ETP, Mme Joe DEIBER, puis fin 2010, par une nouvelle infirmière à

temps partiel (1 jour/semaine), Marie ROUVRAIS, dont la formation à l'ETP est prévue en 2011 (une formation générale par l'APHP et une formation spécifique à l'infection par le VIH par la SFSL, Société Française de Lutte contre le SIDA).

#### > Organisation de la consultation d'ETP

Les séances d'ETP se déroulent dans un box de consultation à la polyclinique et dure de 45 mn à 1h15.

Les patients sont adressés par leur médecin référent VIH habituel, par des soignants, ou demandent eux-mêmes cette prise en charge.

Un document spécifique de prise de rendez-vous permet d'apporter à l'éducatrice un minimum d'information sur le parcours médical du patient concernant l'infection VIH. L'infirmière d'ETP planifie ensuite avec le patient les dates et contenus des consultations suivantes. Si besoin, elle oriente le patient vers une prise en charge spécialisée avec un référent de l'hôpital : psychologue, diététicienne, sexologue, assistante sociale, addictologue, conseillère conjugale... Elle reçoit jusqu'à 4 patients par jour, et se déplace également au lit des malades, à la demande des médecins.

En 2010, 69 séances d'ETP ont eu lieu, concernant 47 patients. Parmi eux, 36 n'avaient jamais bénéficié de séance d'ETP.

#### > Autres activités de l'équipe d'ETP

Participation de l'équipe à la création et l'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique dans l'infection par le VIH (CAS-VIH) avec le groupe ETP du COREVIH IdF Nord dont le Dr. Villemant-Uludag fait partie. La première partie de ce projet s'est déroulée en 2009 et 2010, avec inclusion de 29 patients à Beaujon au cours de la phase d'évaluation du CAS-VIH en Mai, Juin et Juillet 2010. L'étude des données de l'ensemble des patients inclus sur le COREVIH a abouti à la présentation d'un poster au congrès national de la SFSL en Novembre 2010.

Le Dr. Agnès Villemant-Uludag et l'infirmière d'ETP, Mme Joe Deiber, ont rédigé conjointement leur mémoire de fin de formation en ETP (formation IPCEM « Temps Clair ») sur l'expérience spécifique du service de Médecine interne de Beaujon dans cette phase pilote CAS-VIH.

Le projet se poursuit fin 2010 et 2011 par l'extension du programme CAS-VIH à d'autres structures du COREVIH IdF Nord et poursuite des inclusions de patients. A Beaujon, nous allons essayer de privilégier des binômes de patients (voire des groupes de plus de deux personnes) pour la poursuite de l'évaluation de ce programme.

#### > Programme ETP pour l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Conformément à la demande de l'Agence Régionale de Santé, une fiche descriptive du programme d'ETP du service de Médecine Interne de Beaujon a été élaborée et transmise fin 2010 à l'ARS pour validation. Celle-ci est attendue pour 2011.

#### > Projets

L'optimisation de notre activité d'ETP est le principal objectif fixé pour 2011 :

- mise en place d'un staff mensuel pluridisciplinaire, regroupant l'infirmière d'ETP, médecins, psychologue, diététicienne, assistante sociale, infirmière de prélèvements, permettant d'échanger sur chaque patient suivi pour améliorer sa prise en charge au sein de son parcours de soins,

- augmenter le nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge en ETP,
- augmenter les consultations ETP à deux journées par semaine,
- mise en place d'une évaluation du patient et d'une évaluation de l'activité en ETP.

Enfin, poursuite du projet CAS-VIH au sein du COREVIH IdF Nord.

### 2.e. Staff pluridisciplinaire de prise en charge des femmes enceintes VIH+

Créé également par le Dr. Agnès Villemant-Uludag il y a trois ans, il réunit une fois par mois des médecins de médecine interne, des gynéco-obstétriciens, des pédiatres, des sages-femmes et une psychologue de maternité, pour discuter du suivi et du mode d'accouchement des femmes enceintes infectées par le VIH, soit nouvellement dépistées séropositives lors de leur grossesse, soit déjà suivies pour le VIH et nouvellement enceintes.

Un document « Conduite à tenir à l'accouchement » a été élaboré par les sages femmes et validé par l'équipe pluridisciplinaire. Il est rempli pour chaque femme suivie, lors du staff qui détermine vers 36 SA le mode d'accouchement retenu, et précise entre autres la conduite à tenir concernant le traitement antirétroviral pour la mère, mais aussi pour l'enfant. Ce document est disponible dans le dossier obstétrical de la patiente, et est à disposition de toute sage-femme recevant la patiente lors de l'accouche-

ment.

Sur environ 2 000 accouchements annuels à la maternité de Beaujon, une dizaine concerne des femmes infectées par le VIH.

En 2010, sur 1 920 accouchements, 9 ont concerné des femmes séropositives pour le VIH. Sur ces 9 accouchements, 2 ont eu lieu par césarienne, 7 par voie basse. Aucune transmission materno-fœtale n'a été constatée.

### 2.f. L'association Ikambere

Cette association pour les femmes vivant avec le VIH/ SIDA, dont les locaux sont situés à Saint Denis (93), tient une permanence les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> jeudis de chaque mois dans le hall du 1<sup>er</sup> étage de la policlinique de Beaujon. Les médiatrices présentes assurent prévention et information auprès des patients de consultation, mais sont aussi quelques fois sollicitées par le personnel soignant pour s'entretenir avec une patiente séropositive venue consulter, afin de lui apporter soutien et écoute.

A la demande des soignants, des médecins ou du patient lui-même, les médiatrices rendent également visite aux patients hospitalisés dans l'hôpital.

Dans un esprit de partenariat et d'échange de compétences, le Dr Agnès Villemant-Uludag a effectué en 2010 plusieurs interventions dans les locaux de l'association à St Denis, sous forme de débats avec les femmes, sur des thèmes proposés par elles : effets secondaires des antirétroviraux, VIH et vieillissement, VIH et désir d'enfants.

## 3. Recherche clinique

Le service de Médecine Interne participe à plusieurs essais cliniques et cohortes ANRS (Primo, Copana, VIH2, VIHvac HB03, HB04 BBoost, RES-O, Lymphovir, cohorte EPF). Quarante patients sont actuellement en cours de suivi dans ces essais.

Depuis le début de l'année 2010, le service bénéficie de l'aide d'un Technicien d'études cliniques, M. Ali Tadlaoui, une journée par semaine.

L'accès au logiciel Nadis, prévu en 2011, permettra, à terme, un screening plus exhaustif des patients pouvant

potentiellement être inclus dans les protocoles à venir et ainsi nous permettre d'améliorer la participation du service à la recherche clinique.

## 4. Prise en charge des AES professionnels et non professionnels

Les patients ou agents exposés sont d'abord reçus par un médecin sénior des urgences qui initie, si nécessaire, un traitement post-exposition (TPE). Le traitement est délivré par la pharmacie hospitalière pour 72h. Le patient ou le personnel soignant victime d'AES est ensuite revu par un

médecin référent du service de Médecine Interne pour réévaluer le risque et prolonger éventuellement le TPE. Le personnel soignant est parallèlement pris en charge par la médecine du travail.

La médecine du travail a recensé 105 AES professionnels

en 2010, dont 10 pour lesquels le patient source était confirmé VIH positif. Cinq traitements post exposition ont été instaurés. Aucune séroconversion professionnelle n'a été observée.

## 5. Journée Mondiale de Lutte contre le Sida - 1er décembre 2010

Le Comité d'organisation de cette journée, créé par le Dr. Villemant-Uludag, regroupe une dizaine de personnes et se réunit plusieurs fois au cours de l'année pour mener à bien cette journée de sensibilisation, avec le soutien du Service de Communication de l'hôpital.

Il recrute des participants volontaires parmi le personnel

soignant de l'hôpital, tous services confondus, pour la tenue de stands dans les deux halls de l'hôpital (bâtiment central et policlinique), offrant divers moyens d'information et de participation :

- Documentation en français et langues étrangères.

- Gel et préservatifs masculins et féminins, apprentissage ludique de leur utilisation.

- Distribution de badges « Journée Mondiale de Lutte contre le Sida- Beaujon ».

- Présentation des traitements antirétroviraux, documentation spécifique aux patients séropositifs

## Annexes

pour sensibiliser les visiteurs et le personnel aux contraintes de la séropositivité.

- Stand tenu par l'association Ikambere.
- Présentation de panneaux d'information « Prise en charge du patient séropositif à Beaujon », « Femmes et VIH, prise en charge en Maternité », « Témoignages de patients de Médecine interne vivant avec le VIH », « Médecine du travail et AES »
- Diffusion du film-documentaire de Dominique Thierry : VIHSAGES, témoignages de patients.

En 2010, la journée s'est déroulée en partenariat avec le **Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) Emmaüs de Clichy** et son directeur Mr Arnaud GALLAIS.

Plusieurs résidents du CHRS sont venus animer nos stands en offrant aux visiteurs boissons et gâteaux cuits par leurs soins, tout en participant activement à l'information et à la prévention contre le VIH auprès des visiteurs et du personnel soignant.

# ANNEXE 7 : BILAN 2010 DE L'UNITÉ ESCALE (ESPACE SIDA CENTRE D'ACCUEIL LIEU ECOUTE), EAUBONNE

Temps médical (en ETP)	0.9	0.9	0.9	01/05/11	01/05/11	1.05/0.9	0.9/0.8	0.8/0.9	0.9
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>FILE ACTIVE patients VIH+</b>	153	167	179	193	208	200	199	204	218
<b>Patients sous antirétroviraux au long cours</b>	116	132	149	146	159	162	159	174	188
<b>Nouveaux patients Dont diagnostic de l'infection par le VIH dans l'année</b>	39 23	26 21	31 22	36 24	32 18	26 14	31 13	16 8	21 9
<b>Déclarations SIDA</b>	7	3	12	5	3		2	1	0
<b>Décès</b>	2	3	6	2	0	4	0	1	1
<b>FILE ACTIVE patients suivis pour Accident Expositant au Sang (AES)</b>	56	66	88	71	96	94	102	98	87
<b>Consultations médicales (cs externes + cs HDJ) non psy Dont consultations pour AES</b>	978 155	1030 156	1019 137	1145 169	1107 204	1053 164	1060 188	1029 + 94H1N1 178	1030 150
<b>Consultations psychiatre</b>	103	106	87	92	61	71	62	72	83
<b>Entretiens psychologue Groupes d'expression</b>	118*1	64*2	140	180	189	108*4 8	113 2	168 9	150
<b>Interventions Assistante Sociale</b>	195	73*3	287	276	246	210*5	211	127*6	338
<b>Actes infirmiers :AMI (cs+HDJ) Aérosols de Pentamidine</b>									
<b>Séances d'ETP</b>	653	825	756	807 24	941 34	875 24	790 4	775 12	203*7 4 39
<b>Consultations de diététique</b>						14	17	15	12
<b>Hospitalisations de Jour</b>	61	44	24	20	29	58	50	44	64

\*1 : deux mois de vacance de poste

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

\*3 : sept mois de congé maladie et de vacance de poste

\*4 et \*5 : un mois de vacance de poste

\*6 : 4 mois de vacance de poste

\*7 : sept 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.

## 1. Commentaire des données d'activité

**Le nombre total de consultations médicales** non psychiatrique est stable par rapport à l'année 2009 mais le nombre de consultations dédiées au suivi des personnes atteintes de la maladie VIH/SIDA a augmenté, suivant cette année l'augmentation de la file active des patients : le nombre de consultations annuelles des patients dont la maladie est contrôlée par le traitement a été réduit durant les 2 dernières années, mais il ne peut plus l'être.

**Le nombre de consultations psychiatriques et psychologiques** est globalement stable : 233 cs au total contre 240 en 2009.

**Les interventions sociales** ont augmenté très signifi-

cativement par rapport aux dernières années : reflet de la précarité sociale d'une proportion de plus en plus importante des patients accueillis (voir rapport social joint).

**Activité IDE en AMI** : il s'agit de l'activité des 4 derniers mois de l'année 2010 d'un poste IDE qui ai désormais à mi-temps.

**Activité IDE ETP** : cette activité se structure pour devenir chiffrable. Nous avons ainsi comptabilisé 39 séances d'ETP, effectuées pour 20 d'entre elles par le cadre de santé durant la vacance de poste de l'IDE.

**Consultations diététiques** : activité en baisse ; cette baisse est liée au fait que plus aucune consultation de diététique n'est effectuée en dehors des HDJ à la demande du service de diététique et à ses difficultés de personnel au cours du premier semestre de l'année.

**Hospitalisations de jour** : Grâce à la mobilisation de notre cadre de santé, des infirmières de l'hôpital de jour de médecine et de la secrétaire de l'unité, le nombre d'HDJ a (enfin !) augmenté significativement en 2010 (64 contre 44 en 2009) malgré la vacance du poste d'IDE de 7 mois.

## 2. La file active 2010 des personnes atteintes de la maladie VIH/SIDA : analyse

### 2.a. Données générales

218 patients ont été suivis. Il s'agit de 117 (54%)

hommes et de 101 femmes. La file active de l'unité poursuit sa lente féminisation

132(61%) sont suivis par le Dr Leprêtre et 86 par le Dr

Gruat.

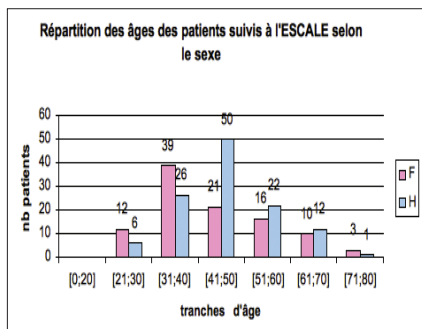
11 personnes suivies en 2009 n'ont pas été revues en

2010. Parmi elles, 5 sont suivies dans d'autres structures, plus proches de leur domicile et 6 sont perdues de vue soit 4% des patients de la file active 2009.

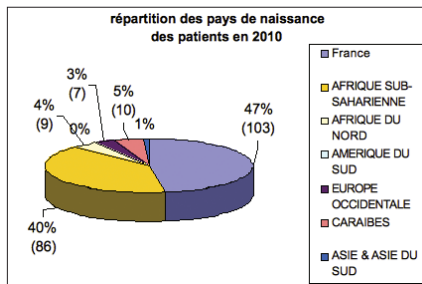
21 nouveaux patients ont été accueillis :

- 9 avaient découvert leur maladie en 2010, dont 2 femmes à l'occasion d'une grossesse.
- 6 de ces 9 patients bénéficiaient d'un traitement antirétroviral au long cours au 31/12/2010.

## 2.b. Données démographiques



La médiane d'âge est de 40 ans pour les femmes et de 46 ans pour les hommes



De même que la file active de l'unité se féminise lentement mais sûrement, elle s'africanise au fil des années.

## 3. L'activité AES

### 3.a. Rôle de l'unité dans le dispositif

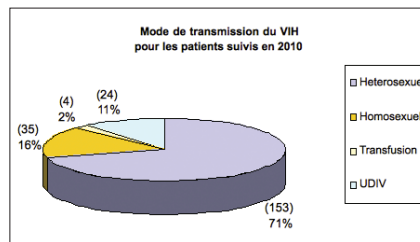
Cette procédure, mise en place en France en 1998 et encadrée par la circulaire interministérielle du 13 mars 2008, permet à toute personne exposée à un risque potentiel d'exposition au VIH récent (<48h) de bénéficier d'un Traitement Post Exposition (TPE) par antirétroviraux pendant 4 semaines et d'un 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

### 2.c. Le mode de transmission est très majoritairement hétérosexuel



### 2.d. Gravité de l'infection à VIH

Stade	A	127	58,00%	A3	25	11,00%
	B	44	20,00%	B3	24	11,00%
Nd 1	C	46	21,00%	C3	33	15,00%

37% des patients sont au stade 3 des CDC : ils ont eu au moins une fois au cours de leur suivi des CD4<200/mm3 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.

### 2.e. Co-infection par l'hépatite B ou C

34 personnes sont ou ont été co-infectées par le VHB et /ou le VHC.

Les patients co-infectés par le VHB sont tous traités. Le patient avec répllication virale était en rupture de suivi au moment du prélèvement.

### CO-INFECTION

VHB	6	DNA+	1	6 traités
VHC	27	PCR -	10	8 traités- guéris
				2 guérisons spontanées

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.

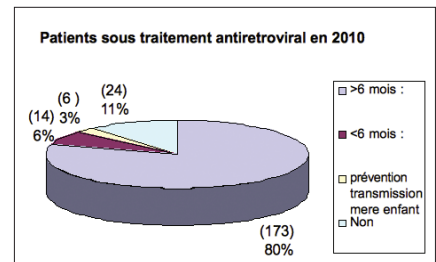
Outre la prise en charge des personnes, dont certaines peuvent nécessiter un soutien psychologique temporaire, cette activité nécessite donc un important travail de coordination, en amont et en aval.

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

		PCR +	15	7 échec de traitement
				8 fibroses peu évoluées- non traités
VHB/VHC	1	PCR VHC -		1 guérison spontanée

Les patients infectés par le VHC en échec de traitement et présentant une fibrose 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.

### 2.f. Les patients sous antirétroviraux



89% des patients suivis sont sous traitement antirétroviral au long cours et 80% depuis plus de 6 mois.

Parmi les patients non traités, seuls 3/23 ont des CD4<350/mm3 et aucun n'a des CD4<200/mm3.

87% des patients traités depuis plus de 6 mois ont une charge virale inférieure à 50 copies/ml et 92% une charge virale inférieure à 500/mm3.

Aucun patient n'est en échec virologique majeur

### 2.g. Décès

un patient est décédé en 2010 (à domicile, cause inconnue).

une copie de tous les résultats au fur et à mesure de leur traitement: dans le cas d'un dépistage positif pour 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.

### 3.b. la file active 2010

Cette année, nous avons pu évaluer le nombre de perdus de vue entre la consultation initiale au SAU et la consultation de réévaluation dans l'unité grâce aux relevés de distribution des kits d'urgence de la pharmacie de l'hôpital : 9/52 personnes n'ont pas été revues par l'unité.

On note une diminution de la mise sous TPE par le SAU par rapport aux années antérieures, en lien probables



avec les importants efforts de communication faits pour diffuser et faire appliquer les recommandations de la circulaire 2008 quant aux indications de mise sous traitement post exposition.

87 personnes ont été reçues dans l'unité dans le cadre de la procédure AES.

Type d'AES : sexuel pour 51 personnes, professionnel pour 31 personnes (dont 28 professionnels hors GHEM), 5 autres. Les AES sexuels ont concerné 37 hommes et 14 femmes.

Parmi ces 87 personnes, 46 ont été mises sous traitement post exposition au VIH dans le cadre d'une consultation en urgence (43 par le SAU et 3 par l'unité), dont 5 suite à un accident professionnel.

Après réévaluation à l'ESCALE, 31 traitements ont été poursuivis (dont 1 seul suite à un risque d'exposition professionnelle).

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

### **3.c. Participation à l'amélioration de la prise en charge des AES par l'hôpital :**

-en collaboration avec le médecin responsable du SAU : mise en ligne d'une fiche « CAT » pour les médecins du SAU et de tableaux pour aide à la décision de mise sous TPE qui apparaissent à l'ouverture d'un dossier « AES » sur le logiciel URCAL

-relance du groupe de travail AES au dernier trimestre 2010, après le long travail de mise à jour du « classeur AES », outil d'information et de CAT à destination du personnel de l'hôpital, terminé au printemps.

-renseignements téléphoniques sur la procédure AES, les textes et site web de référence ([www.geres.org](http://www.geres.org)) auprès de structures sanitaires de la région qui appellent spontanément ou à l'occasion d'un AES survenu chez un professionnel de leur structure. Dans ce cas, nous indiquons également la nécessité d'établir une convention avec l'hôpital.

#### **> Rapport d'activité 2010/ Psychologue unité ESCALE/Aude Nguyen**

Nombre d'entretiens menés en 2010 :

**-150 entretiens ont été menés**

Les patients ont été rencontrés :

> A leur demande

> Après l'orientation du médecin suite à :

- Repérage d'une difficulté psychique manifeste (patients suivis au long cours à l'ESCALE ou prise en charge suite à un AES)
- Situation pouvant nécessiter un besoin d'accompagnement psychologique ponctuel : grossesse, annonce de diagnostic, début de traitement ARV...
- Dans le cadre de l'hôpital de jour, afin d'établir un premier contact et de proposer un espace de parole
- Lors d'un séjour en hospitalisation dans le service de médecine ou de diabétologie

Parmi ces entretiens :

#### **Entretiens associés au rendez-vous de consultation médicale à l'ESCALE :**

Certains patients viennent au rythme des consultations médicales, compte tenu de leurs difficultés à se rendre à l'hôpital ou simplement parce que cette modalité d'accompagnement leur convient.

#### **> Quelques suivis réguliers à court et moyen terme:**

Les entretiens de suivis réguliers ont été menés avec des patients manifestant une demande de soutien et d'accompagnement autour du VIH, mais dont les difficultés psychologiques dépassent le cadre de l'infection. Il s'agit pour la plupart de personnes connaissant des parcours de vie difficiles, où le VIH vient s'articuler à des vulnérabilités

psychiques déjà existantes.

#### **> Entretien effectué dans le cadre de l'hôpital de jour :**

Dans le cadre de l'HDJ et suite à la proposition du médecin effectuée selon les besoins du patient, ceux qui ont accepté l'entretien ont pu évoquer des difficultés passagères, débouchant parfois sur une demande d'entretiens suivis ou ponctuels. Cela a constitué en tous les cas une opportunité de faire le point sur le vécu de leurs parcours de soin et plus généralement sur leur histoire personnelle.

#### **> Entretiens ponctuels dans le cadre de la prise en charge des AES**

Ces situations révèlent le risque de confrontation à la dangerosité du VIH.

Face à une angoisse importante inhérente au risque de contamination au VIH, plusieurs patients ont été suivis à court terme durant le temps du suivi médical, pour un soutien psychologique, voire pour une évaluation de leur état psychique dans le cadre d'une orientation vers le CMP de secteur.

#### **> Entretiens lors d'une hospitalisation**

En hospitalisation, les entretiens de soutien psychologique ponctuel lors de moments de « crise » somatique ont pu être des moments d'ouverture et de communication, qui sont parfois difficiles à mettre en place dans le cadre de la prise en charge pour certains patients.

#### **> Arrêt du « groupe d'expression »**

Après une expérience d'un an et demi avec les mêmes patients, le groupe n'a pas pu se poursuivre, car le nombre de participants n'était pas suffisant. Divers facteurs rentrent ligne de compte : horaire de journée, peu de transports en commun, peur d'être vu dans le groupe...

La demande pour ce type de dispositif de groupe dans le cadre de la consultation ne semble en tous les cas pas évidente.

#### **> Mise en place d'interventions ponctuelles en service de diabétologie**

Depuis le mois d'octobre 2010, des interventions ponctuelles auprès de patients hospitalisés à la demande de médecins en service de diabétologie ont été effectuées.

Des entretiens de soutien et d'évaluation ont ainsi pu être menés auprès de patients présentant des difficultés d'ordre psychologique voire des troubles psychiques repérés par les médecins et les internes.

Ces entretiens ont pu être l'occasion d'un temps de parole lors de l'hospitalisation et ont parfois donné lieu à une orientation vers le CMP de secteur pour un suivi psychothérapeutique.

En 2011, certains patients pourront être suivis en consultation par moi-même dans le cadre du suivi de diabétologie, pour des problématiques psychologiques liées à la maladie somatique et non pour un trouble psychique avéré ou un trouble de la personnalité plus ancien, qui nécessite une orientation.

Des entretiens dans le cadre de l'hôpital de jour pourront également être effectués ponctuellement à la demande du médecin.

#### **> Bilan général:**

Les entretiens pour les patients de l'ESCALE restent à développer, notamment lors de certaines situations (grossesse en situation de vulnérabilité, annonce de diagnostic récent dans un contexte difficile...).

Les interventions ponctuelles en service de diabétologie se mettent en place de manière progressive, selon les besoins repérés et permettent de diversifier l'activité du poste.

## 4. ESCALE- rapport service social 2010

L'assistante sociale assure ce service à mi-temps. Elle intervient également dans le service de pneumologie. De janvier à décembre 2010, 56 patients font partie de la file active «Escale» du service social et environ 388 interventions ont été menées.

### 4.a. Accompagnement social dans le cadre...

... Du logement :

- > Suivi de demande de logement préfecture
- > Recherche d'Appartement de Coordination Thérapeutique : 3 patients ont intégré des ACT entre décembre 2010 et février 2011.

... Des droits Sécurité Sociale :

- > Vérification des droits à une couverture sociale
- > Constitution, renouvellement, relance et suivi de demandes d'AME, CMU ou CMUC
- > Constitution de dossier de demande d'aide financière CPAM

... Du droit au séjour en France :

- > Constitution des dossiers de demande de titre de séjour ou de regroupement familial
- > Accompagnement de patients à la préfecture

... Du droit des personnes handicapées :

- > Constitution, renouvellement, relance et suivi des dossiers MDPH

L'accompagnement social des patients de l'Escale représente un travail à moyen et long terme pour l'assistante sociale. L'Escale étant un service de consultation externe, l'accompagnement social n'est pas soumis à l'interruption liée à la fin d'une hospitalisation mais se prolonge dans le temps. Du fait d'un suivi médical au long cours, les patients bénéficient simultanément d'un accompagnement social au long cours et global. La durée de l'accompagnement est aussi fonction des problématiques rencontrées par les patients orientés vers le service social : régularité de séjour en France, problème de logement, absence ou faiblesse des ressources, accès aux soins (100%, médecin traitant, CMU, CMU complémentaire, AME), bilan budgétaire, accès à l'emploi, problématique familiale (conflit, regroupement familial etc.), illettrisme... Les patients en démarche de soins sollicitent un accompagnement social, y mettent fin, en refont la demande et ainsi de suite. L'intervention sociale d'aide à la personne s'inscrit dans un continuum de vie auprès de personnes dont la connaissance et la compréhension de l'intervention sociale ne fait pas forcément sens. Il s'agit alors pour l'assistante sociale de s'adapter pour accueillir les demandes lorsqu'elles émergent, permettre une accroche et travailler avec le patient autour de la nécessité d'un accompagnement au moyen ou long court.

L'assistante sociale de l'Escale effectue parfois l'accompagnement physique des personnes afin de faciliter leurs démarches. Des collaborations et des partenariats se mettent en place progressivement afin d'assurer aux patients une prise en charge globale et de coordonner les actions avec les différents partenaires et institutions. Des rencontres ont lieu avec la Ligue des Droits de l'Homme afin de mieux assurer l'accompagnement des patients rencontrant des difficultés avec le droit au séjour en France. Dans ce domaine l'assistante sociale a suivi une formation de deux jours dispensée par l'association ISM Interprétariat, association à laquelle elle fait fréquemment appel. Dans un autre domaine, elle a suivi une journée d'information sur le surendettement à la Banque de France. Enfin, des contacts ont été pris avec l'association Aides qui tiendra des permanences hebdomadaires au sein de l'hôpital.

Pour la plupart des patients orientés vers le service social, la démarche de soins va de pair avec une réinsertion sociale et professionnelle. Il est alors question de repérage parmi les dispositifs et institutions. L'objectif est socio-éducatif : débloquer une situation, donner des outils de compréhension au patient dans un but d'autonomisation.

Les démarches de réinsertion sociale et professionnelle imposent une dynamique et les mettent face à des principes de réalité qui peuvent générer de l'anxiété. Il est donc important de repérer les freins personnels et les ressources des patients, ce que favorise le travail en équipe pluridisciplinaire et permet un accompagnement de qualité. Pour cela des réunions ont lieu à l'Escale, qui réunissent les différents professionnels intervenant auprès des patients : médecin, infirmière, secrétaire, psychologue et assistante sociale. Des rencontres sont organisées avec des partenaires, telle la Fondation Léonie Chaptal, qui parmi ses diverses activités, est spécialisée dans l'aide à domicile pour les personnes porteuses du VIH. Ces réunions sont l'occasion d'échanger sur les situations des patients, de coordonner les interventions de chacun mais également d'aborder des questions d'organisation du service. Elles permettent également de partager des expériences, des points de vue particuliers et ainsi de construire les accompagnements. Dans ce domaine, la participation de l'assistante sociale au COREVIH-nord devrait permettre d'élargir les partenariats, même si à l'heure actuelle, le temps imparti aux assistantes sociales des autres hôpitaux concernés (Bichat et Pontoise) ne semble pas permettre d'atteindre cet objectif. En effet, une étude de la population orientée vers le service social de trois hôpitaux initiée avant l'été 2010 n'a pu aboutir faute de temps.

Des collaborations et des partenariats sont donc à développer afin d'enrichir la pratique professionnelle or le temps social imparti à l'Escale manque pour concilier les interventions de l'assistante sociale en intra et en extrahospitalières.

Texte rédigé par Laurence MORISSET / 14 mars 2011

# ANNEXE 8 : BILAN 2010 DU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES DE BICHAT

Le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'hôpital Bichat Claude Bernard a réalisé 20632 consultations « maladies infectieuses » dont 16027 consultations VIH en 2010 pour une file active de 4265 patients.

En 2010, ont également eu lieu dans le service, 5003 consultations « vaccination » et 796 consultations « retour tropique » et 1966 consultations d'urgences infectieuses.

## 1. Fonctionnement du Service :

Les patients infectés par le VIH sont suivis dans le service et bénéficient d'une prise en charge globale et multidisciplinaire aussi bien en consultation qu'en hospitalisation, coordonnée par un médecin spécialiste référent.

Le personnel médical se répartit comme suit :

- 3 PUPH: 1,5 ETP (temps médical)
- 4 PH: 4 ETP
- 3 CCA : 1,5 ETP
- 1 PH temps partiel: 0,6 ETP
- 1 PHC: 0,5 ETP
- 31 Praticiens attachés: 8 ETP dont 3 sont Moniteurs d'Etudes Cliniques (MEC)

Des consultations spécialisées peuvent être proposées dans le service pour le dépistage et la prise en charge des maladies associées et/ou complications liées au VIH et aux traitements:

- Hépatologie : 974 consultations (4 vacations)
- Gynécologie : 187 consultations (1 vacations)
- Proctologie : 226 consultations (1 vacation)
- Diététique : 92 consultations (1 vacations)
- PMA : 49 consultations (1 vacation)

Un accompagnement social est également possible dans le service : Outre les 2 assistantes sociales présentes en hospitalisation, 3 (2,5 ETP) assistantes sociales aident les patients dans leurs démarches dans les locaux de la consultation.

Dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire, une consultation d'éducation thérapeutique est assurée par deux pharmaciens, la psychologue, et une infirmière du service. En 2010, 613 consultations d'observance ont été effectuées.

Des associations sont également présentes dans le service : AIDES et URACA

Le service dispose également d'une équipe consacrée à la recherche clinique qui organise la prise en charge des patients volontaires dans des études.

Les patients dont la prise en charge est complexe ainsi que les femmes enceintes infectées par le VIH peuvent bénéficier d'un bilan multidisciplinaire en Hôpital de Jour. En 2010, 1407 hospitalisations de jour ont eu lieu dont 1180 étaient liées au VIH. 936 patients dont 770 patients VIH ont été accueillis dans ce cadre.

Le service accueille également les patients hospitalisés et dispose de 61 lits.

## 2. Description de la file active 2010 :

Les données sont obtenues à partir de la base de données Nadis (exhaustivité de 94%).

File active Nadis: patient ayant eu au moins un recours dans NADIS en 2010

- Nombre de patients:	3987
- Nombre de nouveaux patients:	412
- Nombre de patients dépistés:	170
- Nombre de nouveaux cas de sida:	49
- Nombre de patients décédés:	19
- Nombre de patients perdus de vue (pas de recours depuis 1 an) :	557

### 2.a. Données sociodémographiques des patients de la file active :

#### > Sexe et âge des patients :

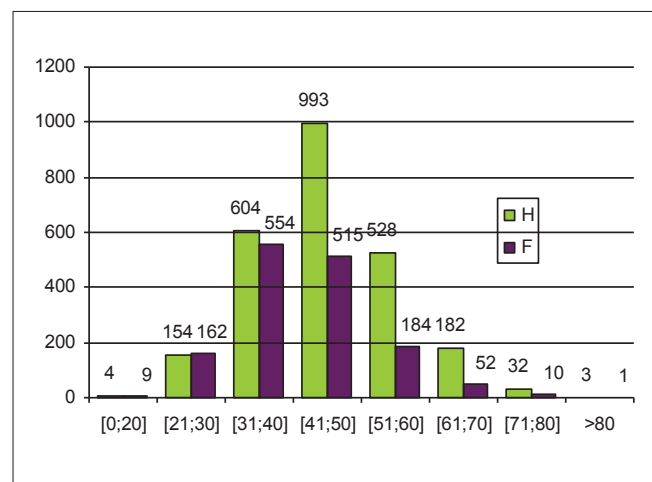


Figure 1 : Répartition des patients de la file active selon l'âge et le sexe

- 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 41,48 ans. L'âge médian pour les femmes est de 41 ans.
- L'âge moyen pour les hommes est de 45,76 ans. L'âge médian pour les hommes est de 46 ans.

> Mode de transmission :

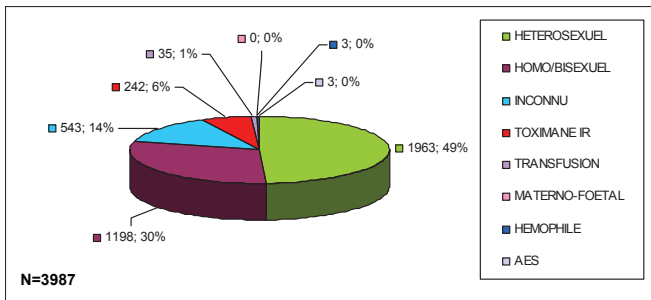


Figure 2 : Répartition des patients de la file active selon le mode de transmission

Le mode de transmission hétérosexuel est prédominant : 49% des patients

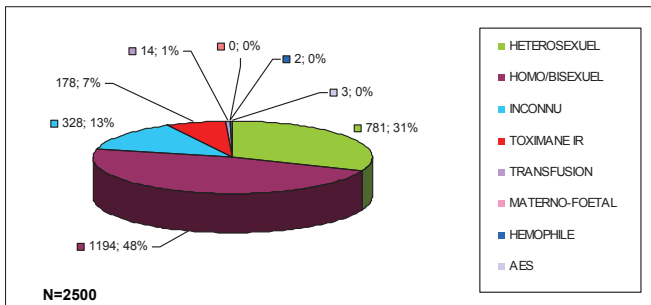


Figure 3 : Répartition des hommes de la file active selon le mode de transmission

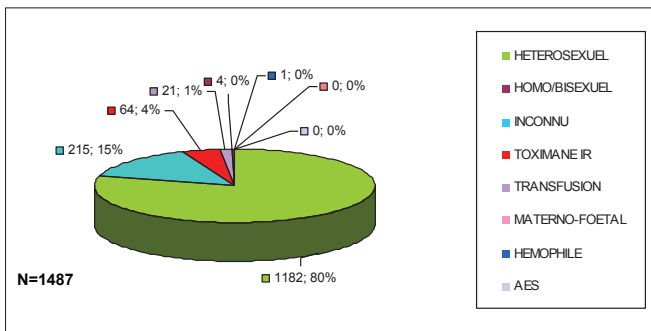


Figure 4 : Répartition des femmes de la file active selon le mode de transmission

- > Chez les femmes, la voie hétérosexuelle est prédominante : 80% des patientes
- > Chez les hommes, le mode de transmission homosexuel est majoritaire : 48% des patients

> Origine géographique des patients de la file active :

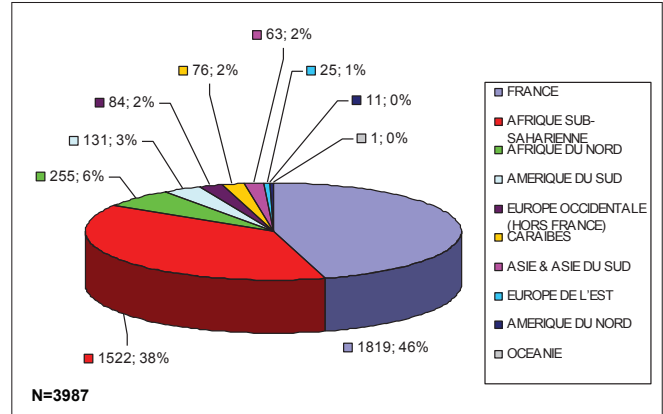


Figure 5 : Distribution des patients de la file active selon l'origine géographique

Les patients sont majoritairement d'origine française : 46%. On observe également une forte proportion de patients d'origine sub-saharienne : 38% des patients.

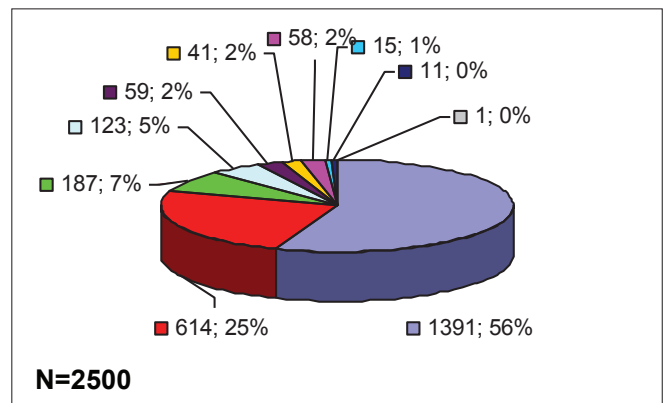


Figure 6 : Distribution des hommes de la file active selon l'origine géographique

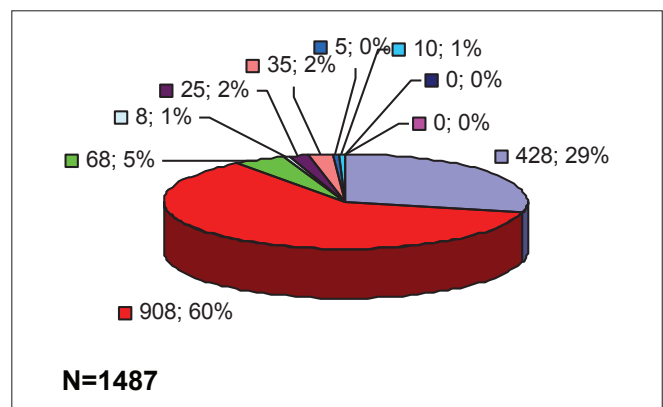


Figure 7 : Distribution des femmes de la file active selon l'origine géographique

- Les hommes sont majoritairement d'origine française : 56% des patients.
- Les femmes sont pour la plupart d'origine subsaharienne : 60% des femmes.

## 2.b. Données cliniques et immuno-virologiques des patients de la file active :

En 2010, 26% des patients de la file active étaient au stade C.

Tableau I : Pathologies classant Sida survenues en 2010

	N
Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> quelque soit le site	27
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	16
Sarcome de Kaposi	11
Toxoplasmose cérébrale	7
Cryptococcose extra-pulmonaire	5
Syndrome cachectique dû au VIH	2
Candidose oesophagienne	1
Rétinite à CMV	1
Encéphalopathie liée au VIH	1
Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire	1
Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>Kansasii</i>	1
Infection herpétique, ulcères chroniques > 1 mois	1
Leuco-encéphalopathie multifocale progressive	1
Lymphome de Burkitt	1
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

Tableau II : Proportions des co-infections dans la population VIH+ de l'hôpital Bichat-Claude Bernard

	N	%
VIH	3175	80%
VIH-VHB	320	8%
VIH-VHC	452	11%
VIH-VHB-VHC	40	1%
<b>TOTAL</b>	<b>3987</b>	<b>100%</b>

Le pourcentage de co-infectés VIH-VHC est plus bas que ce qui est habituellement observé en France.

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 d'origine sub-saharienne 7,3 %.

Tableau III : Différences entre la population VIH+ de Bichat et la population VIH+ en France

	Bichat	France*
Femmes	37,00%	32,00%
Mode de transmission hétérosexuel	50,00%	42,00%
Usagers de drogues IV	6,00%	18,00%
Origine subsaharienne	37,00%	14,00%

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

## 2.c. Données immuno-virologiques sur les patients traités :

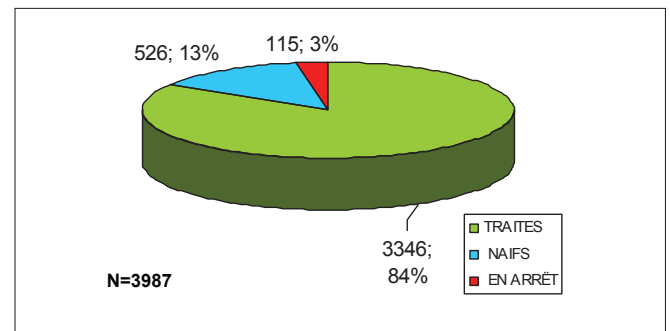


Figure 8 : Répartition des patients de la file active en fonction du statut thérapeutique

84% des patients sont traités

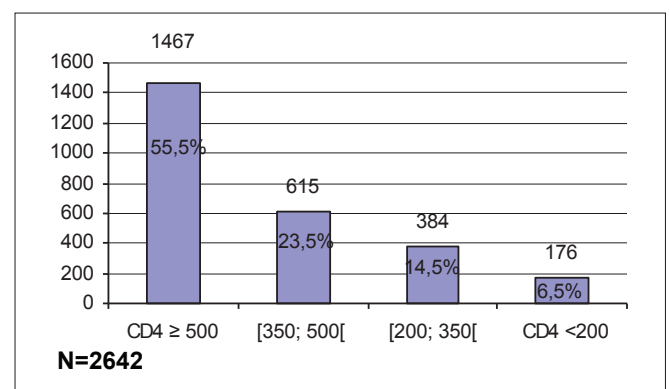
Tableau IV : Répartition des schémas de traitements initiés en 2010

	N	%
2INTI+1IP/r	342	63%
2INTI+1INNTI	158	29%
AUTRES	35	6%
Avec II	10	2%
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>100%</b>

Tableau V : Répartition des schémas de traitements chez les patients traités de la file active

	N	%
2INTI+1IP/r	1481	44%
2INTI+1INNTI	1039	31%
AUTRES	554	16,5%
Avec II	227	7%
3INTI	31	1%
1IP+/-r	14	0,5%
<b>TOTAL</b>	<b>3346</b>	<b>100%</b>

Figure 9 : Répartition des patients traités depuis plus de 6 mois par niveau de CD4



80% des patients sont indétectables après 6 mois de traitement  
55% des patients traités depuis plus de 6 mois ont des CD4 ≥ 500

Tableau VI : Répartition des patients traités depuis plus de 6 mois et ayant une CV<50 copies/ml par niveau de CD4

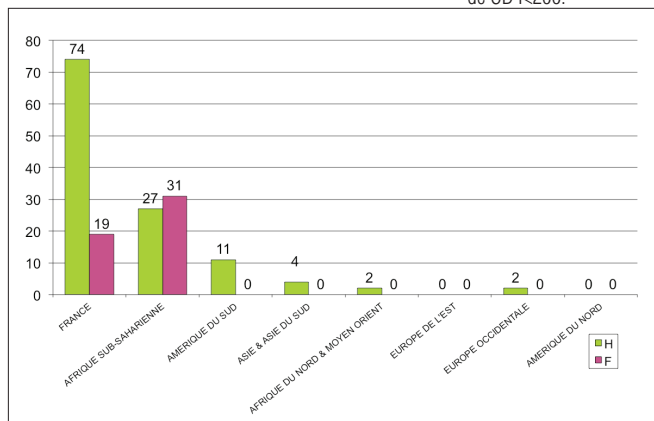
CD4	N	N	%
CD4 ≥ 500	1255	60%	
[350; 500[	489	23%	
[200; 350[	274	13%	
CD4 <200	81		
<b>TOTAL</b>	<b>2099</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

59,79% des patients des patients traités depuis plus de 6 mois sont en succès immuno-virologique.

**2.d. Quelques données sur les patients dépistés en 2010 :**

- 170 patients dépistés en 2010
- 120 hommes (71%)
- 50 femmes (29%)
- 34 patients au stade Sida (20%)

Figure 10 : Répartition des patients dépistés en 2010 en fonction du sexe et de l'origine géographique

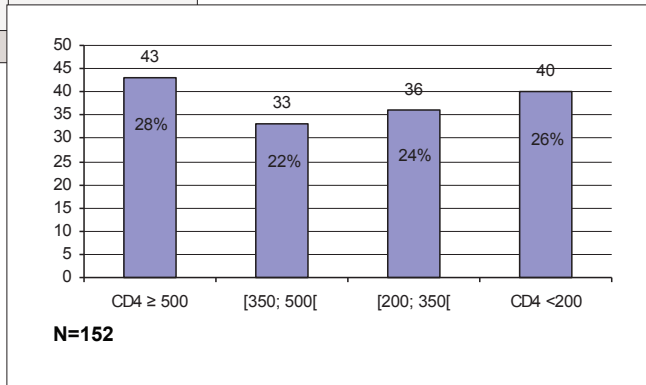


- 59% des hommes dépistés en 2010 sont d'origine française.
- Les femmes sont majoritairement d'origine sub-saharienne : 62%

Tableau VII : Infections classant Sida survenues chez les patients dépistés en 2010

Infection	N	%
INFECTION A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	10	29
PNEUMONIE A PNEUMOCYSTIS CARINII	9	26
SARCOME DE KAPOSI	6	18
CRYPTOCOCCOSE	4	12
CACHEXIE	2	6
TOXOPLASMOSE CEREBRALE	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Figure 11 : CD4 au moment du dépistage



Seuls 28% des patients sont dépistés avec des CD4≥500. Les autres doivent être mis au traitement dès le dépistage.

23% des patients sont dépistés tardivement avec un taux de CD4<200.

# ANNEXE 9 : ACTIVITÉ VIH 2010 HÔPITAL RENÉ DUBOS, PONTOISE

## 2.a. STRUCTURE MEDICALE

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

- Sur le plan médical
- Deux praticiens hospitaliers Temps plein qualifiés en :
  - \* Dr L.BLUM : Médecine Interne Dermatologie et rattaché au Service de Médecine Interne- Médecine Post Urgence-Dermatologie
  - \* Dr P.HERVIO : Hépatogastroentérologie et rattaché 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 86% et 14% de la file active.

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

Le traitement des coinfections 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 le plus souvent 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

- **Un Psychologue** assurant trois jours par semaine des consultations. Son activité est centrée pour partie à la prise en charge des patients VIH ; l'autre à la prise en charge de patients alcooliques. (Mr LEMERDY)
- **Quatre infirmières formées à l'éducation thérapeutique** : deux infirmières de consultation externe médecine et deux 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.
- **Une assistante sociale** temps plein. Elle 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 et dermatologie.
- **Un 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.

## 2.b. LES STRUCTURES DE SUIVI DES PATIENTS VIH

### > Structures ambulatoires

En Consultation Externe de médecine avec quatre consultations externes par semaine dont deux 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.

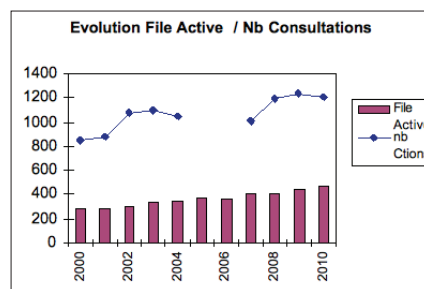
> 625 séjours en 2010

> 458 séjours en Hospitalisation de jour (469 en 2009) (Les principaux Services ou structures d'accueil sont en cours de recueil)

> 167 séjours en Hospitalisation traditionnelle (174 en 2009) Les principaux services ou pôles d'accueil sont l'Unité Médecine Dermatologie (85), la Chirurgie (18), la Maternité (20).

### Evolution de la file active et des consultations

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
File Active	281	284	308	331	344	375	369	402	407	444	473
nb Ctiions	849	876	1074	1092	1046			1001	1195	1230	1203



En hospitalisation de jour au sein de l'Hôpital de jour de médecine regroupant les spécialités de Gastroentérologie, Rhumatologie, Neurologie et Dermatologie

### > Structure d'hospitalisation

Hospitalisation dans l'Unité Médecine Dermatologie mais également dans des services de spécialité (Oncologie, Hémodialyse par exemple) ou dans des services pour une prise en charge indépendante de la pathologie VIH.

### Hospitalisation traditionnelle et hôpital de jour

Activité VIH / SIDA 2010	File active (nb patients VIH suivis)			Consultations (source : ?????)			Hospitalisation partielle (de jour) (source : PMSI)		
				Nb de Consultations			Nb de séjours(1)		
	Total	dont stade C	Nouveaux patients	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH
PONTOISE Hôpital René DUBOS	473	138	61*	nd	1203	nd	25 608	458	1,79%

Activité VIH / SIDA 2010	Hospitalisation complète (source : PMSI)								
	Nb de séjours(1) de 0 ou 1 jour (CM24)			Nb de séjours(1) 2 jours			DMS(2)		
	Total	VIH	% VIH	Total	VIH	% VIH	Toutes pathologies	Toutes pathologies hors VIH	VIH tous séjours
PONTOISE Hôpital René DUBOS 8 915	29	0,33%	25 969	138	0,53%	5,43	5,42	7,76	

**> Structure d'accueil et prise en charge des Accident d'Exposition au Sang et au sexe**

Le service des Urgences Médicales assure la permanence des soins dans ce domaine. Une procédure écrite a été mis en place pour assurer de façon permanente l'accueil puis le suivi des AES, avec remise de kit de 48 ou 72 heures avant d'adresser au référent dans les 48 ou 72 heures qui est par ailleurs joignable si besoin en urgence. Le laboratoire dispose de test rapide permettant un résultat en deux heures.

Les accidents de travail traités sont systématiquement revus par le référent, les autres sont suivis à la médecine du travail. Les accidents sexuels sont revus pour réévaluation.

**Recueil des data AES :** le recueil est en cours

**> Education thérapeutique**

En 2010 : 77 consultations d'éducation thérapeutiques ont été effectuées pour 39 patients venus entre 1 à 7 fois. \*Données indisponibles pour l'hôpital de jour  
Le programme d'éducation thérapeutique a été validé par l'ARS d'Ile de France pour 5 ans permettant de poursuivre cette activité au CHRd. Le programme a été modifié et renforcé par l'apport d'outils mise en place par le groupe d'éducation thérapeutique piloté par Agnès Certain (Pharmacienne à l'Hôpital Bichat).

**> taff 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 Yéni avec une procédure mise en place en 2009 permettant une meilleure transmission des informations et une meilleure communication.

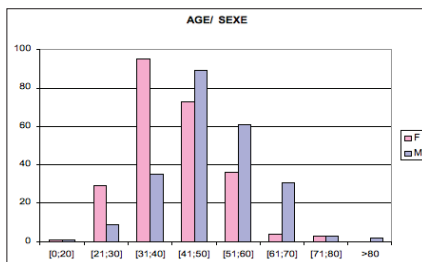
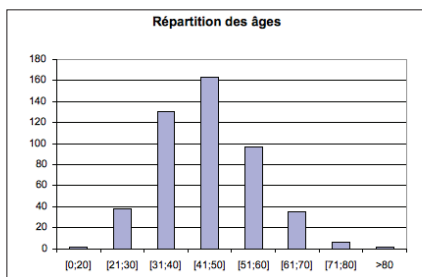
**2.c. RECUEIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA FILE ACTIVE**

Le recueil des data de la file active en 2010 a été fait manuellement de façon exhaustive grâce à l'aide d'une technicienne d'étude clinique mise à disposition par le COREVIH en 2009 et l'utilisation d'Excel. Les années précédentes le recueil était assuré par une secrétaire.

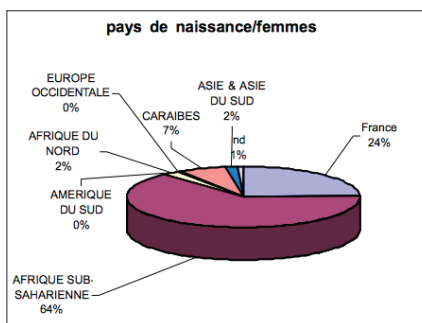
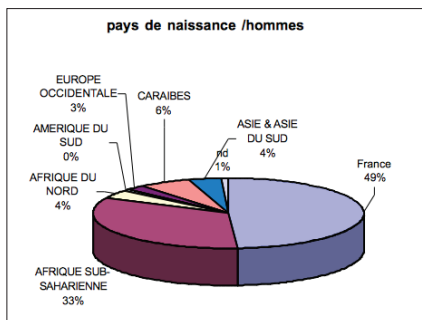
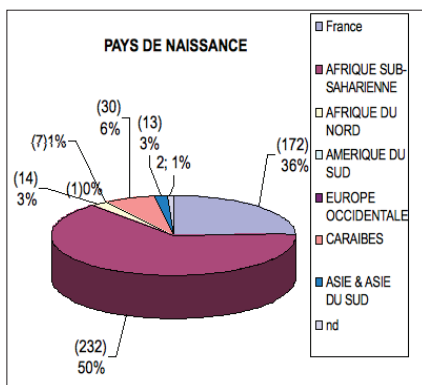
**> Age / sexe / pays de naissance**

SEXE		F	H
n		242	231
AGE	Total	F	H
moyenne		41	49

- Le sexe ratio est égal à 0.95
- Les femmes sont globalement plus jeunes que les hommes



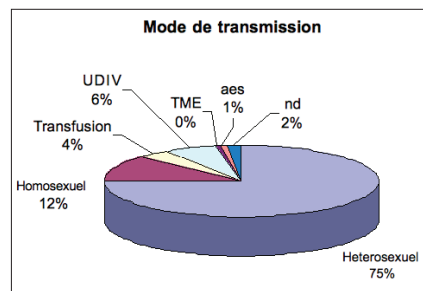
La classe d'âge 40-49 ans est la plus représentée (34%) mais 41% des hommes ont plus de 50 ans



**> Une grande majorité des femmes sont**

**nées en Afrique subsaharienne (64%)**

**Facteur de risque de transmission**



Le facteur de risque prédominant est hétérosexuel (75%), la toxicomanie représentant 6%

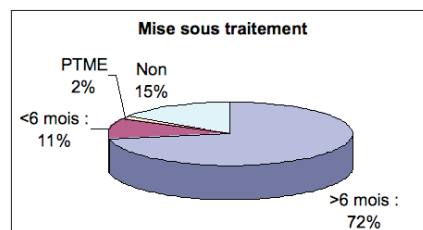
**> 29% des patients présentent un stade SIDA de stade C (138)**

**> Co-infections :Hépatite B et C**

- Co-infection : 88-19%
- VHB : 40 - 9,00%
- VHC : 41 - 9,00%
- DNA+ : 12 - 30,00%
- PCR - : 15 7 traités- guéris
- 8 guérisons spontanées
- PCR + : 20 1 échec de traitement
- VHB/VHC 7 1,00%
- PCR+ 6

Une co-infection est présente chez 19% des patients mais 36% des patients HCV ont une PCR HCV négative et 70% des patients Hbs+ ont un DNA viral B négatif

**> Traitements**



- 85% des patients de la file active sont mis sous traitement
- 72% le sont depuis plus de 6 mois

ARV >6 mois et CV <50	293	86,00%
CD4 > 500	153	53,00%
>350CD4<500	71	25,00%
>200 CD4 <350	51	18,00%
CD4 <200	13	5,00%

86% des patients traités depuis plus de 6 mois ont une charge virale indétectable. Parmi eux, 53% ont des CD4 supérieurs à 500/mm<sup>3</sup>. \* Données immunologiques des patients non traités



<b>Non traités</b>	73	15,00%
<b>CD4 &gt;500</b>	34	48,00%
<b>CD4 &gt;350&lt;500</b>	20	28,00%
<b>CD4 &gt;200&lt;350</b>	14	20,00%
<b>CD4&lt;200</b>	2	3,00%

Parmi les patients non traités ,23% ont moins de 350 CD4. Leurs caractéristiques n'ont pas été étudiées.

#### > Traitements antirétroviraux :

<b>Traitements ARV</b>	400		
<b>standart</b>	2Nuc,Nnuc	98	25,00%
	3Nuc	3	1,00%
	2Nuc,IP	253	63,00%
<b>avec IITG</b>		24	6,00%
<b>Autres</b>	mono IP	5	1,00%
	divers	17	4,00%

90% des patients traités reçoivent un traitement standart (2 nucleosidiques associés à une antiprotéase ou un non nucléosidique). Les antiprotéases sont très majoritairement prescrit (63%) . Les antiintégrases sont prescrits chez 6% des patients traités. 3% des patients sont sous multithérapies liés à des échecs

#### > Nouveaux patients

L'équipe a accueilli 61 nouveaux patients cette année soit 13% de la file active .

30 patients sont de nouveaux dépistés en 2010 (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).

Prés d'un tiers avait moins de 200 CD4 . Un événement SIDA a révélé l'infection VIH pour 6 (20%) d'entre eux .( 1 tuberculose , 2 pneumocystoses, 2 toxoplasmoses cérébrales, 1 encéphalite )

#### > Grossesses :

28 grossesses VIH ont été suivies pendant l'année 2010. (2 FC , 1 ITG, 7 en cours et 18 naissances ) . 6 découvertes VIH au cours de la grossesse

<b>16/18 Accouchements à PONTOISE</b>		
<b>Voie basse</b>	12	
<b>Césarienne en urgence ou uterus cicatriciel</b>	3	
<b>Césarienne pour charge virale détectable : 3</b>	3	CV :<200(2) et >100000 (1) pour inobservance

Aucune transmission mère-enfant n'a été déplorée  
Traitements : 6 patientes étaient sous ARV au long cours , 8 ont reçus 1 traitement PTME à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre et 1 plus tardivement, 2 patientes VIH2 ont reçu de l'AZT, et une patiente a eu un suivi très difficile avec une inobservance totale .

#### > Décès : 4 décès sont à déplorer

#### > Perdus de vue

7% des patients vus en 2009 n'ont pas été revus en 2010. Après analyse 5% (25) des patients 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

Les datas détaillées sont en cours de validation  
12 patients séropositifs ont été suivis sur l'année 2010

#### > Protocoles de recherche

<b>24 patients sont inclus dans des Protocoles ANRS</b>	Cohorte VIH2	13
	LYMPHOVIR	1
	HIV Controller	1
	Opportunités	9

# ANNEXE 10 : RECHERCHE CLINIQUE : COHORTES PROTOCOLES 2010

## 1. Cohortes protocoles 2010

NB NOM ETUDE		
<b>TYPE ETUDE</b>	PROMOTEUR	Somme
<b>COHORTE</b>	ANRS	9
<b>Somme COHORTE</b>		9
<b>PROTOCOLE</b>	ANRS	10
	AUTRES	2
	INDUSTRIEL	11
<b>Somme PROTOCOLE</b>		23
<b>Total</b>		<b>32</b>

NB NOM ETUDE		
<b>TYPE ETUDE</b>	NOM ETUDE	NOMBRE PATIENTS INCLUS
<b>COHORTE</b>	2H	35
	COPANA	54
	COVERTE	7
	EPF	95
	HEPAVIH	(vide)
	HIV CONTROLLER	8
	MORTAVIC	25
	PRIMO	33
	VIH2	(vide)
<b>PROTOCOLE</b>	BBOOST	15
	BOOSTER GS US 216 114	1
	DREAM	8
	ECHO	4
	ETOC	4
	GS US 183 0145	4
	HIFLUVAC	18
	IGRAVIH	15
	INTER-ACTIV	8
	MK-0518 (Anti-Intégrase)	2
	MONOI	3
	NEAT	2
	OPTIPRIM	5
	QUAD GS US 216 103	2
	QUANTISPOT	90
	SIGNET NNRTI (SGN113404)	3
	SPRING 1 (ING112276)	6
	SPRING 2 (ING113086)	5
	TH-HIV-008	2
	TIPI	2
	TMC 278 C204 (Artemis)	2
	VAC-VHB	12

NB NOM ETUDE		
	VALPARAISO	4

NB NOM ETUDE		
<b>TYPE ETUDE</b>	NOM ETUDE	NOMBRE PATIENTS INCLUS
	EPF	95
	COPANA	54
<b>COHORTE</b>	2H	35
	PRIMO	33
	MORTAVIC	25
	HIV CONTROLLER	8
	COVERTE	7
	HEPAVIH	
	VIH2	
	QUANTISPOT	90
<b>PROTOCOLE</b>	HIFLUVAC	18
	BBOOST	15
	IGRAVIH	15
	VAC-VHB	12
	DREAM	8
	INTER-ACTIV	8
	SPRING 1 (ING112276)	6
	OPTIPRIM	5
	SPRING 2 (ING113086)	5
	ECHO	4
	ETOC	4
	GS US 183 0145	4
	VALPARAISO	4
	MONOI	3
	SIGNET NNRTI (SGN113404)	3
	MK-0518 (Anti-Intégrase)	2
	NEAT	2
	QUAD GS US 216 103	2
	TH-HIV-008	2
	TIPI	2
	TMC 278 C204 (Artemis)	2
	BOOSTER GS US 216 114	1

TYPE ETUDE	NOM ETUDE	PROMOTEUR	NOMBRE PATIENTS INCLUS	NB VISITES en 2010
COHORTE	EPF	ANRS	95	0
COHORTE	COPANA	ANRS	54	94
COHORTE	2H	ANRS	35	16
COHORTE	PRIMO	ANRS	33	65
COHORTE	MORTAVIC	ANRS	25	0
COHORTE	HIV CONTROLLER	ANRS	8	9
COHORTE	COVERTE	ANRS	7	6
COHORTE	HEPAVIH	ANRS	45	60
COHORTE	VIH2	ANRS	114	144
PROTOCOLE	QUANTISPOT	ANRS	90	90
PROTOCOLE	HIFLUVAC	ANRS	18	51
PROTOCOLE	BBOOST	ANRS	15	50
PROTOCOLE	IGRAVIH	AUTRES	15	15
PROTOCOLE	VAC-VHB	ANRS	12	12
PROTOCOLE	DREAM	ANRS	8	38
PROTOCOLE	INTER-ACTIV	ANRS	8	38
PROTOCOLE	SPRING 1 (ING112276)	INDUSTRIEL	6	12
PROTOCOLE	OPTIPRIM	ANRS	5	24
PROTOCOLE	SPRING 2 (ING113086)	INDUSTRIEL	5	2
PROTOCOLE	ECHO	INDUSTRIEL	4	16
PROTOCOLE	ETOC	ANRS	4	41
PROTOCOLE	GS US 183 0145	INDUSTRIEL	4	21
PROTOCOLE	VALPARAISO	AUTRES	4	1
PROTOCOLE	MONOI	ANRS	3	8
PROTOCOLE	SIGNET NNRTI (SGN113404)	INDUSTRIEL	3	3
PROTOCOLE	MK-0518 (Anti-Intégrase)	INDUSTRIEL	2	6
PROTOCOLE	NEAT	ANRS	2	8
PROTOCOLE	QUAD GS US 216 103	INDUSTRIEL	2	17
PROTOCOLE	TH-HIV-008	INDUSTRIEL	2	4
PROTOCOLE	TIPI	ANRS	2	10
PROTOCOLE	TMC 278 C204 (Artemis)	INDUSTRIEL	2	6
PROTOCOLE	BOOSTER GS US 216 114	INDUSTRIEL	1	3
		<b>TOTAUX :</b>	<b>633</b>	<b>870</b>

#### > Protocoles AUTRES

NOMBRE PATIENTS INCLUS	NB VISITES en 2010
<b>15</b>	15
<b>4</b>	1
<b>19</b>	16

#### > Protocoles INDUSTRIELS

NOMBRE PATIENTS INCLUS	NB VISITES en 2010
<b>6</b>	12
<b>5</b>	2
<b>4</b>	16
<b>4</b>	21
<b>3</b>	3
<b>2</b>	6
<b>2</b>	17
<b>2</b>	4
<b>2</b>	6
<b>1</b>	3
<b>31</b>	90

#### > Cohortes

NOMBRE PATIENTS INCLUS en 2010	NB VISITES en 2010
<b>95</b>	0
<b>54</b>	94
<b>35</b>	16
<b>33</b>	65
<b>25</b>	0
<b>8</b>	9
<b>7</b>	6
<b>45</b>	60
<b>114</b>	144
<b>416</b>	394

#### > Protocoles ANRS

NOMBRE PATIENTS INCLUS	NB VISITES en 2010
<b>90</b>	90
<b>18</b>	51
<b>15</b>	50
<b>12</b>	12
<b>8</b>	38
<b>8</b>	38
<b>5</b>	24
<b>4</b>	41
<b>3</b>	8
<b>2</b>	8
<b>2</b>	10
<b>167</b>	370

## ANNEXE 11 : BILAN 2010 REVIHOP (RÉSEAU VILLE HÔPITAL), HÔPITAL RENÉ DUBOS, PONTOISE

Bilan provisoire. Bilan chiffré sera remis ultérieurement.

Le réseau ville-hôpital REVIHOP, rattaché au centre hospitalier René Dubos de Pontoise, intervient dans un cadre territorial incluant la communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise, le Vexin, et un secteur allant jusqu'à Beaumont-sur-Oise.

Le CHRD suit une file active de 472 patients en 2010, en constante progression depuis cinq ans. Le profil de la population est très majoritairement migrante, d'origine subsaharienne, souvent en situation de précarité. Les actions du réseau tiennent compte de cette situation.

Le suivi en médecine de ville est assuré par des médecins généralistes qui ne suivent que très peu de patients (moins de 10 médecins suivent plus de 5 patients). Le réseau doit donc s'adapter à cette situation particulière.

REVIHOP a pour objet l'amélioration de la prise en charge des personnes contaminées par les virus du VIH et des hépatites virales.

Diverses actions sont menées tout au long de l'année, visant à créer du lien entre les différents intervenants médicaux, para-médicaux et sociaux du secteur (à l'hôpital et en ville), à promouvoir la prise en charge globale des patients, et à participer à des actions de prévention et de formation.

### > Partenariat avec les médecins généralistes de ville

Les médecins généralistes de l'agglomération de Cergy-Pontoise et du Vexin suivant régulièrement des patients VIH ont été ciblés et font l'objet d'un partenariat spécifique. Il s'agit d'apporter une aide à l'application des recommandations de la SPILF et de la SFLS dans la prise en charge du VIH par le médecin généraliste et des recommandations de la HAS au dépistage du VIH et des hépatites.

Ce soutien devrait permettre une meilleure implication du médecin traitant, d'améliorer la prévention et le dépistage et de diminuer le nombre de consultations hospitalières. La file active des patients suivis au CHRD est en constante augmentation depuis 5 ans (+7 % par an) alors que les moyens hospitaliers attribués sont constants.

Un renforcement de la formation est proposé aux médecins particulièrement concernés de par leur activité et le profil de leurs patients.

L'implication du réseau dans l'aide au dépistage et à la prévention concernant les tests rapides (TROD) ne pourra se faire qu'avec l'aide du COREVIH.

### > Partenariat avec les pharmaciens de ville

Un renforcement du lien avec quelques pharmacies de ville est en cours d'élaboration, pour optimiser la délivrance des médicaments, sur le plan des connaissances médicales (nouvelles molécules, interactions, effets secondaires), mais aussi sur l'échange autour des patients communs, et une réflexion éthique est menée (espaces de confidentialité dans les officines de ville, ...)

Cette action s'effectue avec les pharmaciens du CHRD.

### > Partenariat avec les infirmières libérales

Une action préventive a été mise en place avec des infirmières libérales, ayant notamment pour cible les femmes enceintes séropositives ayant des difficultés d'observance du traitement. Les infirmières libérales peuvent effectuer des visites à domicile quotidiennes et garantir la bonne prise du traitement par la mère pendant la grossesse, et par l'enfant après l'accouchement. Cette action peut prévenir efficacement des contaminations.

Ces infirmières participent à certaines réunions d'information du réseau.

### > Partenariat avec le CDAG

Les liens avec le CDAG s'articulent autour de la prise en charge précoce des patients. Les patients en situation de précarité, notamment les étrangers en situation irrégulière récemment dépistés, ou les conjoints de patients déjà connus, et les personnes sans couverture sociale sont orientés directement au service social du CHRD. Le lien existe également dans l'autre sens pour orienter les personnes sans couverture sociale pour un dépistage.

Le CDAG participe activement aux actions menées dans le cadre de la JMS.

### > Partenariat avec les associations

Des liens existent avec diverses associations, telles que IKAMBERE, association dédiée aux femmes séropositives d'origine africaine, ou AIDES Val d'Oise et ARCAT.

Il s'agit de proposer une prise en charge diversifiée, prenant en compte tous les aspects de la personne (culturel, social, ...) et d'anticiper les difficultés qui pourraient aboutir à une rupture des soins.

### > Création d'un site WEB

Le site WEB de REVIHOP a été ouvert dans le courant du deuxième semestre 2010.

Il s'agit d'un outil dédié

> **aux patients** pour mieux les informer et les aider dans leur parcours de soins. Il comporte des renseignements médico-socio-administratifs. Des fiches pratiques complètent le programme d'éducation thé-

rapeutique pour une meilleure connaissance de la maladie et une sensibilisation à la prévention.

> **aux professionnels de santé**, particulièrement les médecins généralistes, les médecins spécialistes (gynécologues, gastrohépatentérologues, ...), les pharmaciens d'officine. Les principaux objectifs sont de simplifier les liens avec les référents VIH et hépatites, et d'apporter régulièrement des informations sur le dépistage et le traitement de ces pathologies.

### > Implication dans l'éducation thérapeutique

Un programme d'éducation thérapeutique a été agréé par l'ARS au centre hospitalier de Pontoise. Le réseau s'efforce de mieux organiser le suivi de ces patients en ville.

### > Participation à la JMS

La journée mondiale contre le SIDA 2010 a donné lieu à diverses manifestations au sein de l'hôpital de Pontoise. Des stands de prévention ayant pour thème l'incitation au dépistage précoce, et destinés au public, ont été organisés avec le soutien du CODESS et la participation du CDAG.

Une action de prévention, sous forme de jeu-concours, destinée au personnel de l'hôpital a également été organisée en lien avec le médecin du travail.

### > Rattachement à la COREVIH Ile de France Nord

REVIHOP poursuit son action au sein de la Coordination Régionale de la lutte contre l'infection de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

Le docteur Laurent BLUM, membre de notre association, est vice-président de la COREVIH Ile de France Nord depuis le 28 novembre 2007.

Madame GUIET, assistante sociale et coordinatrice de REVIHOP, participe à un groupe de travail ayant pour thème le recueil de données épidémiologiques sociales des populations en situation de précarité.

### > Accompagnement psychologique des patients

Monsieur Thierry Le Merdy, psychologue du réseau poursuit son activité.

Il reçoit les patients en consultations externes, ou lors d'une hospitalisation ou d'un passage à l'hôpital de jour. Les patients sont majoritairement des femmes d'origine étrangère. Ces patientes sont orientées par le médecin en cas de troubles psychologiques, associés ou non à des problèmes d'observance, ou peu après l'annonce du diagnostic. Quelques patientes sont engagées dans une démarche psychothérapeutique de longue durée.

L'action du psychologue participe à la prévention de la

rupture des soins et à la progression de l'observance, en lien avec le programme d'éducation thérapeutique.

Le psychologue apporte également son soutien aux équipes soignantes, aux familles des patients si besoin.

Il participe à l'action menée dans le cadre de la Journée Mondiale contre le SIDA

(bilan d'activité détaillé sera remis ultérieurement)

#### > **Accompagnement social des patients**

REVIHOP apporte un soutien financier pour la prise en charge sociale des patients.

Cette aide est destinée à aider ponctuellement les patients en situation de grande précarité, et complète les autres dispositifs de droit commun.

L'assistante sociale peut ainsi apporter une aide immédiate aux patients, notamment pour le financement de titres de transport (pour se rendre aux consultations ou dans des centres d'hébergement, pour effectuer leurs démarches,...), d'aides alimentaires, d'aide à la régularisation des documents administratifs, de nuits d'hôtel si besoin.

Cette action contribue à prévenir la rupture de soins des personnes les plus vulnérables sur le plan social, et s'inscrit dans une approche de prise en charge pluridisciplinaire.

## **EVALUATION**

Les indicateurs d'évaluation recueillis seront les suivants :

> **Site web** : nombre de visiteurs, indice de satisfaction des patients ayant visité le site revus à la consultation hospitalière permettant ultérieurement des améliorations, type de documents visités, recueil de l'avis d'un panel de généralistes et pharmaciens d'officine

> **Réunion d'information** : nombre et type de participants, indice de satisfaction, pré-test post-test (évaluation des connaissances)

> **Accès aux soins** : délai de prise en charge médico-sociale (quantitatif et qualitative), nombre d'appels téléphoniques pour consultations urgentes, type d'appel et quantifier si réponses adaptées en conséquence

> **Relais hôpital ville** : nombre de consultations annuelles des patients à l'hôpital et en ville (ratio) nombre de consultations hospitalière au vu de la file active, nombre de patients en échec suivi par IDE de ville

> **Etat de santé des patients** : nombre de perdus de vue, amélioration des paramètres immuno-virologiques, diminution de la morbidité et des hospitalisations, nombre de patients vus par le psychologue

## ASSOCIATIONS

ANNEXE 12 : EXEMPLES D' ACTIONS ASSOCIATIVES  
SUR LE TERRITOIRE IDF NORD

## 1. Afrique Avenir

Les actions de proximité menées par Afrique Avenir constituent une des activités majeures de l'association : elles offrent une opportunité très intéressante d'entrer en contact avec les communautés africaines et caribéennes vivant en France ; au travers d'intervention sur les lieux de vie et de sociabilité de ces personnes afin de délivrer des messages d'information, de sensibilisation sur le VIH/SIDA, les hépatites et les IST. Elles se répartissent en deux catégories :

> Principalement, les actions bénéficiant d'un dispositif salarié dédié (agents de prévention) et menées de façon régulière (toutes les semaines) selon un calendrier établi à l'avance et avec un système de suivi de l'activité :

- les lieux festifs,
- les discothèques,
- les salons de beauté,
- les assemblées chrétiennes.

> Secondairement, les autres actions, qui sont organisées de façon beaucoup plus ponctuelle, avec des équipes qui ne sont pas dédiées (bénévoles, parfois agents de prévention, personnes-relais, etc.) :

- les chauffeurs de taxi,
- les restaurants-bars,
- les terrains de football,
- les réunions amicales ou associatives.

Ci-dessous le tableau synthétique des données quantitatives recueillies en 2010 au cours des actions de proximité notamment au niveau de lieux festifs (discothèques et salles des fêtes) et de salons de beauté situés en Île-de-France qui constituent la majeure partie des activités de l'association Afrique Avenir.

&gt; Tableau synthétique lieux festifs/salons de beauté

	Salons	Lieux festifs	Total
<b>INTERVENTIONS</b>			
<b>Nombre d'interventions</b>	661	247	<b>908</b>
<b>Nombre de lieux</b>	69	55	<b>124</b>
<b>PUBLIC</b>			
<b>Nombre d'Exposés</b>			
<b>Sous-total exposés</b>	8665	80410	<b>89075</b>
<b>NOMBRE D'ÉCHANGES</b>			
<b>Hommes</b>	2711	2359	<b>5070</b>
<b>Femmes</b>	2138	2579	<b>4717</b>
<b>Sous-total échanges</b>	4849	4938	<b>9787</b>
<b>NOMBRE DE RENDEZ-VOUS</b>			
<b>Hommes</b>	15	11	<b>26</b>
<b>Femmes</b>	5	18	<b>23</b>
<b>Sous-total rendez-vous</b>	20	29	<b>49</b>
<b>NOMBRE DE PRÉSERVATIFS ET GEL</b>			
<b>préservatifs masculins</b>	19830	78900	<b>98730</b>
<b>préservatifs féminins</b>	8034	43844	<b>51878</b>
<b>dosettes de gel lubrifiant</b>	8220	32058	<b>40278</b>
<b>NOMBRE DE SUPPORTS D'INFORMATION</b>			
<b>CDAG</b>	152	270	<b>422</b>
<b>Livret IST</b>	450	1288	<b>1738</b>
<b>IST garçons et filles</b>	0	1028	<b>1028</b>
<b>Guide du corps garçons et filles</b>	0	1018	<b>1018</b>
<b>Tous ensemble avec Kassav contre le sida</b>	300	2488	<b>2788</b>
<b>Cartes postales calendrier 2008</b>	0	117	<b>117</b>
<b>Cartes postales calendrier 2009</b>	370	1210	<b>1580</b>
<b>Hépatite B</b>	365	176	<b>541</b>
<b>Livret bilingue</b>	10	35	<b>45</b>
<b>DVD « Toi même tu sais » : N°2</b>	0	1912	<b>1912</b>
<b>CD « Faites passer le message »</b>	0	2453	<b>2453</b>
<b>Mode d'emploi du préservatif féminin</b>	2158	2576	<b>4734</b>
<b>Tee-shirt « Faites passer le message »</b>	0	350	<b>350</b>
<b>Affiches promotion du préservatif féminin</b>	0	50	<b>50</b>
<b>Stickers "Tous UNIS"</b>	0	100	<b>100</b>

En 2010, Afrique Avenir a réalisé **908** actions de prévention et de sensibilisation au VIH/sida et hépatites au niveau de **124** lieux différents (**69** salons de beauté et **55** lieux festifs), tous situés en Île-de-France. **89075** usagers de ces lieux ont été touchés par les messages de prévention et ont reçu 40278 préservatifs (**98730** masculins et **51878** féminins), **40278** dosettes de gel lubrifiant et **18876** supports d'informations comme détaillé dans le tableau ci-dessus.

## 2. ARCAT en 2010

Créée en 1985, Arcat a pour objet d'œuvrer en faveur de la promotion de la démocratie sanitaire, notamment par la prévention, l'accès à l'information et la lutte contre les discriminations ; et de participer à l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies, notamment le VIH et le VHC, et dont la vulnérabilité ou la situation de précarité sont susceptibles de compromettre un accès satisfaisant aux soins et aux traitements. L'association est membre du Groupe SOS et de l'UNALS.

L'association travaille en coopération avec de nombreux partenaires à travers différents pôles :

**Le Pôle information** édite le Journal du Sida, le Bulletin d'Information pour les Professionnels, de nombreuses brochures et informe régulièrement à travers son site Internet.

**Le Pôle médical et thérapeutique** mène des actions de sensibilisation et de lobbying sur l'accès aux soins, les traitements et la recherche (TRT-5, Collectif Hépatites Virales, COREVIH, Rapport d'experts, Plan national de lutte contre le VIH, Etats généraux du VIH etc.) et propose des programmes d'éducation à la santé à l'attention des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite, principalement d'origine migrante.

Des formations sont également proposées aux professionnels accompagnant des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite.

**Le Pôle prévention**, mène des actions auprès des migrants latino-américains et asiatiques, mais également tournées vers la lutte contre les discriminations en entreprise.

En 2010, les actions auprès des migrants menées avec différents partenaires sur l'Ile-de-France ont permis de réaliser 2 506 entretiens ou accompagnements auprès de

1 086 personnes différentes.

La prévention auprès des entreprises a diffusé plus de 250 000 sets de table, sensibilisant à la lutte contre le VIH à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre 2010.

**Le Pôle accompagnement**, composé d'un SAVS (service d'accompagnement à la vie social) et du Point Solidarité propose un accompagnement pluridisciplinaire (social, médical, psychologique, juridique et d'insertion professionnelle) aux personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite, en situation précaire, afin d'améliorer leurs conditions de vie pour une meilleure observance aux traitements. Il dispose également de 21 chambres d'hôtel.

En 2010, 436 personnes ont été suivies par le Point Solidarité dont 36 % de nouvelles personnes.

Les caractéristiques de la file active sont les suivantes :

- > Majoritairement entre 25 et 39 ans, on comptabilise 14 % de transgenres, orientées par le pôle de prévention auprès des latino-américains.
- > 87 % du public est migrant, 20 % n'ont aucun titre de séjour lors de leur premier entretien à Arcat.
- > 73 % vivent seules.
- > 33 % sont hébergées chez un tiers et 10 % sont hébergées dans des structures d'hébergement de type CHRS, CHU, ACT ou résidence sociale.
- > 34 % du public est sans ressources.
- > 22 % sont bénéficiaires de l'AME et 23 % de la CMU Complémentaire.
- > 83 % sont concernés par le VIH dont 3 % ont une co-infection avec une hépatite chronique.
- > Les personnes sont orientées sur le Point Solidarité par les hôpitaux pour 29 % et par des associations pour 24 %.

Le SAVS est ouvert à 90 Parisiens atteints d'une pathologie chronique évolutive et orientée par la MDPH.

### 3. Chrétien et Sida

L'association «Chrétiens & Sida» a été fondée en 1991. A cette époque, il s'agissait d'abord d'apporter un soutien spirituel et religieux à des femmes et des hommes qui se savaient condamnés à brève échéance. Depuis l'avènement de la trithérapie, **les buts de l'association** ont heureusement évolué et ont été précisé comme suit :

- > Développer parmi les chrétiens la prise de conscience des enjeux religieux, spirituels, éthiques, sociaux de l'épidémie du virus du sida, et la réalisation de réponses appropriées ; cela par des actions de formation, des débats ou des forums, un bulletin ou tout autre moyen.
- > Stimuler une réflexion éthique ou théologique sur ces enjeux, fournir des éléments d'analyse aux organismes responsables qui en feront la demande et, en cas de besoin, les alerter ou alerter l'opinion publique.
- > Créer et renforcer les liens entre les instances religieuses, les chrétiens et toute institution ou personne concernée par l'épidémie, à quelque titre que ce soit, faire circuler entre eux de l'information ou leur apporter conseil ou soutien.
- > Apporter son appui ou sa collaboration à des initiatives de prévention, de solidarité et d'aide aux séropositifs et aux malades qui seraient prises par d'autres organisations de lutte contre le sida.
- > Etablir une coopération avec d'autres croyants et d'autres organismes, d'inspiration confessionnelle ou en accord sur les mêmes principes éthiques, en France ou à l'étranger.
- > Pour atteindre ces objectifs, l'association comporte une quinzaine de groupes locaux implantés dans plusieurs villes de France, aux Antilles et en Guyane. Le siège et le secrétariat de l'association sont situés à Paris 18<sup>e</sup>, 30 rue Boucry.

Les activités des groupes de Paris, de Seine Saint Denis et des Yvelines s'inscrivent dans les buts précisés ci-dessus : essentiellement campagnes de prévention dans les écoles, dans les églises et les temples, plaidoyers pour le dépistage, lutte contre les discriminations. Nous plaidons aussi auprès des responsables religieux et auprès des fidèles pour qu'ils utilisent des préservatifs si nécessaire. Vis-à-vis des populations migrantes, dont la pratique religieuse reste importante et qui comportent plus de 40 % des PVVIH en Ile-de-France, nous intervenons auprès des prêtres et des pasteurs et nous collaborons amicalement avec les associations de migrants (notamment Afrique-Avenir, Ikambere, URACA). Mais nous ne sommes pas assez nombreux pour réaliser tout ce que nous souhaiterions faire, et nous ne limitons pas nos

activités aux territoires qui relèvent de la COREVIH IdF Nord.



# Rapport d'activité 2010 du COREVIH IDF NORD ERRATUM

## Page 15

### C.1.a Situation et mouvements en 2010 du personnel COREVIH

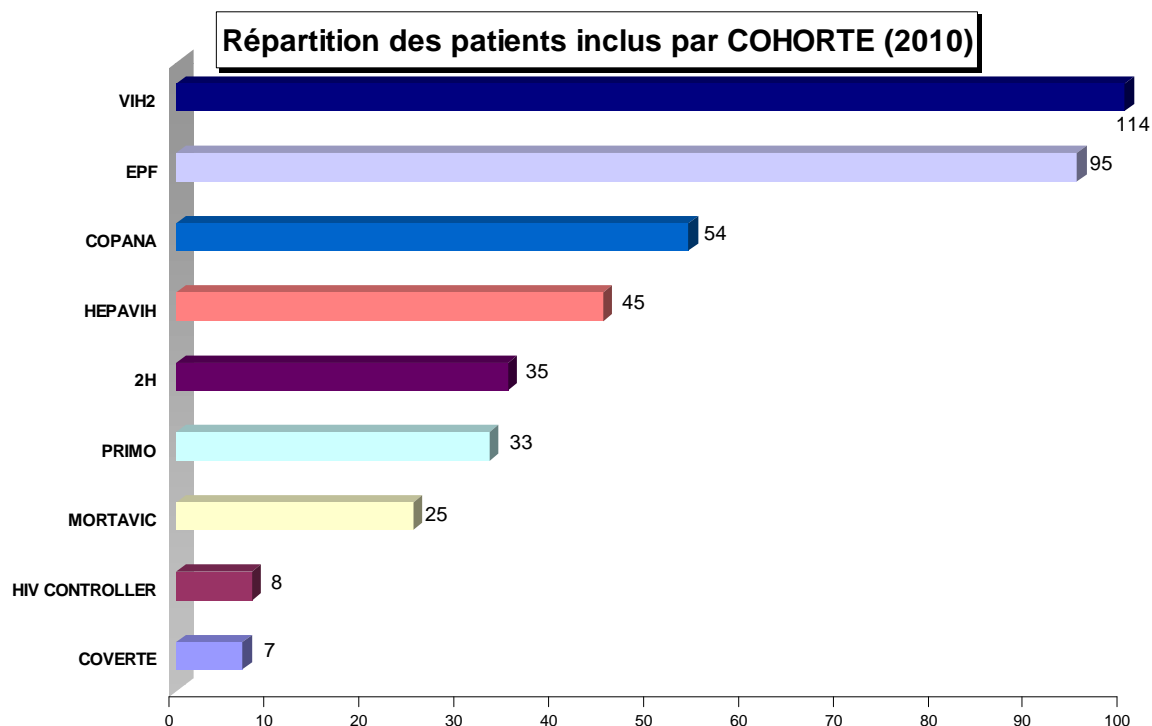
	Nom	Fonction	Typologie	Temps consacré	Affectation	Dates
<b>Gestion par établissement siège</b>	Adeline DEMONCY <sup>¶</sup> Christine MOUCAZAMBO <sup>¶</sup>	Coordinatrice	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-Claude Bernard	15/03/10 - 31/08/10 01/10/2010
	Claudie CHASTANET	Assistante Administrative	Titulaire	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	01/09/2000
	Giovanna CATALANO <sup>¶</sup> Zélie JULIA <sup>¶</sup>	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	05/01/2009 - 30/10/2010 01/12/2010
	Martine DESCHAUD	TEC	Titulaire	0,6 ETP 0,4 ETP	Centre Hospitalier René Dubos, Hôpital de Pontoise Groupe Hospitalier Eaubonne-Montmonrency, Hôpital Simone Veil (Eaubonne)	01/10/2008
	Cindy GODARD	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	02/11/2009
	Sylvie LE GAC	TEC	Titulaire	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	avril 1999 - 30/01/2009 puis 02/08/2010
	Françoise LOUNI	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	01/02/2010
	Gwenn MADDI	TEC	CDD	1 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	10/03/2008
	Ali TADLAOUI HBIBI	TEC	CDD	0,2 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Beaujon	15/01/2010
				0,4 ETP	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Bichat-CI. Bernard	
				0,2 ETP	Hôpital Robert Debré (Paris 19e)	
				0,2 ETP	IHFB* (Levallois Perret, 92)	

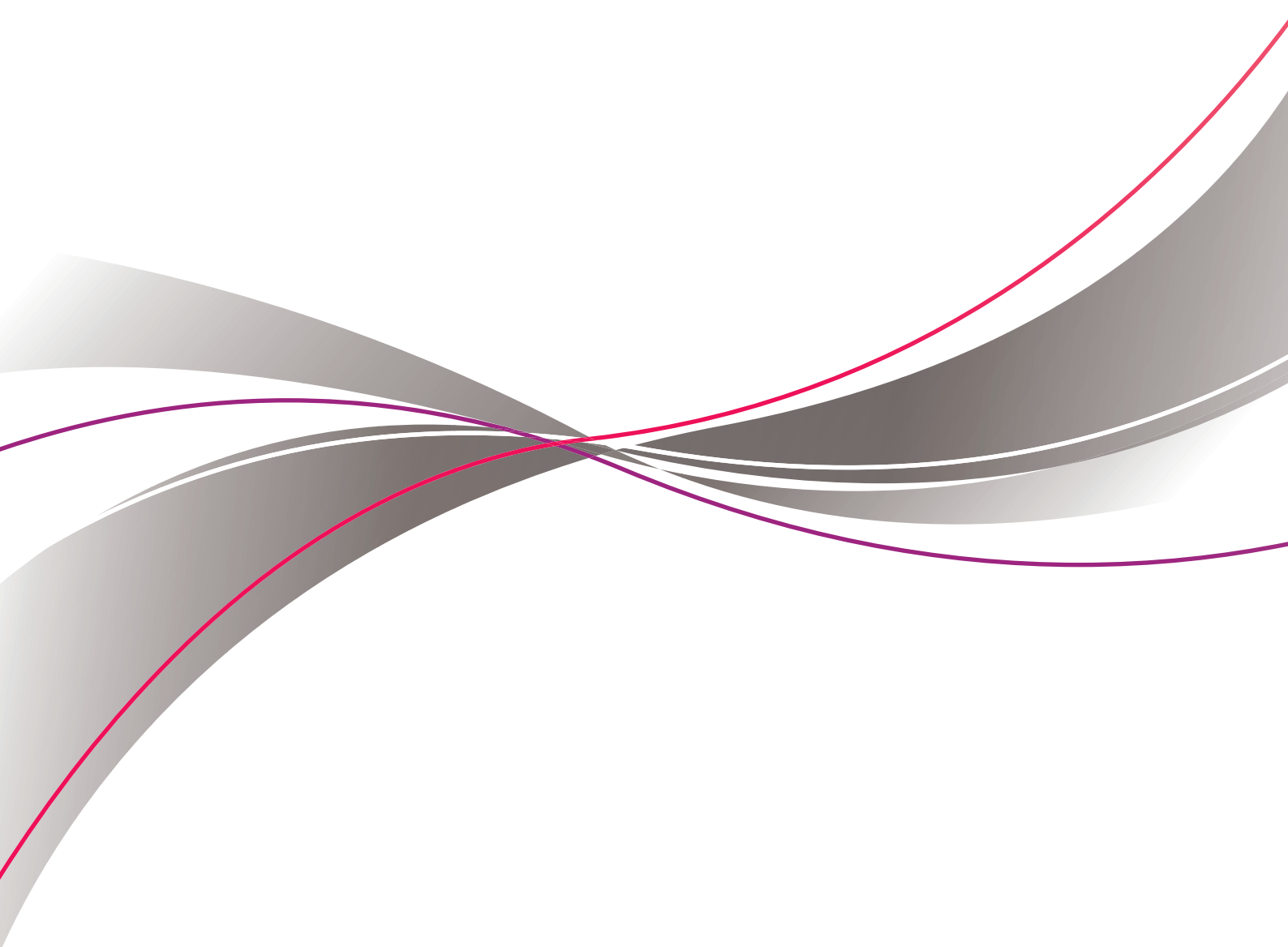
\* Institut Hospitalier Franco-Britannique

¶ Mouvement sur le poste

## Page 49

### B.1. Répartition des patients inclus dans les essais cliniques au SMIT de Bichat





**COREVIH**  
ILE-DE-FRANCE NORD

**Bichat Claude Bernard**  
(Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine)  
46, rue Henri Huchard  
75877 PARIS Cedex 18  
Tél. : 01 40 25 80 33 - Fax : 01 40 25 88 23

[www.corevih-idfnord.fr](http://www.corevih-idfnord.fr)