



**RAPPORT D'ACTIVITE
ANNEE 2009**

Les COREVIH, qui se sont substitués aux Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) ont été créés par décret en Novembre 2005.

Cependant, leur mise en place n'a pu être effective que début 2008.

Les objectifs assignés aux COREVIH sont :

- ✓ favoriser la coordination des professionnels médico-sociaux ainsi que les associations de malades et des usagers de santé ;
- et
- ✓ participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient, à son évaluation et à l'amélioration des pratiques ;

Pour ce faire, il a été procédé à la mise en place des commissions ce qui a permis d'entamer le travail de coordination des professionnels et des associations : cette phase indispensable doit servir à entrer dans le processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité de la prise en charge

- ✓ et de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques. Si cette analyse médico-épidémiologique a pu être réalisée en 2008, son exhaustivité a été améliorée en 2009.

Le COREVIH IDF Est se caractérise par :

- l'étendue de son territoire (50 % de l'Île-de-France) ;
- le grand nombre et la diversité des établissements qui le composent (28 établissements dont 24 hôpitaux généraux) ;
- l'importance et la diversité de sa file active ;

Ces caractéristiques représentent un véritable défi pour une instance de coordination.

Cependant, l'utilisation d'un logiciel médical commun a permis d'améliorer très sensiblement les données quantitatives sur des files actives validées.

Par ailleurs, de nombreuses actions ont été entamées afin de mesurer les principaux enjeux auxquels il faut faire face sur le territoire, d'en faire l'état des lieux et d'y apporter des solutions.

Ce rapport est le premier qui aborde l'aspect qualitatif du travail entrepris.

I IDENTIFICATION DU COREVIH IDF EST	5
1.1 REGION ADMINISTRATIVE	5
1.2 TERRITOIRE DE REFERENCE.....	5
1.3 ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	6
<i>a/ Etablissement siège.....</i>	6
<i>b/ Etablissements hospitaliers.....</i>	6
1.4 LE COMITE.....	7
<i>a/ La composition :</i>	7
<i>b/ Les réunions :</i>	9
1.5 LE BUREAU.....	11
<i>a/ La composition.....</i>	11
<i>b/ Les réunions.....</i>	11
II MOYENS DU COREVIH IDF EST.....	12
2.1 RESSOURCES HUMAINES PARTICIPANT AUX MISSIONS DU COREVIH.....	12
2.2 MOYENS MATERIELS MIS A DISPOSITION POUR LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH.....	14
III OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH IDF EST	16
3.1 LES OUTILS DE COMMUNICATION ET DE DIFFUSION DE L'INFORMATION.....	16
<i>a/ Identification des acteurs et constitution de mailings.....</i>	16
<i>b/ Site internet.....</i>	16
<i>c/ Brochure d'information.....</i>	17
3.2 L'OUTIL DE RECUEIL EPIDEMIOLOGIQUE : LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE E-NADIS ®.....	17
IV ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES 2009	21
A/ COMPARAISON DES FILES ACTIVES GLOBALES EN 2008 ET EN 2009	22
B/ PRESENTATION DE LA REPARTITION DES FILES ACTIVES PAR ETABLISSEMENT :	23
C/ ACTIVITE 2009 RELATIVE AUX UCSA.....	24
D/ PROPORTION DES FILES ACTIVES « VALIDEES » ET « DECLARATIVES » PAR ETABLISSEMENT :.....	25
4.2 ANALYSE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA FILE ACTIVE VALIDEE.....	26
A/ ANALYSE GLOBALE DE LA FILE ACTIVE 2009	26
<i>a/ Répartition par profil</i>	27
<i>b/ Répartition par type de VIH.....</i>	28
<i>c/ Répartition par sexe</i>	29
<i>d/ Répartition par âge.....</i>	30
<i>e/ Répartition par mode de contamination</i>	31
<i>f/ Répartition par stade de la maladie.....</i>	32
B/ ANALYSE SUR LES PATIENTS NOUVELLEMENT DEPISTES	33
<i>a/ Répartition par profil</i>	33
<i>b/ Répartition par type de VIH.....</i>	34
<i>c/ Répartition par sexe</i>	35
<i>d/ Répartition par tranche d'âge.....</i>	36
<i>e/ Répartition par mode de contamination</i>	38
<i>f/ Répartition par stade de la maladie.....</i>	39
<i>g/ Répartition par tranche de CD4.....</i>	40
<i>h/ Répartition par Charge Virale.....</i>	41
C/ ANALYSE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT	42
<i>a/ Répartition par tranche de CD4.....</i>	42
<i>b/ Répartition par Charge Virale.....</i>	43
<i>c/ Répartition par type de traitement ARV.....</i>	44
D/ ANALYSE SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT	45
<i>a/ Répartition par tranche de CD4.....</i>	45
<i>b/ Répartition par Charge Virale.....</i>	46
4.3 ANALYSE ENTRE LA FILE ACTIVE 2008 VALIDEE ET LA FILE ACTIVE 2009 VALIDEE	47
<i>A/ Comparaison sur l'analyse globale de la file active.....</i>	47
<i>a/ Répartition par sexe</i>	48
<i>b/ Répartition par âge.....</i>	48
<i>c/ Répartition par mode de contamination</i>	49
<i>B/ Comparaison sur les patients nouvellement dépistés.....</i>	50
<i>a/ Répartition par sexe</i>	50
<i>b/ Répartition par âge.....</i>	51

<i>c/ Répartition par mode de contamination</i>	51
4.4 DONNEES ISSUES DU PMSI DES DIFFERENTS HOPITAUX DU COREVIH-EST	52
<i>A/ Données relatives aux hospitalisations de plus de 24 heures</i>	52
<i>a/ Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par spécialité</i>	53
<i>b/ Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par principales pathologies</i>	54
<i>B/ Données relatives aux hospitalisations de jour (HDJ < 24 heures)</i>	55
<i>a/ Répartition des HDJ par établissement</i>	55
<i>b/ Répartition des HDJ par spécialité</i>	56
<i>C/ Comparaison entre des données PMSI de 2008 et de 2009</i>	57
<i>a/ Pour les hospitalisations complètes (> 24 heures)</i>	57
<i>b/ Pour les hospitalisation de jour (< 24 heures)</i>	58
V ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE	59
5.1 ACTIVITE GLOBALE DE RECHERCHE CLINIQUE	60
A/ COMPARAISON DU NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS EN 2008 ET 2009:	61
B/ ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE MENEES DANS LE CADRE DE L'ANRS:	62
<i>a / Essais</i>	62
<i>b/ Cohortes</i>	63
C/ ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE MENEES DANS UN AUTRE CADRE QUE CELUI DE L'ANRS:	64
<i>a / Essais</i>	64
<i>b/ Cohortes</i>	65
5.2 ANALYSE DETAILLEE DE LA RECHERCHE CLINIQUE	66
A/ ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE MENEES DANS LE CADRE DE L'ANRS:	66
<i>a/ Essais</i>	66
<i>b/ Cohortes</i>	67
B/ ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE MENEES DANS UN AUTRE CADRE QUE CELUI DE L'ANRS:	68
<i>a/ Essais</i>	68
<i>b / Cohortes</i>	69
VI LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH	70
6.1 COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL	70
<i>a/ Présentation générale des Commissions</i>	70
<i>b/ Présentation des Commissions par items :</i>	71
Commissions « Soins »	72
Commission Recherche Clinique	73
Commission « PSY COREVIH »	73
Commission « Addictions »	74
Commission « Dépistage »	75
Commission « Education Thérapeutique et Prévention » (ETP)	76
Commission « ARV et Pharmacovigilance »	78
Commission « Biologie »	80
Commission « Accès aux Soins et Précarité »	81
Commission « Migrants »	81
6.2 BILAN DU FONCTIONNEMENT DU COREVIH	83
<i>a/ Fonctionnement des instances du COREVIH</i>	83
<i>b/ Bilan des objectifs réalisés au 31 décembre 2009 par rapport 2008</i>	83
6.3 CONVENTIONS SIGNEES ENTRE ETABLISSEMENTS POUR L'ORGANISATION ET LES MOYENS	84
VII DIVERS EVENEMENTS ET MANIFESTATIONS	85
VIII DISCUSSION ET PERSPECTIVES	86
GLOSSAIRE	89
GLOSSAIRE DE RECHERCHE CLINIQUE	91
ANNEXE n° 1 : LISTE DES STRUCTURES HOSPITALIERES RATTACHEES AU COREVIH IDF EST	96
ANNEXE n° 2 : COURRIER DE LA DIRECTRICE DE LA DHOS DU 12 MARS 2009	97
RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE DEPLACEMENT DES REPRESENTANTS DES USAGERS INTERVENANTS AU SEIN DES INSTANCES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	97
ANNEXE n° 3 : PLAQUETTE DE PRESENTATION	100
ANNEXE n°4 : LETTRE DE MISSION RELATIVE A LA COMMISSION SOINS	102
ANNEXE n° 5 : LETTRE DE MISSION RELATIVE A LA COMMISSION RECHERCHE CLINIQUE	103
ANNEXE n° 6 : LETTRE DE MISSION RELATIVE A LA COMMISSION MIGRANTS	104
ANNEXE n°7 : COMPTE RENDU DE REUNION RELATIVE A L'ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE DU COREVIH IDF EST	105

I Identification du COREVIH IDF Est

1.1 Région administrative

Le COREVIH IDF Est est l'un des cinq COREVIH d'Ile-de-France.

1.2 Territoire de référence

Le territoire du COREVIH IDF Est a été défini par l'arrêté SANH0624149A du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.

Le COREVIH IDF Est a pour territoire de référence les 2^e, 3^e, 9^e et 10^e arrondissements de Paris, les départements de Seine et Marne (77), de l'Essonne (91), de la Seine-Saint-Denis (93), le territoire de santé 94-1 et le territoire de santé 95-2.

Le **territoire 94-1** comprend les communes suivantes : Ablon-sur-Seine, Créteil (Centre hospitalier intercommunal), Limeil-Brévannes, Mandres-les-Roses, Périgny, Valenton, Villecresnes, Villeneuve-le-Roi, Villeneuve-Saint-Georges.

Le **territoire 95-2** comprend les communes suivantes : Arnouville-lès-Gonesse, Attainville, Bellefontaine, Bonneuil en France, Bouqueval, Châtenay en France, Chaumontel, Chennevières-lès-Louvres, Ecoen, Epiais-lès-Louvres, Epinay-Champlâtreux, Ezanville, Fontenay-en-Parisis, Fosses, Garges-lès-Gonesse, Gonesse, Goussainville, Lassy, Louvres, Luzarches, Mareil-en-France, Marly-la-Ville, Le Mesnil-Aubry, Le Plessis-Gassot, Le Plessis-Luzarches, Puisieux-en-France, Roissy-en-France, Saint-Witz, Sarcelles, Survilliers, Thillay, Vaudherland, Vémars, Villeron, Villiers-le-Bel, Villiers-le-Sec.

1.4 Le Comité

a/ La composition :

La composition du Comité du COREVIH IDF Est a été fixée initialement par l'arrêté préfectoral n°2007-1937 du 15 novembre 2007.

L'arrêté n° 2009-1199 du 11 septembre 2009 a réactualisé la liste des membres. Malheureusement depuis sa publication, sur les 84 personnes nommées dont 30 titulaires et 54 suppléants, 14 sièges sont devenus caducs les personnes n'étant plus en fonction ou bien démissionnaires.

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

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

Titulaire : M. Christian Nicolas (Directeur adjoint, CHU St Louis)

1^{er} suppléant : M. Jean-Michel TOULOUSE (Directeur, CH Robert BALLANGER d'Aulnay) → caduc

2^{ème} suppléant : *

Titulaire : Mme Martine MOREL (Assistante sociale, CHI Villeneuve-St-George) → caduc

1^{er} suppléant : Mme Maryse GROMAT (Assistante sociale, Réseau VIH Créteil) → caduc

2^{ème} suppléant : Mme Cynthia ROMUD (Assistante sociale, CH Delafontaine St Denis) → caduc

Titulaire : Mme Michèle MACAUX, (Cadre infirmier, CHU St Louis)

1^{er} suppléant : Mme Jocelyne AOUATE (Infirmière, CH Delafontaine St Denis)

2^{ème} suppléant : Mme Bérénice STAEDEL (Infirmière, Réseau VIH Créteil)

Titulaire : Mme le Dr Véronique DUPERRIN (Pharmacien, CH Robert BALLANGER d'Aulnay)

1^{er} suppléant : M. le Dr Christophe PADOIN (Pharmacien, CHU Avicenne)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Hélène SAUVAGEON (Pharmacien, CHU St Louis)

Titulaire : M. le Pr François SIMON (Virologue, CHU St Louis)

1^{er} suppléant : Mme le Dr Claire MALBRUNOT (Virologue, CH Sud Francilien)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Chantal CHAPLAIN (Virologue, CH Delafontaine St Denis)

Titulaire : Mme Patricia HONORE (TEC, CHU Avicenne)

1^{er} suppléant : M. Jean-Dominique MAGNIER (TEC, GHU Lariboisière/ F. Widal)

2^{ème} suppléant : M. Laurent RICHIER (TEC, CHI Créteil + CHI Villeneuve St George + CH Juvisy)

Titulaire : Mme le Dr Roser CEINOS (Psychiatre, CHI Le Raincy/Montfermeil)

1^{er} suppléant : Mme Josiane PHALIP (Psychologue, CH Delafontaine St Denis)

2^{ème} suppléant : Mme Annie ETCHEVARRIA (Infirmière psy, CH Delafontaine St Denis) → caduc

Titulaire : M. le Pr Willy ROZENBAUM (CHU St Louis)

1^{er} suppléant : M. le Pr Jean-Michel MOLINA (CHU St Louis)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Marie-Aude KHUONG-JOSSES (CH Delafontaine St Denis)

Titulaire : M. le Dr Alain DEVIDAS (CH Sud Francilien)

1^{er} suppléant : M. le Dr Olivier PATEY (CHI Villeneuve-St-George)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Valérie GARRAIT (CHI Créteil)

Titulaire : Mme le Dr Michèle BENTATA (CHU Avicenne) → caduc

1^{er} suppléant : M. le Dr Yvon LEMERCIER (CH Longjumeau)

2^{ème} suppléant : M. le Dr Jean-Luc DELASSUS (CH Robert BALLANGER d'Aulnay)

Titulaire : M. le Dr Moudji KHANFAR (CH Sud Francilien) → caduc

1^{er} suppléant : M. le Dr Eric LACHASSINE (CHU Jean Verdier)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Catherine LHERMITTE-CAHUZAC (GHU Lariboisière/F. Widal)

Titulaire : M. le Dr Hervé BIDEAULT (CM de Bligny) → caduc

1^{er} suppléant : Mme le Dr Elise KLEMENT (CM de Bligny)

2^{ème} suppléant : Mme Ruth GUEIDAN-ZENOU (psychologue, CM Bligny) → caduc

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

Titulaire : M. le Dr Bernard ELGHOZI (Réseau VIH, Créteil)

1^{er} suppléant : M. le Dr Eric FROGUEL (Réseau l'AVIH 77, Torcy)

2^{ème} suppléant : M le Dr Bernard CARDON (Médecin généraliste, Paris)

Titulaire : Mme le Dr Nadine LAZIMI (Réseau Paris Nord, Paris)

1^{er} suppléant : Mme Murièle CONORT (Association La Marmite, Bondy)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Sophie CAPUS (Réseau 93 Centre, Pantin)

Titulaire : Mme le Dr Catherine MARTHE-ROSE (Conseil Général de l'Essonne, Direction des solidarités, Service des actions de santé, Evry)

1^{er} suppléant : Mme le Dr Brigitte HILLION (CDAG, CH Lagny)

2^{ème} suppléant : M. le Dr Eric VANDEMEULEBROUCKE (CDAG, CH Gonesse)

Titulaire : Mme Odile VITTE (CSST APS Contact, Provins)

1^{er} suppléant : M. Salah ASLOUDJ (CAARUD, Juvisy)

2^{ème} suppléant : M. Aymeric REYRE (CSST Boucebci, Avicenne)

Titulaire : Mme Sylvie RAY (Directrice ACT Association Siloé, Paris) → caduc

1^{er} suppléant : Mme Laurence MALAGANNE (ACT Paris Est)

2^{ème} suppléant : Mme Sophie LASCOMBE (ACT Paris Sud)

Titulaire : Mme Maria ANDREOS (Directrice ACT Diagonale 91, Juvisy S/ Orge)

1^{er} suppléant : Mme Marie-Hélène LE NEDIC (Directrice adjointe ACT Emmaüs Alternatives, Montreuil) → caduc

2^{ème} suppléant : M. Gérard PLACET (Chef de service ACT la rose des vents, Meaux)

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

Titulaire : M. Alain BONNINEAU (Aides 93)

1^{er} suppléant : M. Reda SADKI (Comité des familles porté par Actif Santé)

2^{ème} suppléant : Mme Leelou NOUAILLE (Aides 77)

Titulaire : M. Etienne MATTER (ASUD présenté par l'UNALS)

1^{er} suppléant : Mme Aminata SISSOKO (Comité des familles porté par Actif Santé)

2^{ème} suppléant : Mme Annie JACQ (Aides 93)

Titulaire : M. José SONGA (Bondeko)

1^{er} suppléant : M. Frédéric NAVARRO (Act up Paris)

2^{ème} suppléant : M. Antoine POPOT (Act up Paris)

Titulaire : M. Bernard BASSAMA (Chrétiens et Sida)

1^{er} suppléant : Mme Michèle SIZORN (SOS Hépatites)

2^{ème} suppléant : Mme Gaëlle MEUNIER (Comité des familles porté par Actif Santé)

Titulaire : Mme Camille CABRAL (PASTT)

1^{er} suppléant : Mme Yessenia SANCHEZ RONDOI (PASTT)

2^{ème} suppléant : *

Titulaire : Mme Jacqueline DHIEUX (Solidarités Enfants Sida)

1^{er} suppléant : Mme Yvette BERTHOLOM (Solidarités Enfants Sida)

2^{ème} suppléant : *

Collège 4 : Des personnalités qualifiées

Titulaire : Mme le Pr Nicole CIRARU-VIGNERON ((GHU Lariboisière/F. Vidal)

1^{er} suppléant : Mme le Dr Isabelle BURESI (CHI Villeneuve-St-George)

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Rose NGUYEN (CH Sud Francilien)

Titulaire : M. le Pr Michel BEAUGRAND (CHU Jean Verdier)

1^{er} suppléant : M. le Dr Jacques DENIS (CH Sud Francilien) → caduc

2^{ème} suppléant : Mme le Dr Hélène LABADIE (CH Delafontaine St Denis)

Titulaire : M. le Dr Jean-Luc BOUSSARD (UCSA, centre de détention de Melun, CH de Melun)

1^{er} suppléant : M. le Dr Ludovic LEVASSEUR (UCSA, maison d'arrêt de Villepinte, CH d'Aulnay)

2^{ème} suppléant : M. le Dr Abdelhamid SMAIL (UCSA, maison d'arrêt de Meaux- Chauconin, CH Meaux)

Titulaire : M. Philippe PASCOT (Association Elus locaux contre le Sida)

1^{er} suppléant : M. le Dr Arame M'BODJE (Association Sida Info Service)

2^{ème} suppléant : *

Titulaire : M. Antonio UGIDOS (CRIPS IDF)

1^{er} suppléant : *

2^{ème} suppléant : *

Titulaire : M. le Dr Marc SHELLY (Association Arémédia) → caduc

1^{er} suppléant : M. le Dr Didier TROISVALLETS (CH Gonesse)

2^{ème} suppléant : M. Eric FLEUTELOT (Sidaction) → caduc

b/ Les réunions :

Conformément à la législation en vigueur trois séances plénières ont eu lieu au cours de l'année 2009.

Il faut rappeler que le Bureau a tenu à ouvrir largement les réunions plénières du Comité en permettant aux titulaires ainsi qu'à leurs suppléants d'assister ensemble à ces rencontres. Ce choix, affiché dans le règlement intérieur (point 4 de l'article 6), a d'ailleurs été approuvé par le Comité lors de l'adoption dudit règlement en 2008.

Cette décision a été motivée par le fait que chaque réunion plénière permet de transmettre aux membres des informations et actualités relatives aux COREVIH ou plus généralement à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et de faire un bilan sur le fonctionnement du COREVIH IDF Est (actions entreprises, moyens attribués...). On constate un taux de présence modéré lors de ces réunions (16 à 23 personnes) pour lesquelles le quorum fixé à 16.

Lors de la **première réunion** annuelle qui s'est déroulée le **30 mars 2009**, les 23 membres présents ont eu à débattre des points suivants :

- Mouvement des membres suite au nouvel arrêté préfectoral
- Les moyens du COREVIH :
 - Relatifs aux effectifs
 - Relatif au budget de fonctionnement
- Point sur le fonctionnement du site Internet
- Présentation des données épidémiologiques 2008 du COREVIH
- Etat des lieux du déploiement e-Nadis®
- Restitution des travaux des commissions suivantes:
 - Commission ARV et Pharmacovigilance
 - Commission Education Thérapeutique et prévention
 - Commission Psy et VIH
 - Commission Dépistage

La **deuxième réunion** à laquelle ont participé 18 membres, et qui s'est déroulée le **29 juin**, a principalement été consacrée aux items suivants :

- Résumé de la réunion du Comité de suivi national des COREVIH abordant la problématique des budgets ainsi que la synthèse des 20 rapports d'activité des COREVIH (6 n'ayant pas transmis leur rapport)
- Remise du rapport d'activité 2008
- Les moyens du COREVIH :
 - Le personnel
 - Approbation du budget de fonctionnement prévisionnel 2009
- Présentation des projets et travaux des commissions suivantes:
 - Commission Psy
 - Commission Biologie
 - Commission Addiction
 - Commission Précarité
 - Commission Dépistage
- Présentation de la Boîte à Outils (BAO) d'aide à la mise en place des COREVIH portée par la SFLS et soutenue par le Sidaction
- Présentation de DOCUVIR

Conformément à la réglementation, la **troisième réunion** qui a eu lieu le **14 décembre** a réuni les personnes représentant les tutelles (DRASSIF, DASS) ainsi que 17 membres. L'ordre du jour était le suivant:

- Election d'un nouveau membre du bureau (faute de candidature et de quorum au moment du vote l'élection a du être reportée)
- Présentation des actualités COREVIH par le représentant de la DRASS IDF
- Bilan sur le déploiement NADIS
- Résultat du sondage « Evénement COREVIH » afin de connaître les disponibilités et les thèmes préférentiels à aborder
- Présentation des projets ou avancées des commissions de travail
 - Nouvelles orientations de la commission Soins
 - Sous-commission « Femmes et VIH »
 - Synthèse régionale de la prise en charge en SSR
 - Point d'information sur le 1^{er} atelier Psy du COREVIH
 - Point d'information sur la réunion d'information sur le projet ETP
- Annonce de la journée Inter-COREVIH le 21 janvier 2010

1.5 Le Bureau

a/ La composition

En 2009, la composition du Bureau est restée telle que définie par les élections qui ont eu lieu le jour de la réunion constitutive du 3 décembre 2007.

Les neuf membres du bureau sont:

- ✓ Président : M. le Pr Willy ROZENBAUM, service maladies infectieuses CHU St Louis et Président du Conseil National du Sida (CNS) ; **collège 1**
- ✓ Vice-président : M. Alain BONNINEAU, Aides 93 ; **collège 3**
- ✓ Mme Maria ANDREOS : Directrice ACT Diagonale (91) et Vice-présidente de la Fédération Nationale d'Hébergement VIH et autres pathologies (FNHVIH) ; **collège 2**
- ✓ Bernard BASSAMA, administrateur Chrétiens et Sida ; **collège 3**
- ✓ Dr Hervé BIDEAULT, service de SSR du Centre médical de Bligny ; **collège 1**
- ✓ Pr Nicole CIRARU-VIGNERON, service Gynécologie obstétrique du CHU Lariboisière F. Widal ; **collège 4**
- ✓ Dr Alain DEVIDAS, service d'hématologie du Centre Hospitalier Sud Francilien ; **collège 1**
- ✓ Patricia HONORE, Technicienne d'Etudes Cliniques au CHU Avicenne ; **collège 1**
- ✓ Christian NICOLAS, Directeur Adjoint du CHU St Louis ; **collège 1**

b/ Les réunions

Le bureau s'est réuni à raison de dix fois en 2009, comme le prévoit le règlement intérieur du COREVIH IDF Est dans son article 6.2.

Parmi ces dix réunions, à quatre reprises le quorum fixé à cinq membres par l'article suscitée n'a pas été atteint.

A l'occasion de ces réunions, les membres ont eu à aborder notamment les points suivants :

- préparation des séances plénières du Comité
- validation du formulaire consentement NADIS et du processus d'exploitation et d'accès aux données NADIS
- rencontre des pilotes des commissions en « difficultés » ou « en stand by » pour élaboration d'une feuille de route
- informations régulières sur le budget (personnel et fonctionnement)
- information sur les regroupements hospitaliers
- élaboration d'une plaquette COREVIH IDF Est
- organisation de la journée inter-COREVIH sur la région IDF
- relecture du rapport d'activité 2008

II Moyens du COREVIH IDF Est

2.1 Ressources humaines participant aux missions du COREVIH

		ETAT DES LIEUX DU PERSONNEL DU COREVIH IDF EST AU 31/12/2009						
		Emplois Budgétés	Effectifs rémunérés au 31/12/2009	Fonction	Rattachement administratif	Affectation	Remarques	
AP-HP	Etablissement Siège	1	1	Coordinatrice	COREVIH	COREVIH		
		1	1	Secrétaire	COREVIH	COREVIH		
		1	1	TEC ==> Chargé régionalisation recueil épidémiologique + déploiement NADIS	COREVIH	COREVIH		
		1	0	Biosat	COREVIH	COREVIH	embauche en janvier 2010	
		1	1	TEC	COREVIH	St Louis		
		1	1	TEC	COREVIH	St Louis		
		1	1	TEC	COREVIH	St Louis	embauche le 1/09/2010	
		1	1	TEC	COREVIH	Aulnay/Gonesse	création de poste 01/04/2009 convention mise à disposition	
		1	1	TEC	COREVIH	Montreuil/Montfermeil	création de poste le 17/04/2009 convention mise à disposition	
		1	1	TEC	COREVIH	Lagny, Meaux/Provins, Coulommiers	création de poste le 01/11/2009 convention de mise à disposition	
		1	1	TEC	COREVIH	Jean Verdier	transfert de gestion au 01/09/09	
		1	1	TEC	Lariboisière	Lariboisière		
	1	1	TEC	Lariboisière	Lariboisière			
	1	1	TEC	Avicenne	Avicenne			
	1,0	0						
	0,5	0						
	0,5	0	Secrétaire	Jean Verdier	*	A récupérer		
	Total AP-HP		16	13				
	Hors AP-HP		1	1	TEC	St Denis Delafontaine	St Denis Delafontaine	voir transfert de gestion avec ARH
1			1	TEC	Sud Francilien	Sud Francilien + Longjumeau + Arpajon + Etampes + Dourdan	voir transfert de gestion avec ARH	
1			1	TEC	Sud Francilien	Bligny + Nemours + Montereau + Fontainebleau + Melun	voir transfert de gestion avec ARH	
1			1	TEC	Sud Francilien	Créteil + Villeneuve St George + Juvisy	voir transfert de gestion avec ARH	
1			0,8	coordo ex-CISIH	Sud Francilien	Sud Francilien	voir transfert de gestion avec ARH	
Total hors AP-HP		5	4,8					
TOTAL MIG + DC 1 093 694 € (MIG 978 394 € + DC 115 300 €)		21,0	17,8	Commentaires: Fin 2009, la totalité des établissements du COREVIH étaient dotés de TEC				

DC = Dotation complémentaire

Fin 2008, 15 emplois étaient pourvus par 14,8 ETP (Equivalent Temps Plein) sur les 18 emplois notifiés. Parmi les 15 emplois pourvus, figuraient 12 postes de Techniciens d'Etudes Cliniques (TEC) qui couvraient 21 hôpitaux sur les 26 centres du COREVIH suivant des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les centres d'Orsay et de Ville-Evrard ne suivant pas de PVVIH.

L'année 2009 a donné lieu à des mouvements de personnel : 1 départ suite à un non renouvellement de CDD et 4 recrutements. Parmi ces derniers, 3 postes de TEC ont été créés ce qui a permis de doter la totalité des établissements du COREVIH suivant des PVVIH en Techniciens d'Etudes Cliniques le quatrième étant un changement de service.

Ces nouveaux recrutés, pour lesquels des conventions de mise à disposition inter-hospitalières ont été passées, ont deux missions principales:

- ✓ déployer le dossier informatisé e-Nadis® sur les sites qui n'en étaient pas équipés et de saisir dans la base de données les antériorités relatives aux patients
- ✓ permettre d'initier ou de renforcer l'activité de recherche clinique

Afin de faciliter leur prise de fonction, un parcours de formation-intégration a été mis au point. Celui-ci est personnalisé selon leur parcours professionnel et leurs connaissances acquises antérieurement. Ainsi, avant leur prise de poste, les TEC viennent passer quelques semaines sur l'hôpital siège et suivent des professionnels qui leur permettent de repartir avec un socle de connaissances relatives aux 3 points suivants :

1. connaissances cliniques liées au VIH
2. connaissances en recherche clinique
3. connaissances informatiques (DMI2/ e-Nadis®...)

Ces créations de postes ont été faites grâce aux moyens nouveaux alloués pour la création des COREVIH, sous forme de crédits dédiés MIG (Missions d'Intérêt Général). Toutefois, malgré le versement des crédits à l'AP-HP et aux établissements sièges, les procédures de recrutement sont longues et difficiles à mener notamment compte tenu du fait que le déplafonnement spécifique de ces emplois n'est pas effectif.

De plus, il faut noter que l'éclatement de la gestion des personnels (au sein de l'AP-HP et hors AP-HP) complique la gestion. Faute de centralisation des moyens, nous ne sommes pas en mesure de rendre compte des dépenses de personnels. Seule une présentation exprimée en Equivalent Temps Plein (ETP) est possible.

Il était préconisé, afin de faciliter la gestion et la lisibilité comptable, de transférer à l'hôpital St Louis les 9 emplois existants qui n'étaient pas gérés par l'établissement siège.

Or, au cours de l'année 2009, la gestion d'un seul poste de TEC exerçant initialement dans un hôpital de l'AP-HP a été transféré vers l'hôpital siège. Les autres transferts des postes AP-HP devraient intervenir l'année prochaine et pour certains se faire naturellement avec la mise en place des Groupes Hospitaliers.

Les nombreuses tentatives auprès des tutelles pour rapatrier les crédits et les emplois hors AP-HP vers l'établissement Siège ont été vaines. Il y a donc de fortes attentes pour avancer sur ce sujet avec la mise en place de l'Agence Régionale de Santé (ARS cf loi HPST) qui interviendra au cours du 1^{er} trimestre 2010.

Enfin, le demi poste de secrétaire médicale vacant et budgété à Jean Verdier, au titre de l'ancien CISIH 93, n'a toujours pas été récupéré ; des démarches vont être amorcées en ce sens en début d'année prochaine.

Ainsi au total, au 31 décembre 2009, 17.8 postes dont 15 TEC étaient pourvus sur les 20.5 emplois budgétés. Avec la récupération du demi-poste de Jean Verdier, il resterait donc 3 postes vacants à pourvoir.

D'autres mouvements sont à prévoir. En effet, parmi les postes vacants, un poste de biostatisticienne a été créé début 2010 afin de procéder à l'exploitation de la base de données patients e-Nadis®. De plus, il semble souhaitable de renforcer le sud de l'Essonne et de la Seine et Marne avec la création d'un poste supplémentaire de TEC.

2.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH

Le COREVIH IDF Est s'est vu allouer au titre de l'année 2009 un budget de fonctionnement de **108 710 €**.

Initialement, l'enveloppe de 91 304 € de 2008 avait été reconduite en 2009. C'est donc sur cette base que le budget prévisionnel figurant ci-dessous a été présenté puis validé par les membres du Comité lors de la séance plénière du 29 juin 2009.

Cette somme de 91 304 € a ensuite été abondée de 17 406 € récupérés suite aux transferts des crédits de fonctionnement des anciens hôpitaux CISIH vers l'établissement siège.

Ce budget est essentiellement dédié aux dépenses de fonctionnement relevant du titre 3. Néanmoins, une note en date du 22 avril 2008 émanant de la Direction des Finances (DF) et de la Direction de la Politique Médicale (DPM) de l'AP-HP précise à la fin du 3^{ème} alinéa « Par ailleurs, il est rappelé que les crédits fléchés COREVIH ne correspondent pas à des opérations d'investissement. Toutes demandes relatives aux travaux, équipements et/ou informatiques, devront être prises sur les crédits d'investissement de l'hôpital concerné (hôpital siège)».

Au cours de la validation du budget, lors de la séance plénière du 29 juin 2009, il avait été acté, compte tenu des charges importantes liées à la phase de déploiement de Nadis, que la Direction des Finances de l'hôpital Siège fasse un geste exceptionnel, afin de ne pas entraver le fonctionnement du COREVIH, en réduisant les frais liés aux charges communes de 50 % qui représentaient un montant de 12 750 €. La récupération des 17 406 € a rendu caduc cet engagement dans la mesure où le COREVIH disposait alors des crédits suffisants pour mener à bien ses différents projets.

Concernant le remboursement des frais de déplacement des représentants des usagers (membres du collège 3), la Directrice de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS), Mme Annie Podeur, a adressé un courrier en date du 12 mars 2009 aux Directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH futures ARS) **annexe n°2**. Cette note rappelle la réglementation en vigueur relative aux instances hospitalières dans lesquelles la présence de représentants des usagers est requise.

A ce titre sont cités les conseils d'administration, les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) puis les autres instances. Pour ces dernières, dans lesquelles on peut légitimement inclure les COREVIH, il est précisé « je ne peux qu'inciter fortement tous les établissements quel que soit leur statut, à rembourser les frais de transport des usagers qui apportent leurs concours aux établissements ».

Sont présentés ci-dessous le budget prévisionnel validé en séance plénière ainsi que le suivi des dépenses constatées pour l'année 2009.

On constate que 66 % du budget de fonctionnement a été utilisé au cours de l'année.

Avec le déploiement progressif du Nouveau Système d'Information (NSI) au sein de l'AP-HP, il est probable qu'une partie des dépenses du COREVIH n'aient pas été imputées sur son budget et que les dépenses soient légèrement plus élevées. De plus, il faut rappeler que le COREVIH ne peut prendre en charge que les dépenses liées aux personnels qu'il gère directement.

	Dépenses 2008	Budget 2009	Dépenses 2009	Ecart Budget/Dépenses en €	Ecart Budget/Dépenses en %
Formation continue des personnels <i>(le reste est compris ds les CC ds le cadre du plan de formation AP-HP)</i>	730	3 000	880	2 120	29
Remboursement frais mission	304	2 000	100	1 900	5
Indemnités d'enseignement (organisation de formations)	0	1 500	0	1 500	0
Produits d'entretien divers	7	100	24	76	24
Petit matériel hôtelier	7	200		200	0
Fournitures bureau	2 925	3 500	752	2 748	21
Fournitures informatique	412	1 000	0	1 000	0
Imprimés hors informatique	822	1 500	336	1 164	22
Affranchissement	117	800	1 035	-235	129
Téléphonie	?	800	cc	800	cc
Maintenance diverse appareils	18	300	74	226	25
Brochures, dépliants		3 000	385	2 615	13
Achats de livres		300	0	300	0
Aliments, boissons		1 000	41	959	4
Frais de missions divers	13	3 000	0	3 000	0
Location salle		5 000	0	5 000	0
Nadis	32 995	51 500	46 214	5 286	90
Charges indirectes (services administratifs)	6 600	3 300	6 600	-3 300	200
Charges indirectes (services administratifs liés aux personnels)	7 800	4 000	4 000	0	100
Charges indirectes (à caractère hôtelier: eau, énergie, sécurité, services techniques et hôteliers)	6 100	3 000	6 100	-3 100	203
Charges indirectes (services centraux AP-HP)	5 000	2 500	5 000	-2 500	200
Total des dépenses	63 850	91 300	71 541	*	
Budget Alloué	91 304	91 304	108 710	*	
Différentiel	27 454	4	37 169	*	66

III Outils développés par le COREVIH IDF Est

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

3.1 Les outils de communication et de diffusion de l'information

a/ Identification des acteurs et constitution de mailings

Dès la création du COREVIH un travail fastidieux a été opéré afin d'identifier les différentes structures et acteurs rattachés au COREVIH IDF Est.

Malheureusement la structure a connu des difficultés de fonctionnement au niveau du secrétariat et les divers listings et mailings créés ne sont pas encore exhaustifs et non mis à jour.

b/ Site internet

Un site internet, www.corevihest.fr, a été opérationnel dès le mois de juin 2008 afin de répondre aux missions de coordination imparties au COREVIH.

La majorité des informations et documents relatifs au COREVIH sont disponibles sur le site internet (comptes rendus de réunions, textes réglementaires, dates de réunions...).

Les statistiques 2009 relatives au site du COREVIH EST, présentées ci-dessous, attestent de l'intérêt et l'utilité de cet outil. Néanmoins, toutes les fonctionnalités ne sont pas exploitées. Ainsi, les « forums », notamment dans le cadre des Commissions de travail et la « News Letter », mériteraient d'être activés en 2010.

- ✓ Nombre de pages vues : 10 810 (moyenne = 30 pages vues / jour, pic de consultation = 288 pages vues le 03 mars, veille d'une séance plénière)
- ✓ Nombre de visiteurs : 2 280 (moyenne = 6.25 visiteurs / jour, pic de consultation = 23 visiteurs le 3 novembre)

- Evolution des visites dans le temps : pas de progression notable, le rythme est cyclique (beaucoup de visites en début de semaine, entre le lundi et le mercredi, puis tassement net avant le début de la semaine suivante). Ce cycle est assez bien réparti sur la période concernée (soit environ 11 semaines correspondant à environ 11 cycles « 3 jours de visites, 4 jours de calme »). Il y a une fréquentation plus saisonnière, légèrement plus active en « début » de printemps (mars-avril) deux pics isolés au cœur de l'été, puis une nouvelle activité sur la période de « reprise », soit septembre-octobre

- Temps moyen de navigation par visite : 5'51 minutes.

- Accès au site : L'accès au site se partage principalement entre l'accès par moteur de recherche et l'accès direct au site. A noter que les deux méthodes d'accès direct sont maintenant déséquilibrées, avec une grosse majorité de gens ayant ajouté le site à leurs favoris et non plus seulement redirigé vers le site par l'intermédiaire de liens externes.

Le gros des accès par lien externe est fourni par les liens présents sur le site de la SFLS. On trouve ensuite des liens cliqués dans des outils de consultation de mail à distance mais aussi des sites « annuaires » (123people, yougoo, babylon...).

Pour résumer ce point, 58 % d'accès par moteur de recherche, 41 % d'accès direct au site (dont 85 % nous ont directement ajouté à leurs favoris)... bonne fidélisation des internautes.

En ce qui concerne les moteurs de recherche, le principal référent, avec 89 %, est Google. Le moteur de recherche de Microsoft monte tranquillement en puissance et référence bien le site, ce qui est à confirmer l'année prochaine. Les mots clés utilisés dans ces moteurs de recherche sont les suivants :

- ✓ toutes combinaisons autour de COREVIH (IDF, Est, Paris, Centre, etc...) : **58 %**
- ✓ noms propres de personnes associées aux COREVIH Est IDF (Willy ROZENBAUM, Sophie CAUSSE,...) : **17 %**
- ✓ le reste se partage entre une large gamme de termes associés au VIH et à sa prise en charge (dépistage, SIDA, VIH, ...)

- Horaires de consultation du site : une grosse majorité des visites sur le site a lieu durant la journée, aux horaires ouvrables, soit de 9h à 18h. Ceci semble indiquer que le site est majoritairement consulté par des professionnels dans le cadre de leur travail (contrairement à une large majorité de sites à thème médical consulté massivement par des patients en horaires creux.

c/ Brochure d'information

Au cours de l'année, une plaquette d'information (**annexe n° 3**) a été élaborée et éditée en 2000 exemplaires. Celle-ci a pour but de présenter la structure et son fonctionnement.

Afin de mieux faire connaître les actions du COREVIH, il semble souhaitable de mettre en place un bulletin d'information qui pourrait dans un premier temps être une parution semestrielle.

3.2 L'outil de recueil épidémiologique : le dossier patient informatisé E-Nadis®

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

Ces données apparaissant dans le rapport annuel d'activité constitueront un des critères majeurs dans l'affectation des moyens alloués aux COREVIH.

Compte tenu de la taille du territoire, de l'hétérogénéité des situations constatées concernant ce recueil épidémiologique (cf infra) et de l'impossibilité de déployer le DMI2 (base nationale recueillant les données hospitalières françaises sur l'infection par le VIH, gérée par l'INSERM) dans les établissements qui n'en étaient pas pourvus, le COREVIH devait trouver une solution.

A cette fin, le COREVIH IDF Est a contractualisé avec la société FEDIALIS MEDICA qui a développé le logiciel E-NADIS®. Cet outil d'usage médical et de recueil des données épidémiologiques va être déployé sur l'ensemble de son territoire.

Nadis® est un dossier médical de spécialité conçu par des professionnels de santé pour répondre aux exigences du suivi des patients VIH/VHC/VHB & AES.

Cet outil permet, par ailleurs, la migration des données saisies dans NADIS® vers le DMI2 (futur DOMEVIH), transfert qu'il faut impérativement effectuer semestriellement afin d'abonder les données de l'INSERM.

Compte tenu de tous ces impératifs, le COREVIH avait pour objectif de déployer progressivement ce logiciel sur l'ensemble des hôpitaux rattachés au COREVIH IDF Est.

L'idée étant de mettre en commun cette base de données pour tendre vers une régionalisation de celle-ci. Ainsi, la base de données NADIS® est exploitable via un système de requêtes, Nadis Eval', qui permet de procéder à un contrôle qualité :

- ✓ au niveau du service / hôpital utilisateur et détenteur du dossier médical.
- ✓ au niveau régional notamment par la réalisation du rapport d'activité annuel du COREVIH IDF Est sur la base duquel une partie des moyens alloués seront calculés.

L'exploitation et la diffusion des données via l'outil NADIS® sont faits en accord avec les services utilisateurs concernés.

Le COREVIH IDF Est avait à cœur que l'utilisation de ce logiciel soit conditionnée par des garanties de sécurité et de confidentialité optimales :

- ✓ Le consentement éclairé préalable du patient pour que les données soient saisies dans la base.
- ✓ La déclaration auprès de la CNIL de chaque site utilisateur.
- ✓ Seules les personnes intervenant dans la prise en charge des patients et tenues au secret professionnel (médecin, TEC, assistantes sociales, secrétaires...) amenées à saisir dans NADIS® se verront habilitées et attribuées un code personnel.
- ✓ Les données sont hébergées par un prestataire extérieur, SNR, spécialisé dans l'hébergement des données médicales.

Compte tenu de tous ces impératifs, le COREVIH avait pour objectif de déployer progressivement ce logiciel sur l'ensemble des hôpitaux rattachés au COREVIH IDF Est. A cette fin, un poste de TEC chargé du déploiement de la solution e-Nadis® et de la régionalisation du recueil épidémiologique a été créé.

Au total 26 établissements, soit 30 services, étaient à équiper.

En 2009, l'état du déploiement de la solution E-Nadis® est le suivant :

- ✓ 25 services sur 30 services sont équipés de la solution E-Nadis®
- ✓ 2 services sont en cours de négociation pour ce déploiement
- ✓ 3 services ne souhaitent pas utiliser cette solution pour l'instant

Le déploiement de ce dossier patient au sein des sites rattachés au COREVIH s'est également accompagné d'une extension dans des services hospitaliers spécialisés comme les pharmacies, les laboratoires de virologie, les services de maternité et gynécologie afin d'optimiser la prise en charge globale des PVVIH.

Ce recueil informatisé mériterait également d'être installé au sein des UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires), entités situées en milieu carcéral, chargées des soins aux personnes détenues.

Il faut toutefois rappeler qu'à terme, les enveloppes MIG finançant les COREVIH seront principalement calculées sur la base des données envoyées à l'INSERM via le DMI2 futur DOMEVIH.

La situation du COREVIH IDF Est prête à se poser quelques interrogations.

En effet, à la création du COREVIH la situation du recueil était la suivante :

- 9 services équipés du DMI2 dont 3 équipés également de Nadis
- 2 services équipés seulement de Nadis
- 11 services dont le recueil se fait via un fichier excel
- 8 services sans recueil

Fin 2009, la situation est la suivante:

- 11 services déjà dotés de E-Nadis® totalement fonctionnel dont 5 disposant également du DMI2
- 4 services dotés uniquement du DMI2
- 7 services exploités par un fichier Excel
- 8 services n'ont que des données partielles sur la base E-Nadis®, la mise en place du logiciel ayant eu lieu au cours de l'année; ce qui explique que le reste de la file active soit déclarative

Or, l'envoi des données à l'INSERM n'est pas sans poser de difficultés, notamment pour effectuer l'envoi de e-Nadis® vers le DMI2. En effet, fin 2009, seuls 5 services sur 9 ont réussi à procéder à cet envoi.

Deux cas de figure vont se poser :

- L'envoi des données par les centres historiquement dotés du DMI2 qui sont ou non équipés de e-Nadis
- L'envoi des données par les centres disposant de e-Nadis® mais pas du DMI2.

Compte tenu des enjeux importants, à savoir les moyens alloués au COREVIH IDF Est, ces différents contextes devront être considérés par les tutelles lors du déploiement du DOMEVIH.

En effet, fort de l'expérience de quelques sites, il s'avère que cet envoi est fastidieux, chronophage et requiert des compétences informatiques.

Il est donc vivement souhaitable que l'INSERM et l'ATIH prévoient non seulement des formations mais aussi du « temps » de technicien pour assister les TEC dans le bon déroulement de ces passerelles.

Le tableau ci-dessous présente l'état des lieux 2009 de l'installation par établissement :

ETAT DES LIEUX DE L'INSTALLATION DE NADIS EN 2009	
CENTRES	REMARQUES
ARPAJON	INSTALLATION EN COURS
AULNAY	E-NADIS
AVICENNE MALADIES INFECTIEUSES	E-NADIS
AVICENNE MEDECINE INTERNE	E-NADIS
BLIGNY	E-NADIS
CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN	E-NADIS
COULOMMIERS	E-NADIS
CRETEIL	E-NADIS
DOURDAN	RV POUR INSTALLATION MAI 2010
ETAMPES	RV POUR INSTALLATION MAI 2010
FONTAINEBLEAU	E-NADIS
GONESSE EMILE RAIN	E-NADIS
JEAN VERDIER	DMI 2 pas installation NADIS prévue
JUVISY	pas de cablage internet - installation difficile
LAGNY SUR MARNE	E-NADIS
LARIBOISIERE	INSTALLATION EN COURS
LONGJUMEAU	E-NADIS
MEAUX / PROVINS	E-NADIS
MELUN	E-NADIS difficultés pour l'installation
MONTEREAU	E-NADIS difficultés pour l'installation
MONTFERMEIL	E-NADIS
MONTREUIL	E-NADIS
NEMOURS	E-NADIS difficultés pour l'installation
SAINT DENIS	DMI 2 pas installation NADIS prévue
SAINT LOUIS IMMUNO	E-NADIS non fonctionnel
SAINT LOUIS MST	E-NADIS
SAINT LOUIS MEDECINE INTERNE	E-NADIS
SAINT LOUIS MIT	E-NADIS
VILLENEUVE ST GEORGES	E-NADIS

IV Analyse des données médico-épidémiologiques 2009

Comme cela a été évoqué ci-dessus, le COREVIH IDF Est connaît des systèmes de recueil épidémiologique différents. Un travail de mise en cohérence a été mené avec l'ensemble des TEC du COREVIH pour tenir compte des contextes locaux.

Fin 2009, la situation est la suivante:

- ✓ 11 services déjà dotés de E-Nadis® totalement fonctionnel
- ✓ 4 services dotés du DMI2
- ✓ 7 services exploités par un fichier Excel
- ✓ 8 services n'ont que des données partielles sur la base E-Nadis®, la mise en place du logiciel ayant eu lieu au cours de l'année; ce qui explique que le reste de la file active soit déclarative

La file active « validée » correspond aux données vérifiées et vérifiables, car obtenues via un système informatisé tels que le DMI2, NADIS ou Excel.

Pour les autres hôpitaux la **file active** est dite « **déclarée ou déclarative** » ce qui correspond aux données communiquées par les établissements sans qu'il y ait de suivi informatisé global.

Sous le terme file active, il faut comprendre le nombre de patients vus au moins une fois entre le 01/01/2009 et le 31/12/2009

La méthodologie empruntée pour faire ce recueil épidémiologique a été la suivante :

Dans un premier temps, il a été opéré un travail sur la terminologie des données à recueillir afin que celles-ci corroborent notamment en vue de leur compilation à l'échelle du COREVIH. Le fichier de recueil des données 2009, reprend le modèle validé par les membres du Comité pour l'année 2008. Toutefois, il est plus complet et la présentation a pu être légèrement modifiée afin de répondre aux demandes de la DRASS IDF qui a souhaité une homogénéité, pour les 5 COREVIH de la région Ile-de-France, afin de pouvoir agréger ces données.

Les données émanant des diverses sources (e-Nadis®, DMI, Excel...) ont ensuite été agrégées dans le fichier précité.

Avec l'aide de la biostatisticienne, un fastidieux travail de contrôle qualité de la base de données a été effectué par les TEC sur les sites équipés d'e-Nadis, via le module Nadis Eval' qui permet la construction de requêtes.

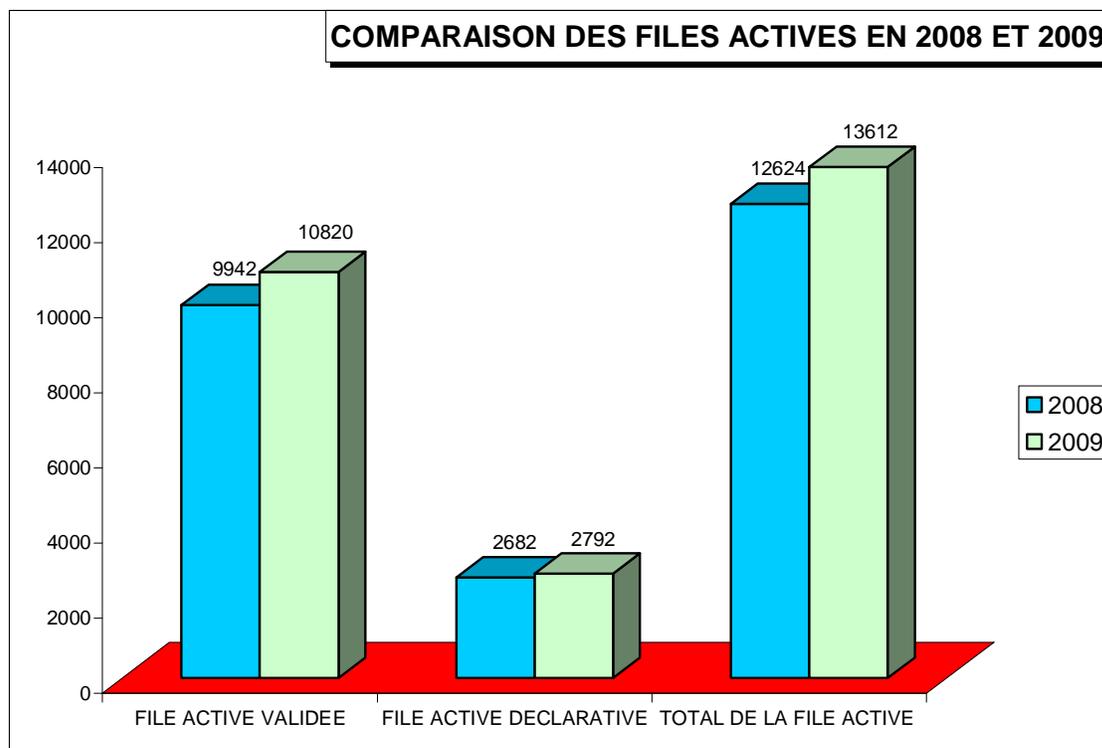
En 2009, la file active globale a augmenté de 988 patients (dont 878 sont validés) et la part de la file active déclarative 2009 représente 20 % de la file active globale comme l'année précédente.

En revanche, compte tenu du déploiement de la solution e-Nadis® sur le territoire, la file active validée par Nadis a augmenté de près de 50 % avec 3353 patients en 2008 contre 6831 en 2009. Aussi le contrôle qualité effectué sur la base e-Nadis permet de présenter des données plus exhaustives et plus fiables car vérifiées.

4.1 Répartition de la file active du COREVIH IDF EST

a/ Comparaison des files actives globales en 2008 et en 2009

	2008	2009	DIFFERENCE EN %
FILE ACTIVE VALIDEE	9942	10 820	8.83
FILE ACTIVE DECLARATIVE	2 682	2 792	4.10
TOTAL DE LA FILE ACTIVE	12 624	13 612	7.82



La file active totale du COREVIH Est a augmenté de 7,82 % entre 2008 et 2009. Les files actives déclaratives et validées augmentent sur les deux années dans les proportions suivantes (+4,10 % et +8,83 %). Il faut noter que les techniques de validation ont évolué en faveur de e-Nadis®.

b/ Présentation de la répartition des files actives par établissement :

FILE ACTIVE 2009					
CENTRES	FILE ACTIVE DECLARATIVE	FILE ACTIVE NADIS	FILE ACTIVE DMI2	FILE ACTIVE AUTRES BASES	TOTAL
TOTAL GENERAL	2792	6831	3336	653	13612
ARPAJON				50	50
AULNAY	412	124			536
AVICENNE MALADIES INFECTIEUSES		544			544
AVICENNE MEDECINE INTERNE		398			398
BLIGNY		150			150
CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN		610			610
COULOMMIERS	47	3			50
CRETEIL		547			547
DOURDAN				18	18
ETAMPES				31	31
FONTAINEBLEAU		91			91
GONESSE	717	34			751
JEAN VERDIER			708		708
JUVISY				54	54
LAGNY SUR MARNE	580	45			625
LARIBOISIERE			1327		1327
LONGJUMEAU		195			195
MEAUX / PROVINS	170				170
MELUN				440	440
MONTEREAU				42	42
MONTFERMEIL	164	94			258
MONTREUIL	702	79			781
NEMOURS				18	18
SAINT DENIS			1032		1032
SAINT LOUIS IMMUNO			269		269
SAINT LOUIS MST		38			38
SAINT LOUIS MEDECINE INTERNE		479			479
SAINT LOUIS MIT		2784			2784
VILLENEUVE ST GEORGES		616			616

c/ Activité 2009 relative aux UCSA

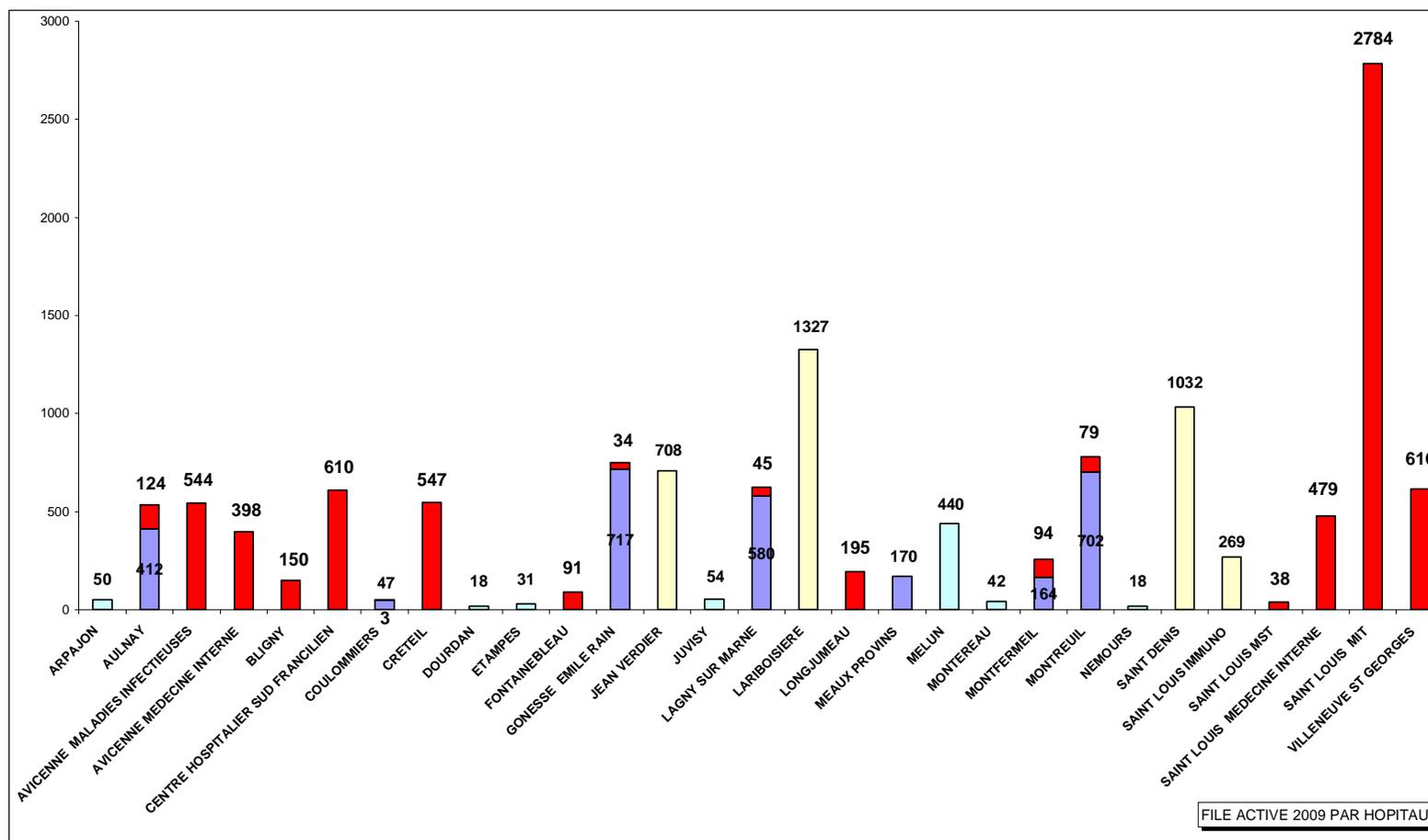
Le COREVIH IDF Est comprend 3 Unités de Consultations de Soins Ambulatoires, structures de soins en milieu carcéral chargées de délivrer des soins aux personnes détenues.

Vous trouverez ci-dessous les données d'activité 2009 de ces structures.

PRESENTATION & DONNEES GENERALES						DEPISTAGE & VACCINATION 2009				
UCSA	Hôpital rattachement	Type établissement	Informatisation recueil épidémiolo	Nbre moyen détenus	Nbre moyen entrants	Nbre test dépistage	tests VIH +	tests VHB +	tests VHC+	Nbre vaccination VHB
Villepinte	CH Aulnay	Maisons arrêt	Non	970	1880	746	7	12	21	165 pers
Melun	CH Melun	Centre détention	Non	300	-	18	0	0	0	10 doses
Chauconin	CH Meaux	Maisons arrêt	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

PRESENTATION			FILE ACTIVE 2009							
UCSA	Hôpital rattachement	Type établissement	VIH +	VIH + /VHB +	VIH+/VHC+	VHB+	VHC+	VHB+/VHC+	VIH+/VHB+/VHC+	Total pers. suivies
Villepinte	CH Aulnay	Maisons arrêt	7	0	5	12	21	0	0	45
Melun	CH Melun	Centre détention	2	0	1	1	1	0	0	5
Chauconin	CH Meaux	Maisons arrêt	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Total			9	0	6	13	22	0	0	50

d/ Proportion des files actives « validées » et « déclaratives » par établissement :



On constate que le déploiement du dossier patient informatisé e-Nadis® se poursuit.
 La file active validée par Nadis représente x% de la file active validée.
 Celle-ci résulte d'une association entre les données Nadis, celles du DMI2 qui représentent x% de la file active, et des fichiers excel soit X%.
 La file active est uniquement déclarative pour X% patients.

4.2 Analyse épidémiologique de la file active validée

La file active validée compte 10 820 patients, l'analyse épidémiologique portera sur ces derniers. En 2009, 838 patients ont été perdus de vue c'est-à-dire qu'ils ont été vus au moins une fois en 2008 mais pas depuis le 31/12/2008.

Sur la base totale, 61 patients (VIH ou VIH & Hépatites) sont décédés en 2009.

On notera que les données manquantes concernant les valeurs biologiques (taux de CD4 et charge virale) des tableaux ci-dessous, s'expliquent en partie par des patients non revenus depuis leur premier recours ou des patients suivis en ville après leur dépistage (perdus de vue, suivi ailleurs...).

A/ Analyse globale de la file active 2009

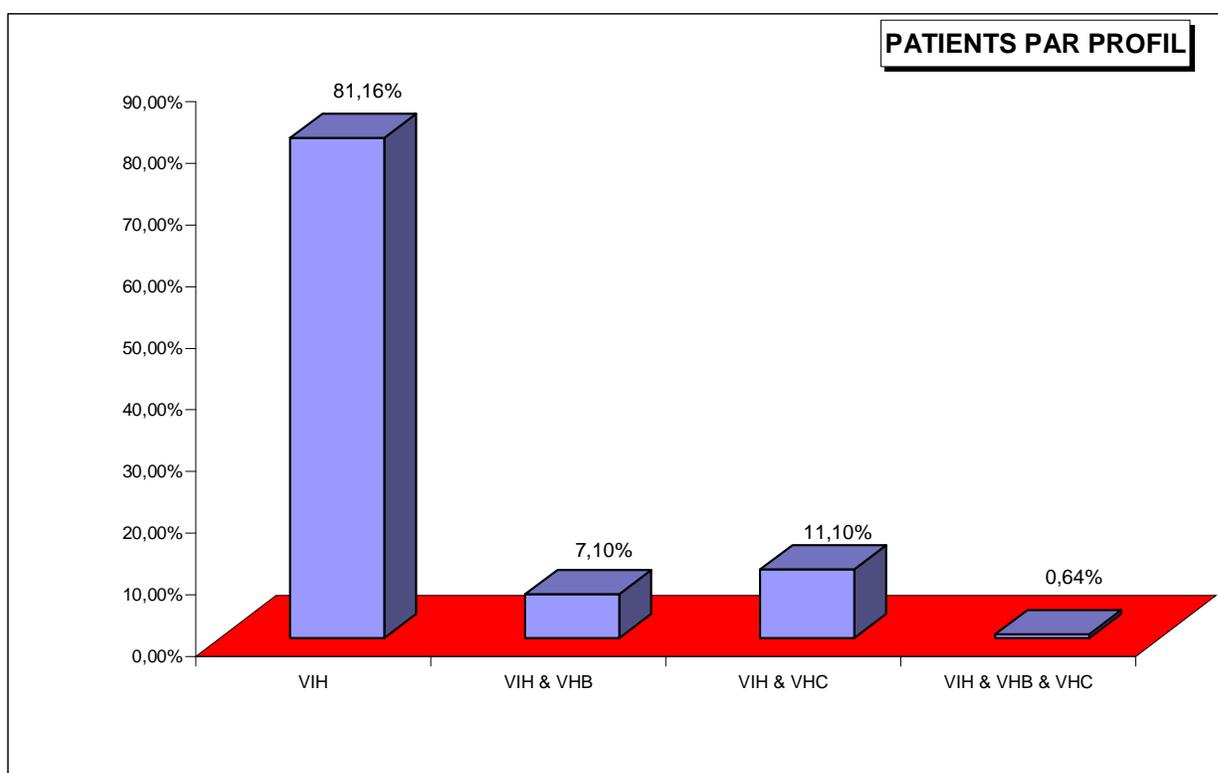
File active validée	10 820
Nombre de patients perdus de vue en 2009 (1)	838
Nombre de patients décédés en 2009	61
Nombre de patients nouvellement pris en charge en 2009	2 059
Nombre de patients nouvellement dépistés parmi les nouveaux pris en charge en 2009	557
Nombre de patients sous traitement ARV (2)	9 170
Nombre de patients sans traitement ARV (3)	1 650

- (1) Patients vus au moins une fois en 2008 et pas depuis le 31/12/2008
- (2) Patients en cours de traitement ou en arrêt de traitement depuis moins de 6 mois
- (3) Patients naïfs de tout traitement ou sans traitement depuis plus de 6 mois

% de patients nouvellement pris en charge en 2009 / file active	19,03
% de nouveaux dépistés en 2009 / patients nouvellement pris en charge en 2009	27,05
% de nouveaux dépistés en 2009 / file active	5,15
% de traités en 2009 / file active	84,75
% non traités en 2009 / file active	15,25

a/ Répartition par profil

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
VIH	8767	81,03%	81,16%
VIH & VHB	767	7,09%	7,10%
VIH & VHC	1199	11,08%	11,10%
VIH & VHB & VHC	69	0,64%	0,64%
NON RENSEIGNE	18	0,17%	
TOTAL	10820	100,00%	100,00%

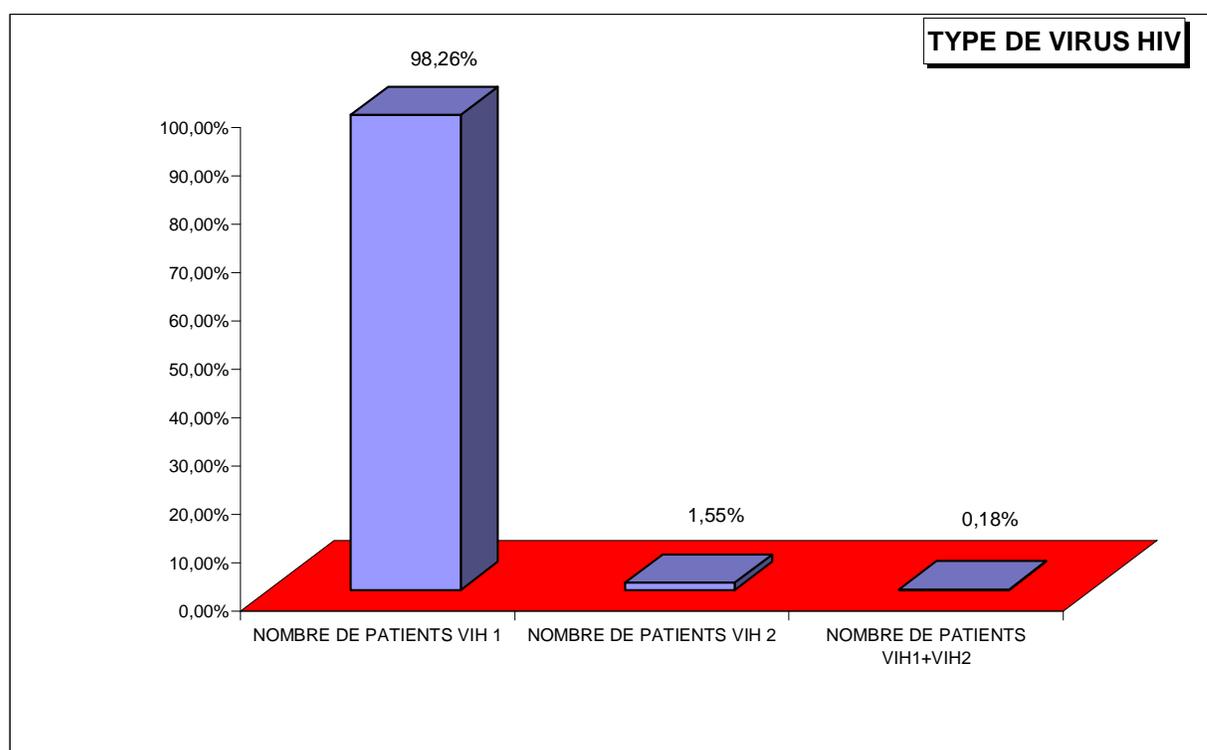


Sur l'ensemble de la file active (10 820), 81,16 % des patients sont mono infectés VIH.

Les co-infections VIH et Hépatites concernent 18,84 % des patients, avec une répartition de 11,10 % pour l'hépatite C, 7,10 % pour l'hépatite B et 0,64 % pour les deux hépatites conjointes.

b/ Répartition par type de VIH

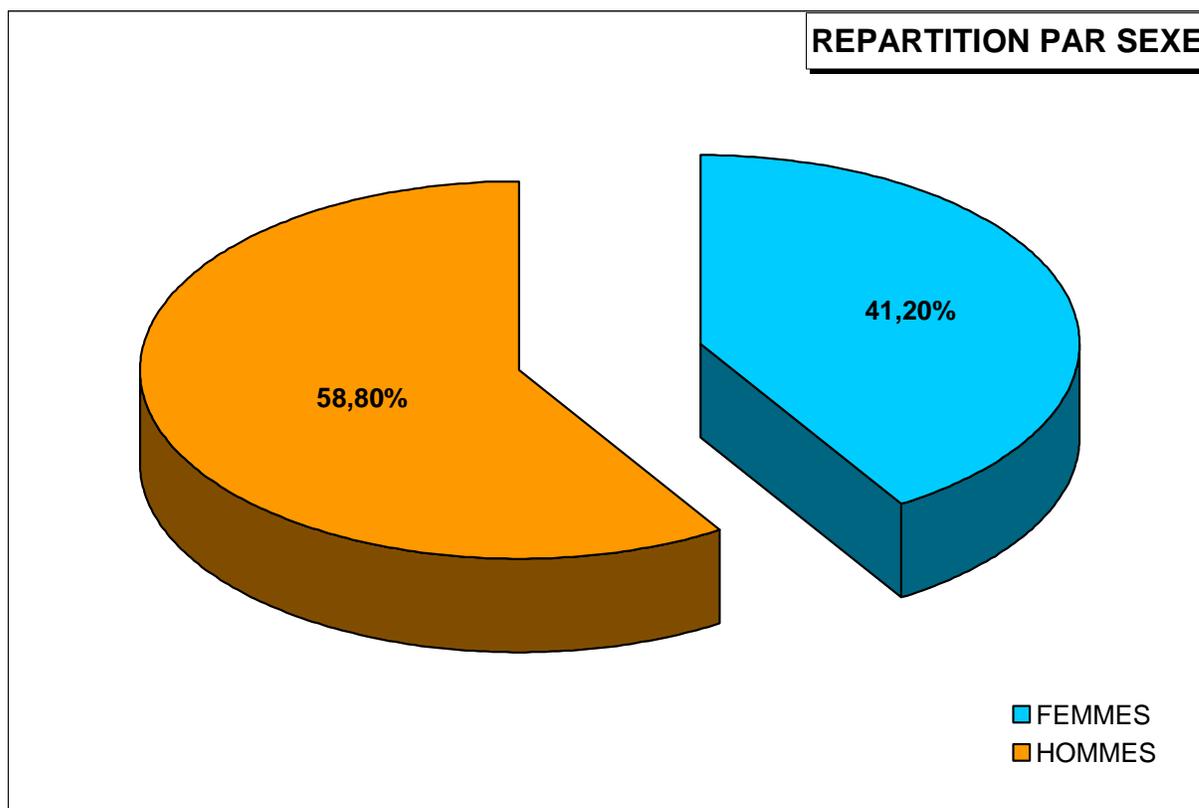
		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE
NOMBRE DE PATIENTS VIH 1	10632	98,26%
NOMBRE DE PATIENTS VIH 2	168	1,55%
NOMBRE DE PATIENTS VIH1+VIH2	20	0,18%
TOTAL	10820	100,00%



L'infection par le VIH1 est très largement majoritaire dans la file active avec 98,26 % des patients. L'infection par le VIH2 est observée chez 1,55 % des patients, une co-infection VIH1 et 2 est retrouvée chez 0,18 % d'entre eux.

c/ Répartition par sexe

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
FEMMES	4456	41,18%	41,20%
HOMMES	6359	58,77%	58,80%
NON RENSEIGNE	5	0,05%	
TOTAL	10820	100,00%	100,00%



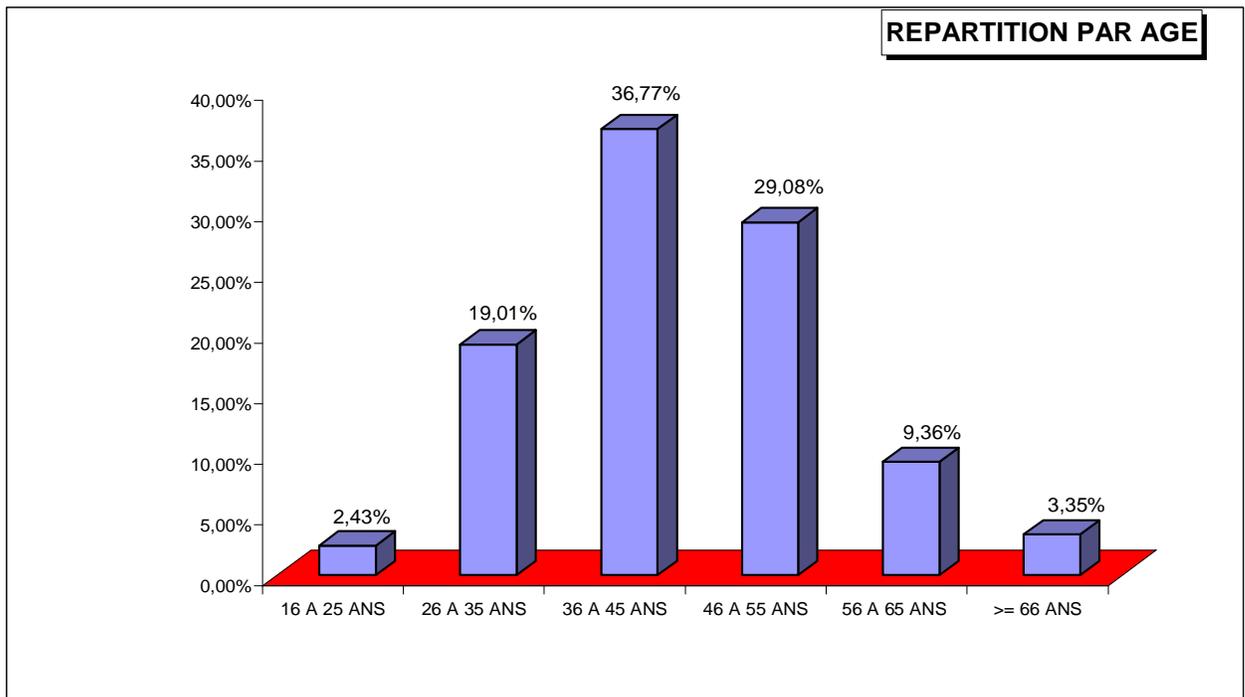
d/ Répartition par âge

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
16 A 25 ANS	263	2,43%	2,43%
26 A 35 ANS	2056	19,00%	19,01%
36 A 45 ANS	3976	36,75%	36,77%
46 A 55 ANS	3144	29,06%	29,08%
56 A 65 ANS	1012	9,35%	9,36%
>= 66 ANS	362	3,35%	3,35%
NON RENSEIGNE	7	0,06%	
TOTAL	10820	100,00%	100,00%

MINIMUM	16 ans *
MAXIMUM	88 ans 5 mois

On notera que l'étude globale de la répartition des âges a été segmentée en tranches de 10 années à partir de l'âge de 16 ans, considérant que la plus grande majorité des patients sont adultes ou jeunes adultes.

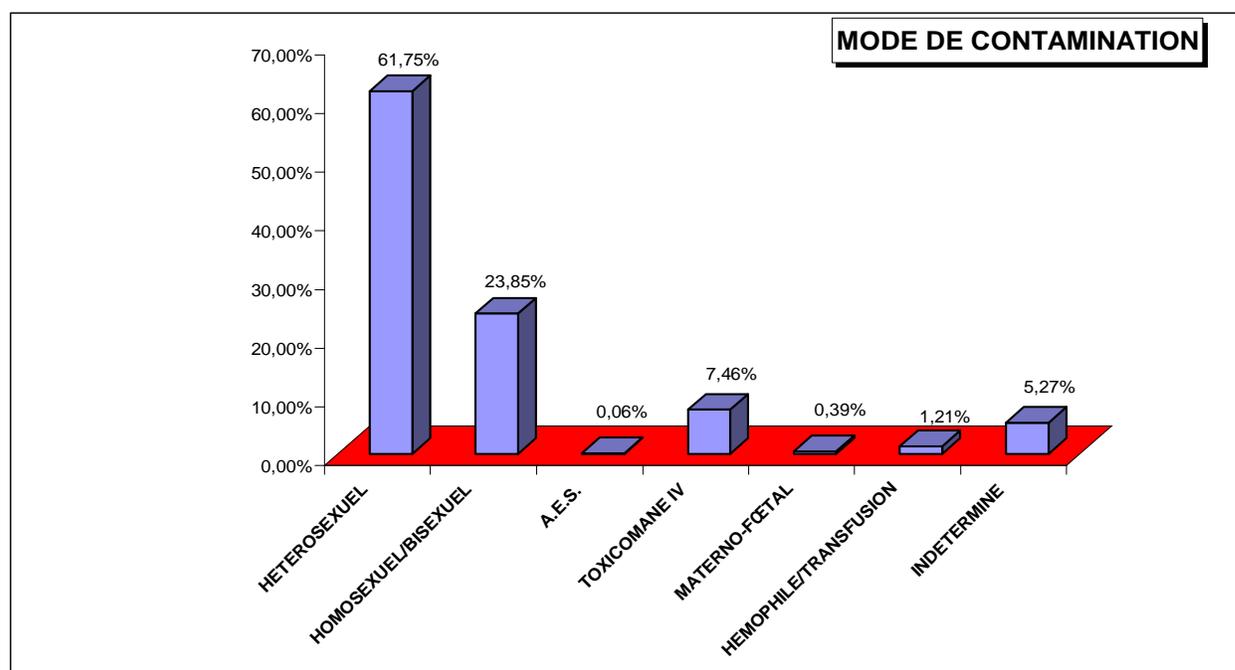
Toutefois dans la file active validée, l'âge minimum d'un patient séropositif est de 12 ans et 11 mois.



e/ Répartition par mode de contamination

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
HETEROSEXUEL	6612	61,11%	61,75%
HOMOSEXUEL/BISEXUEL	2554	23,60%	23,85%
A.E.S.	6	0,06%	0,06%
TOXICOMANE IV	799	7,38%	7,46%
MATERNO-FŒTAL	42	0,39%	0,39%
HEMOPHILE/TRANSFUSION	130	1,20%	1,21%
INDETERMINE	564	5,21%	5,27%
NON RENSEIGNE	124	1,15%	
TOTAL	10831	100,10%	100,00%

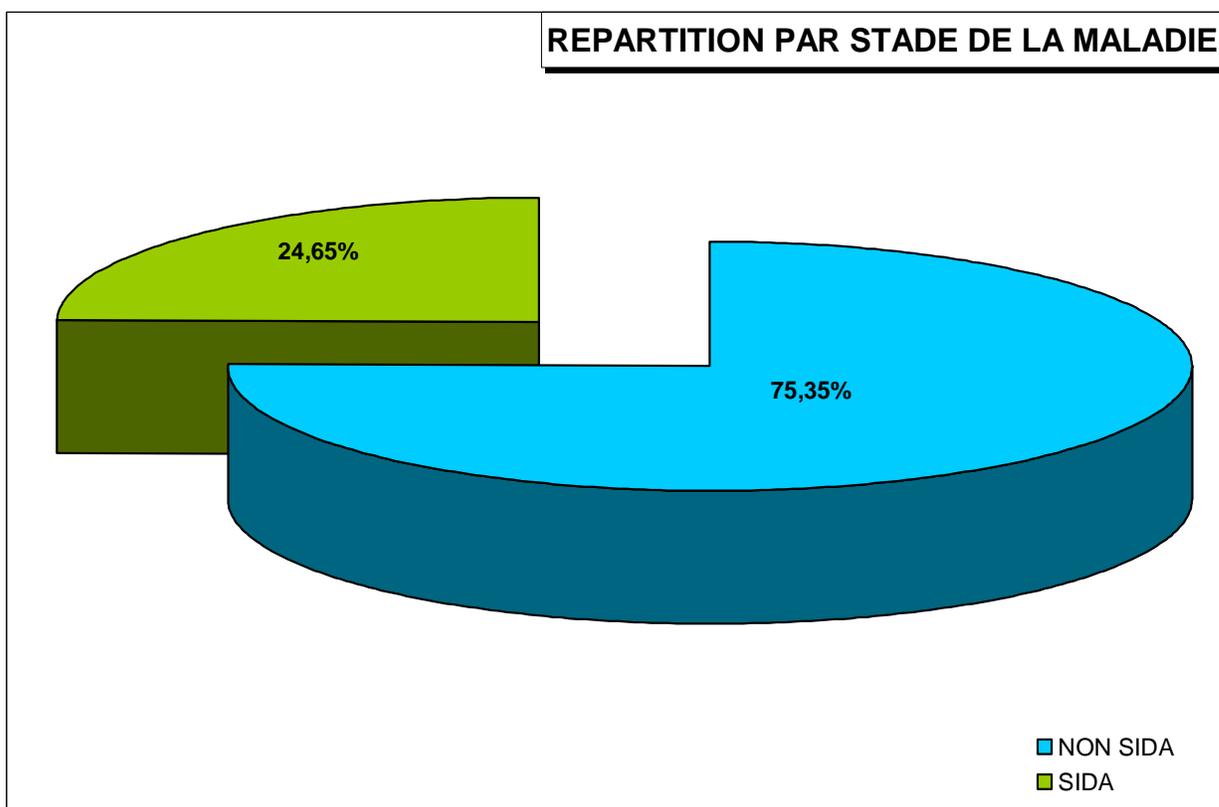
NB : Il peut y avoir plusieurs modes de contamination possibles pour un même patient.



Dans la file active, la majeure partie des contaminations s'est faite par voie sexuelle, avec une répartition de 61,75 % par mode hétérosexuel et 23,85 % par mode homosexuel ou bisexuel. La transmission par toxicomanie concerne 7,46 % de la file active. Pour 5,27 % des patients, le mode de contamination est indéterminé.

f/ Répartition par stade de la maladie

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
NON SIDA	8132	75,16%	75,35%
SIDA	2660	24,58%	24,65%
NON RENSEIGNE	28	0,26%	
TOTAL	10820	100,00%	100,00%



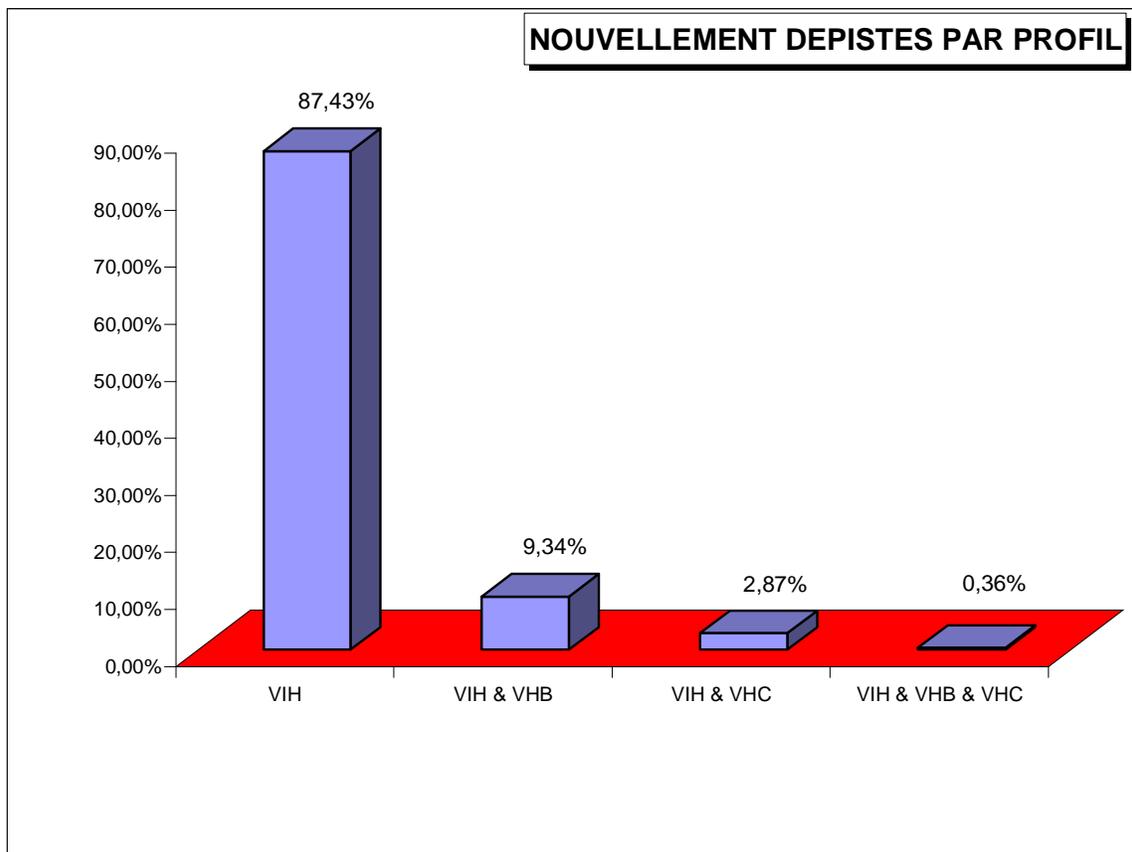
B/ Analyse sur les patients nouvellement dépistés

En 2009, 2059 patients ont été nouvellement pris en charge dans un des 26 établissements du COREVIH suivant des PVVIH ce qui représente près de 20 % de la file active totale validée.

Parmi ces 2059 patients nouvellement pris en charge, 557 patients sont des personnes nouvellement dépistées ce qui représente 5,15 % de la file active validée.

a/ Répartition par profil

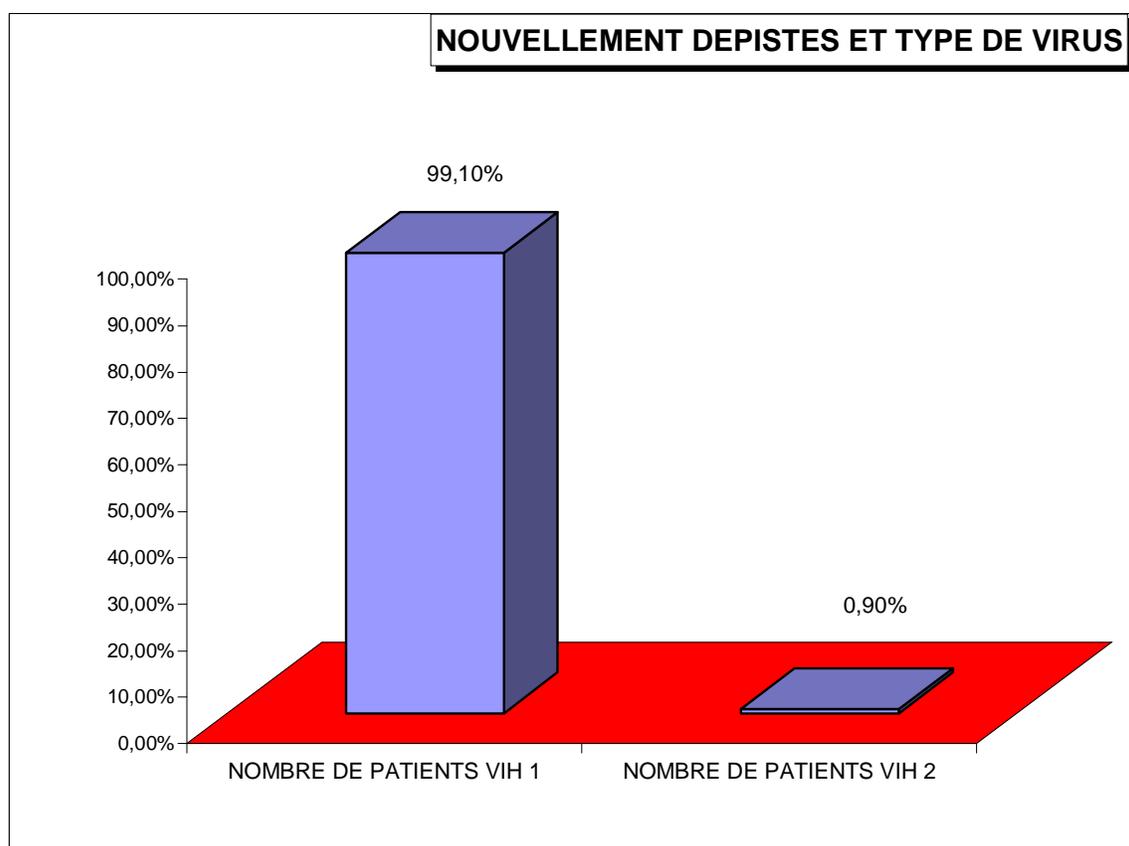
		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES
VIH	487	4,50%	87,43%
VIH & VHB	52	0,48%	9,34%
VIH & VHC	16	0,15%	2,87%
VIH & VHB & VHC	2	0,02%	0,36%
NON RENSEIGNE	0	0,00%	0,00%
TOTAL	557	5,15%	100,00%



On constate que la co-infection avec le virus de l'hépatite B est majorée chez les nouveaux dépistés par rapport à la file active totale (9,34 % contre 7,10 %). Par contre la co-infection avec le virus de l'hépatite C est bien moins importante (2,87 % contre 11,10 %).

b/ Répartition par type de VIH

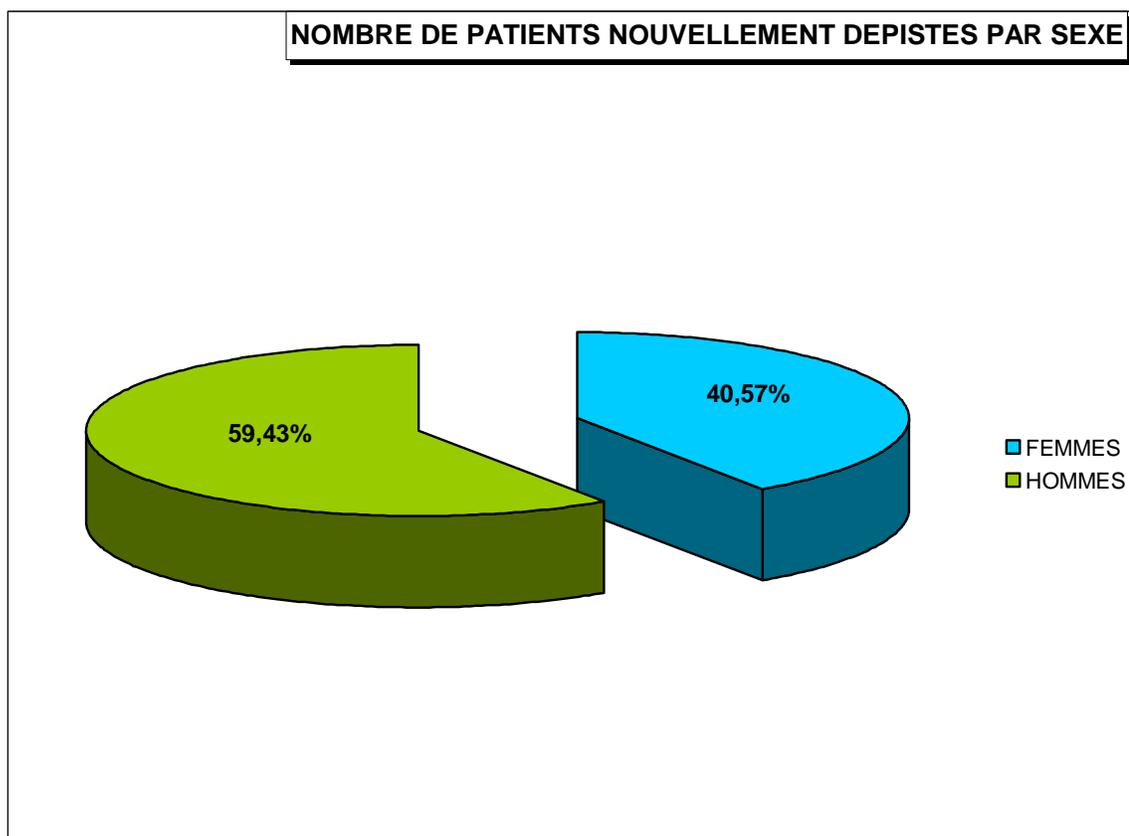
		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
NOMBRE DE PATIENTS VIH 1	551	5,09%	98,92%	99,10%
NOMBRE DE PATIENTS VIH 2	5	0,05%	0,90%	0,90%
NON RENSEIGNE	1	0,01%	0,18%	
TOTAL	557	5,15%	100,00%	100,00%



Conformément à ce que l'on observe dans la file active totale, la grande majorité des patients nouvellement dépistés est infectée par le VIH1.

c/ Répartition par sexe

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES
FEMMES	226	2,09%	40,57%
HOMMES	331	3,06%	59,43%
NON RENSEIGNE	0	0,00%	0,00%
TOTAL	557	5,15%	100,00%

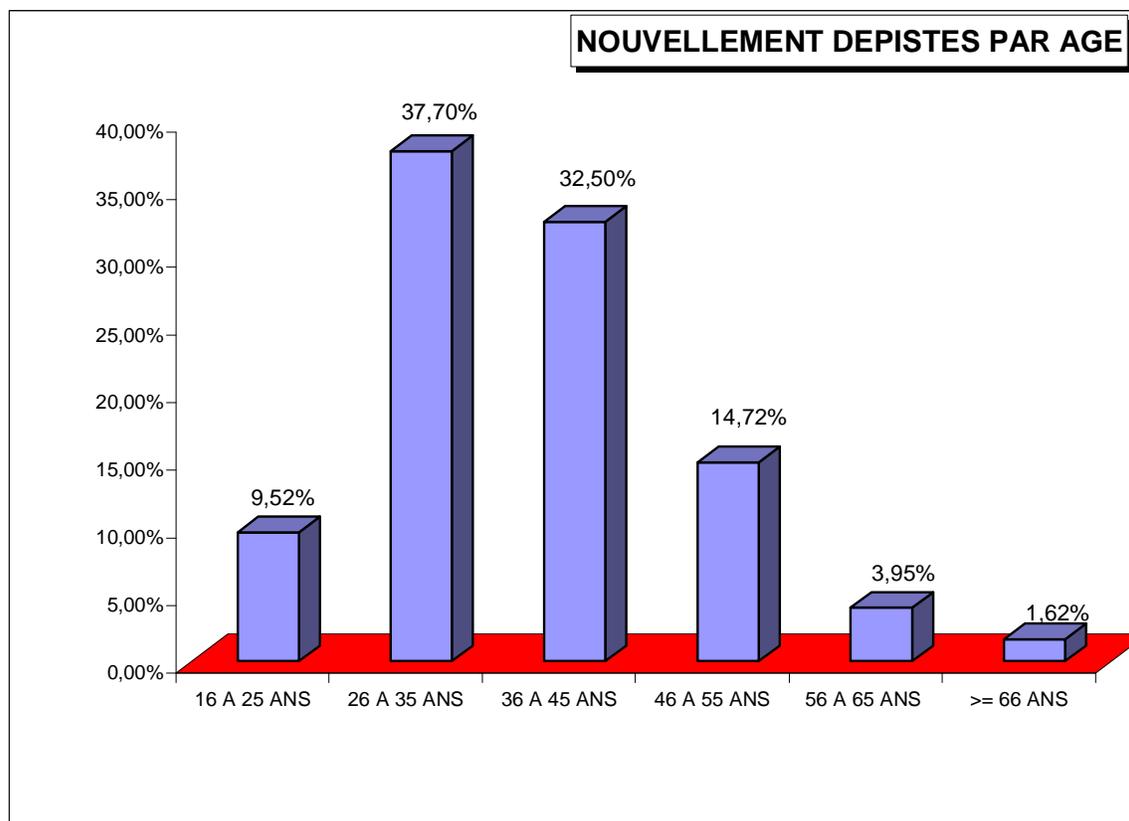


On observe la même proportion d'hommes (59,43 % contre 58,80 %) et de femmes (40,57 % contre 41,20 %) infectés entre les patients nouvellement dépistés et la file active totale.

d/ Répartition par tranche d'âge

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES
16 A 25 ANS	53	0,49%	9,52%
26 A 35 ANS	210	1,94%	37,70%
36 A 45 ANS	181	1,67%	32,50%
46 A 55 ANS	82	0,76%	14,72%
56 A 65 ANS	22	0,20%	3,95%
>= 66 ANS	9	0,08%	1,62%
NON RENSEIGNE	0	0,00%	0,00%
TOTAL	557	5,15%	100,00%

MINIMUM	16 ANS
MAXIMUM	88 ANS

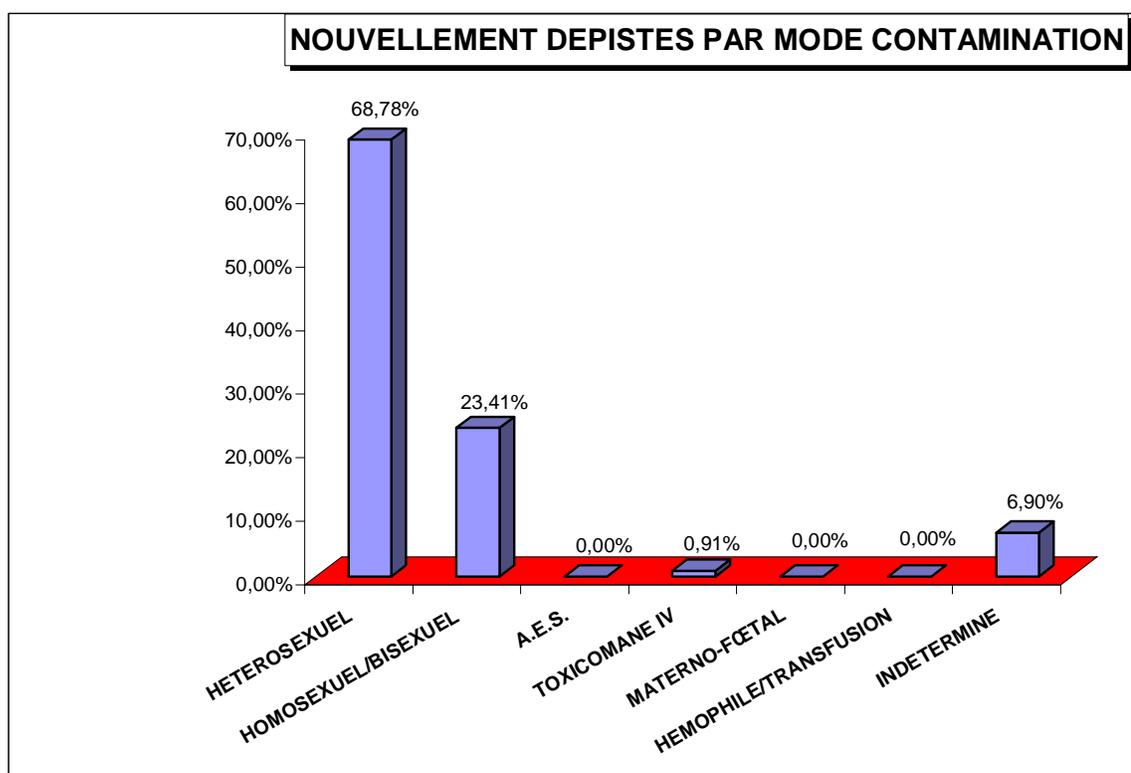


Chez les patients nouvellement dépistés, la tranche d'âge majoritaire est celle des 26-35 ans. Elle représente 37,7 % contre 19,01 % dans la file active totale. On note que les 16-25 ans sont 4 fois plus nombreux chez les nouveaux dépistés que dans la file active totale (9,52 % contre 2,43 %).

e/ Répartition par mode de contamination

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
HETEROSEXUEL	379	3,50%	68,04%	68,78%
HOMOSEXUEL/BISEXUEL	129	1,19%	23,16%	23,41%
A.E.S.	0	0,00%	0,00%	0,00%
TOXICOMANE IV	5	0,05%	0,90%	0,91%
MATERNO-FŒTAL	0	0,00%	0,00%	0,00%
HEMOPHILE/TRANSFUSION	0	0,00%	0,00%	0,00%
INDETERMINE	38	0,35%	6,82%	6,90%
NON RENSEIGNE	8	0,07%	1,44%	
TOTAL	559	5,17%	100,36%	100,00%

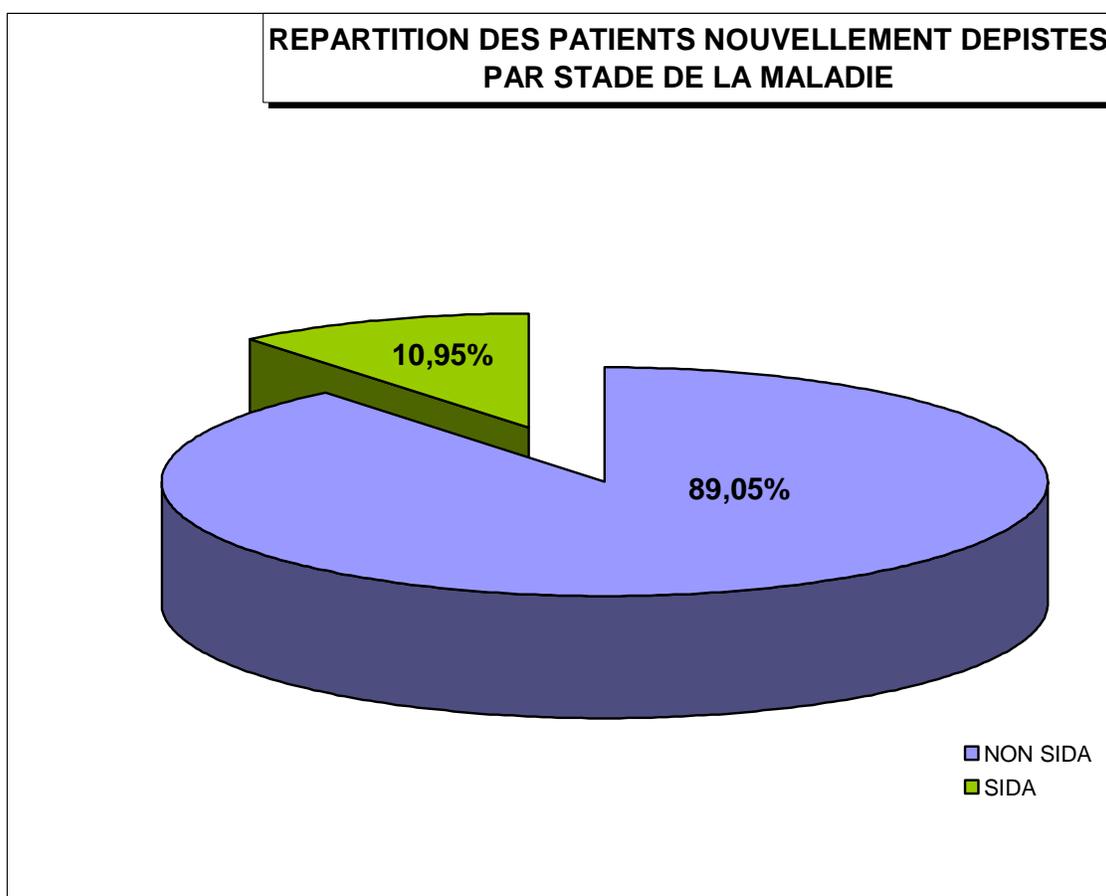
NB : Il peut y avoir plusieurs modes de contamination possibles pour un même patient



Le mode de contamination sexuelle demeure le mode de contamination prédominant. La proportion de contamination par voie hétéro, homo ou bisexuelle reste à peu près la même entre les patients nouvellement dépistés et la file active totale. On observe par contre une nette diminution de la contamination par toxicomanie par voie intraveineuse avec 0,91 % contre 7,46 % dans la file active totale.

f/ Répartition par stade de la maladie

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES
NON SIDA	496	4,58%	89,05%
SIDA	61	0,56%	10,95%
NON RENSEIGNE	0	0,00%	0,00%
TOTAL	557	5,15%	100,00%

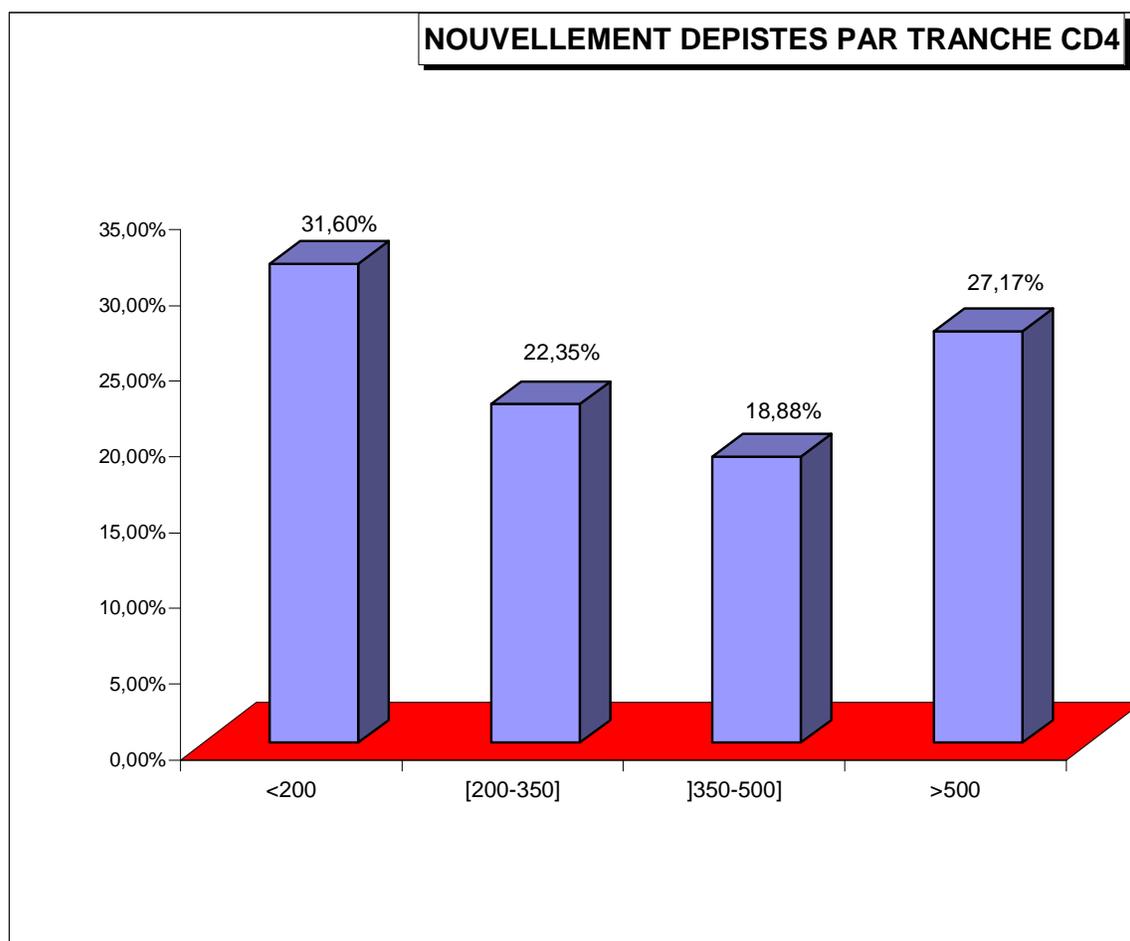


La proportion de patients en stade non SIDA est plus importante chez les nouveaux dépistés, avec 89,05 % contre 75,35 % dans la file active totale.

g/ Répartition par tranche de CD4

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
<200	164	1,52%	29,44%	31,60%
[200-350]	116	1,07%	20,83%	22,35%
]350-500]	98	0,91%	17,59%	18,88%
>500	141	1,30%	25,31%	27,17%
NON RENSEIGNE	38	0,35%	6,82%	
TOTAL	557	5,15%	100,00%	100,00%

Il s'agit de la valeur de CD4 de 2009 à l'arrivée du patient. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm³ de sang total.

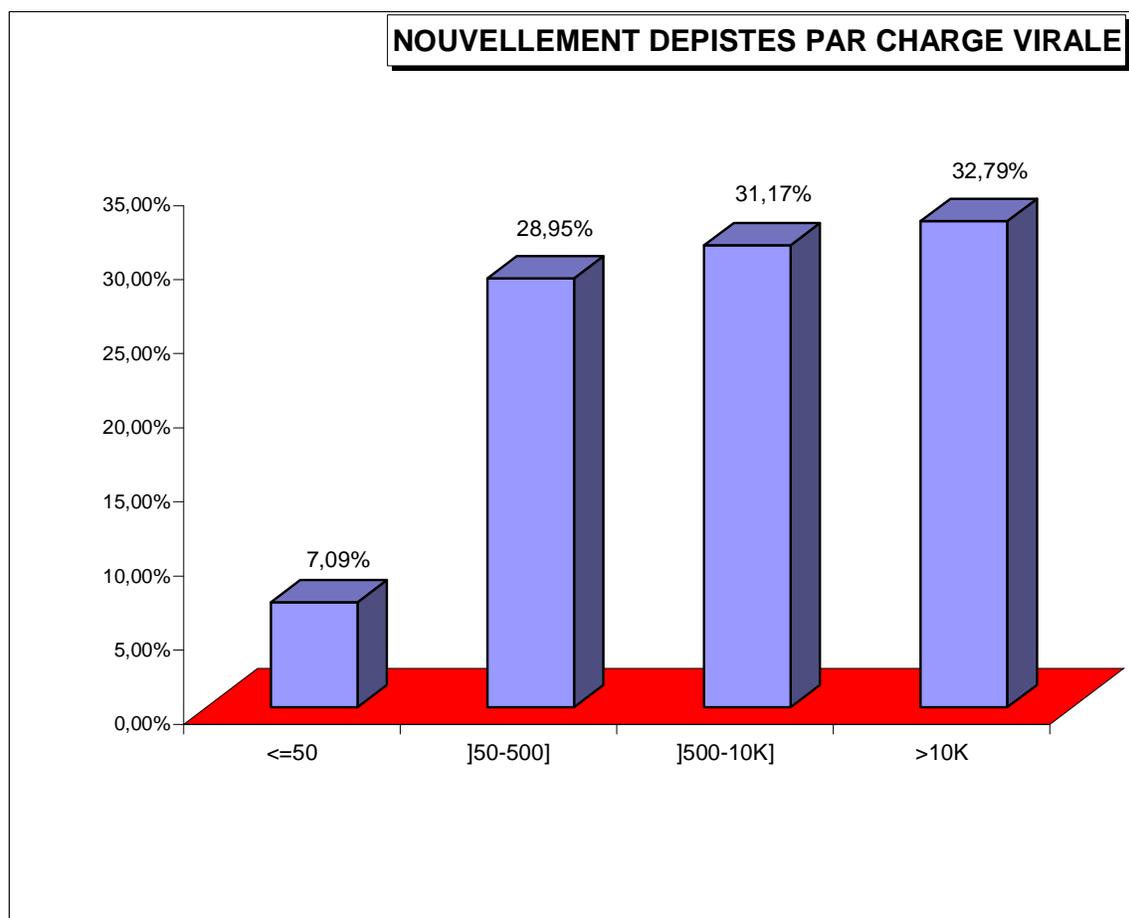


On constate une répartition relativement homogène des patients dans les différentes tranches de CD4. Cependant 53,95 % des patients ont moins de 350 CD4.

h/ Répartition par Charge Virale

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	POURCENTAGE SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
<=50	35	0,32%	6,28%	7,09%
]50-500]	143	1,32%	25,67%	28,95%
]500-10K]	154	1,42%	27,65%	31,17%
>10K	162	1,50%	29,08%	32,79%
NON RENSEIGNE	63	0,58%	11,31%	
TOTAL	557	5,15%	100,00%	100,00%

Il s'agit de la valeur de la charge virale de 2009 à l'arrivée du patient, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.



Dans environ 30 % des cas, les patients nouvellement dépistés arrivent avec une charge virale supérieure à 10 000 copies/ml et un taux de CD4 inférieur à 200.

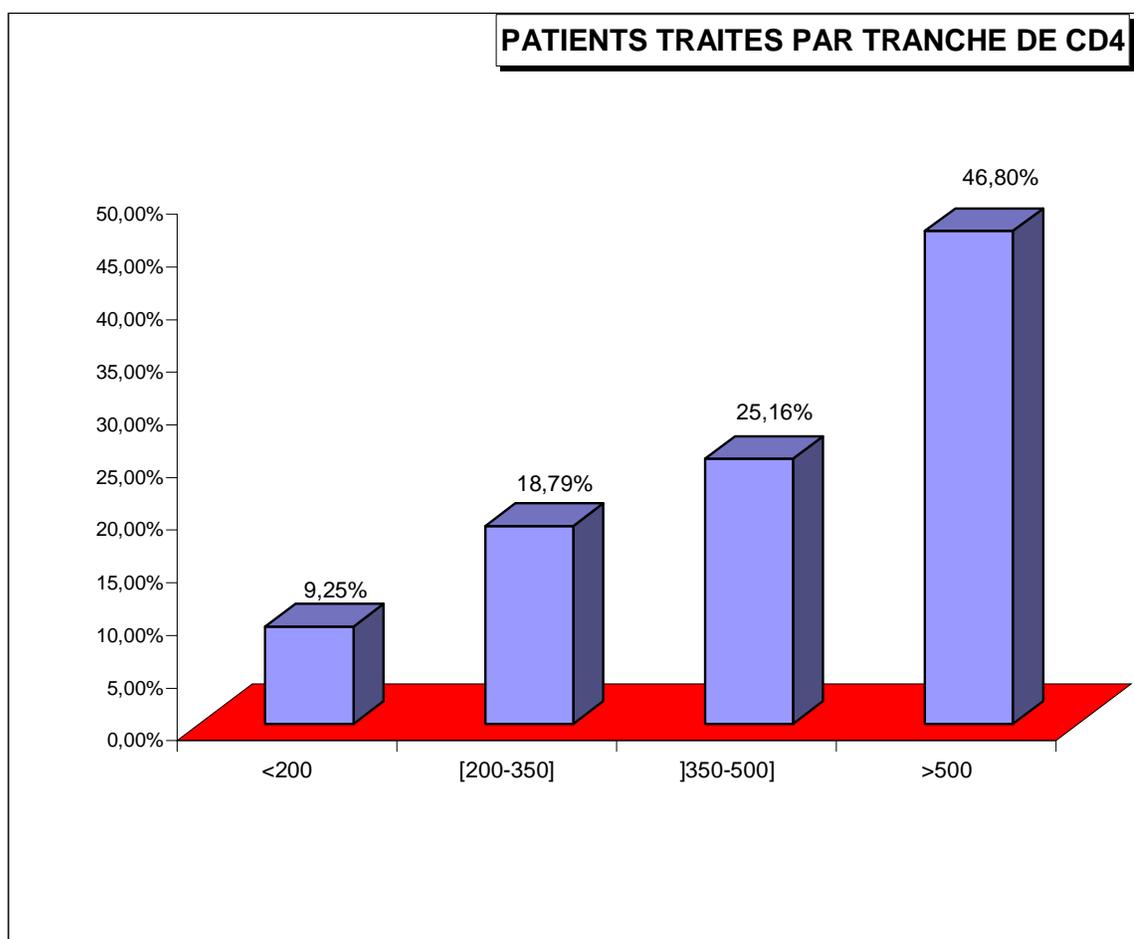
C/ Analyse sur les patients en cours de traitement

9170 patients sont en cours de traitements antirétroviraux (patients en cours de traitement ou en arrêt de traitement depuis moins de 6 mois) ce qui représente 85 % de la file active validée 2009.

a/ Répartition par tranche de CD4

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<200	769	7,11%	8,39%	9,25%
[200-350]	1563	14,45%	17,04%	18,79%
]350-500]	2093	19,34%	22,82%	25,16%
>500	3893	35,98%	42,45%	46,80%
NON RENSEIGNE	852	7,87%	9,29%	
TOTAL	9170	84,75%	100,00%	100,00%

Il s'agit de la dernière valeur de CD4 de 2009. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm³ de sang total.

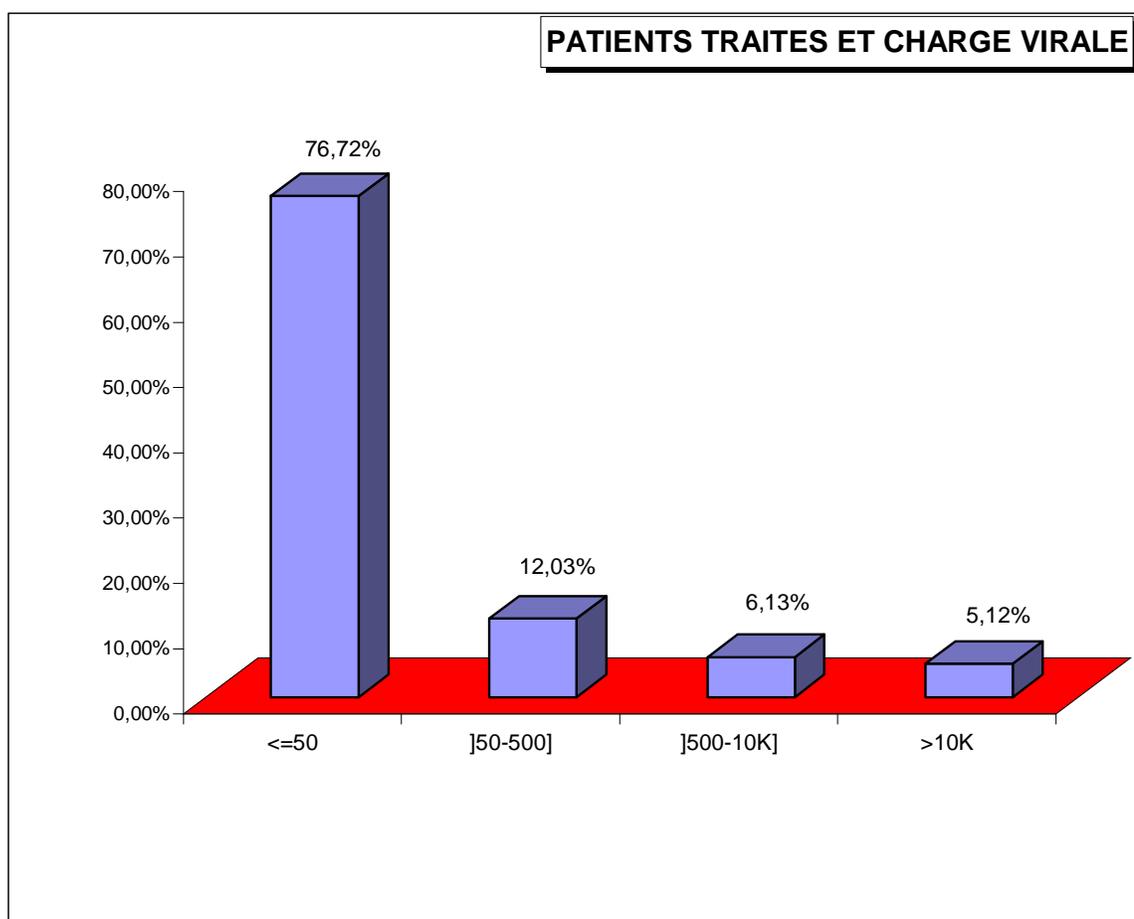


71,96 % des patients traités ont des CD4 supérieurs à 350 et 10 % ont moins de 200 CD4.

b/ Répartition par Charge Virale

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<=50	6342	58,61%	69,16%	76,72%
]50-500]	994	9,19%	10,84%	12,03%
]500-10K]	507	4,69%	5,53%	6,13%
>10K	423	3,91%	4,61%	5,12%
NON RENSEIGNE	904	8,35%	9,86%	
TOTAL	9170	84,75%	100,00%	100,00%

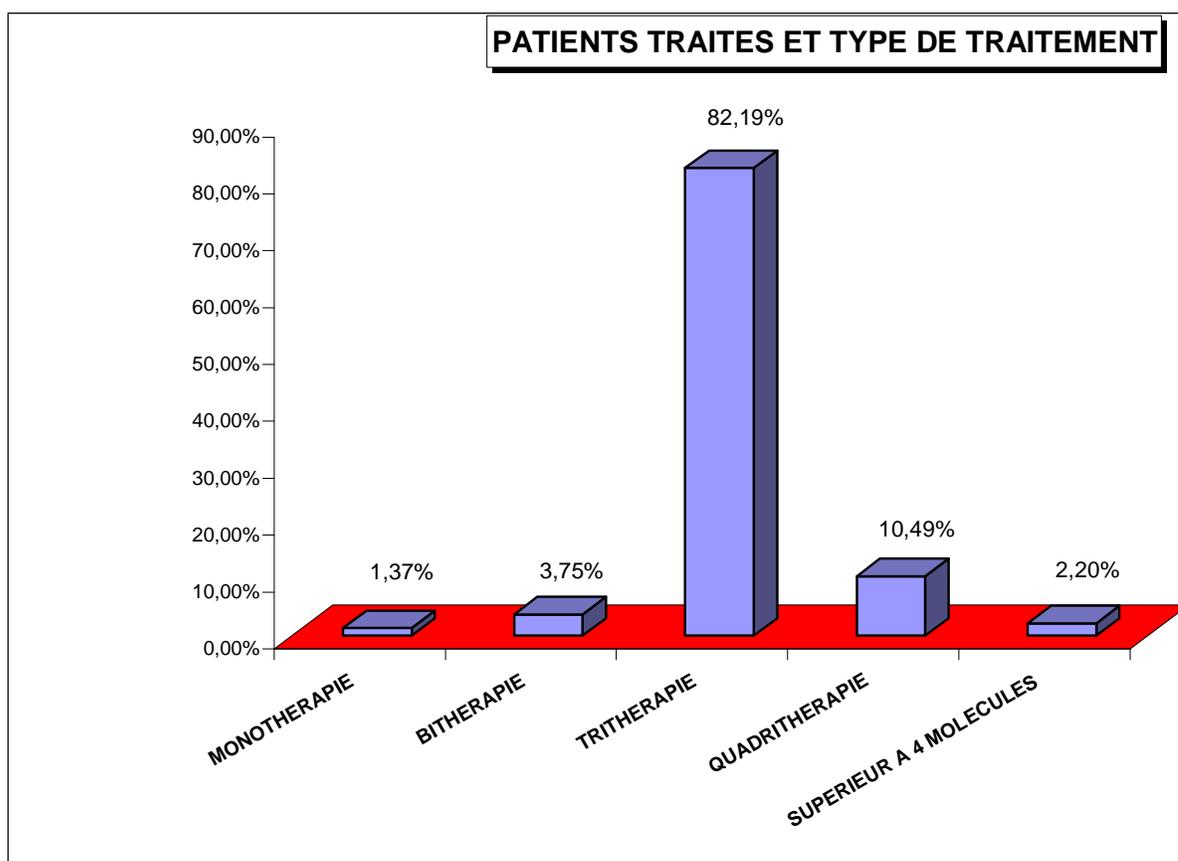
Il s'agit de la dernière valeur de la charge virale de 2009, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.



Parmi les patients traités, la charge virale est supérieure à 50 dans 23,28 % des cas.

c/ Répartition par type de traitement ARV

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
MONOTHERAPIE	125	1,16%	1,36%	1,37%
BITHERAPIE	341	3,15%	3,72%	3,75%
TRITHERAPIE	7477	69,10%	81,54%	82,19%
QUADRITHERAPIE	954	8,82%	10,40%	10,49%
SUPERIEUR A 4 MOLECULES	200	1,85%	2,18%	2,20%
NON RENSEIGNE	73	0,67%	0,80%	
TOTAL	9170	84,75%	100,00%	100,00%



La trithérapie est majoritairement choisie avec 82,19 %.

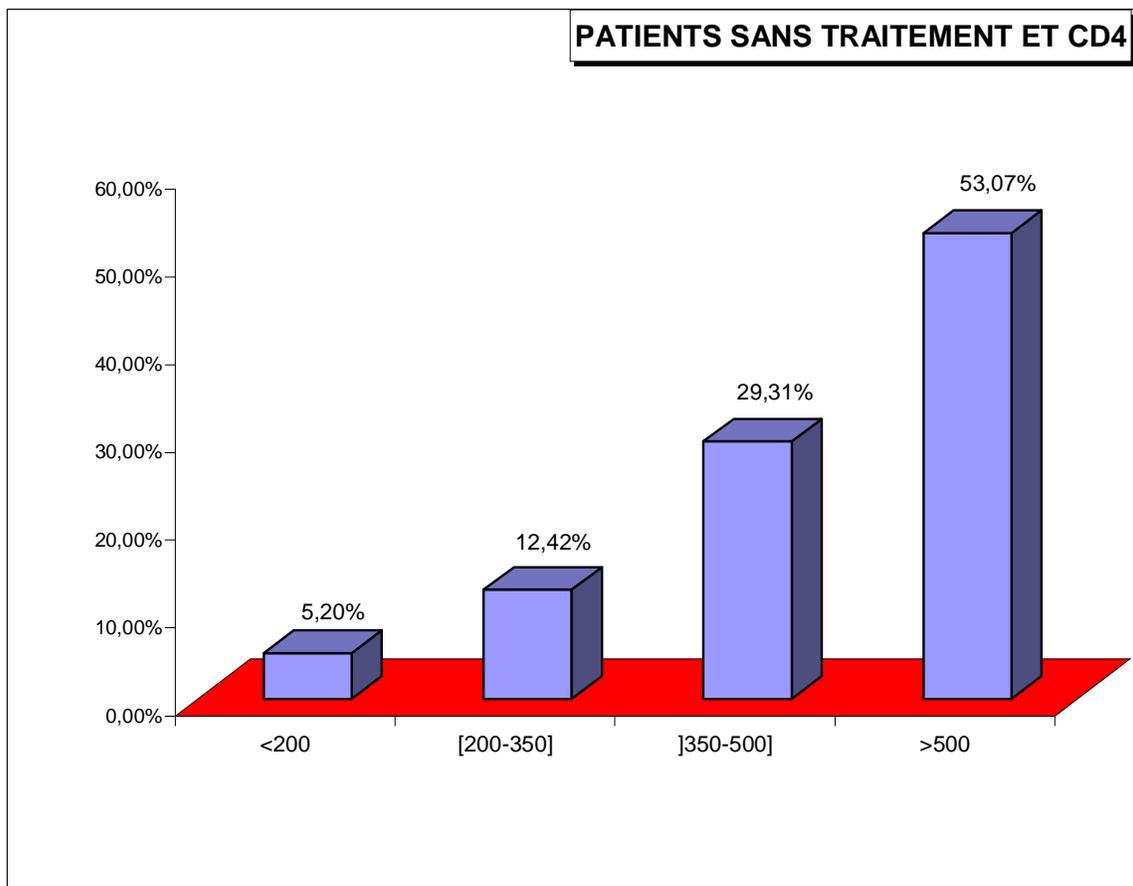
D/ Analyse sur les patients sans traitement

1650 patients sont sans traitement antirétroviral (patients naïfs de traitement ou en arrêt de traitement depuis plus de 6 mois) ce qui représente près de 15% de la file active 2009.

a/ Répartition par tranche de CD4

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<200	72	0,67%	4,36%	5,20%
[200-350]	172	1,59%	10,42%	12,42%
]350-500]	406	3,75%	24,61%	29,31%
>500	735	6,79%	44,55%	53,07%
NON RENSEIGNE	265	2,45%	16,06%	
TOTAL	1650	15,25%	100,00%	100,00%

Il s'agit de la dernière valeur de CD4 de 2009. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm³ de sang total.

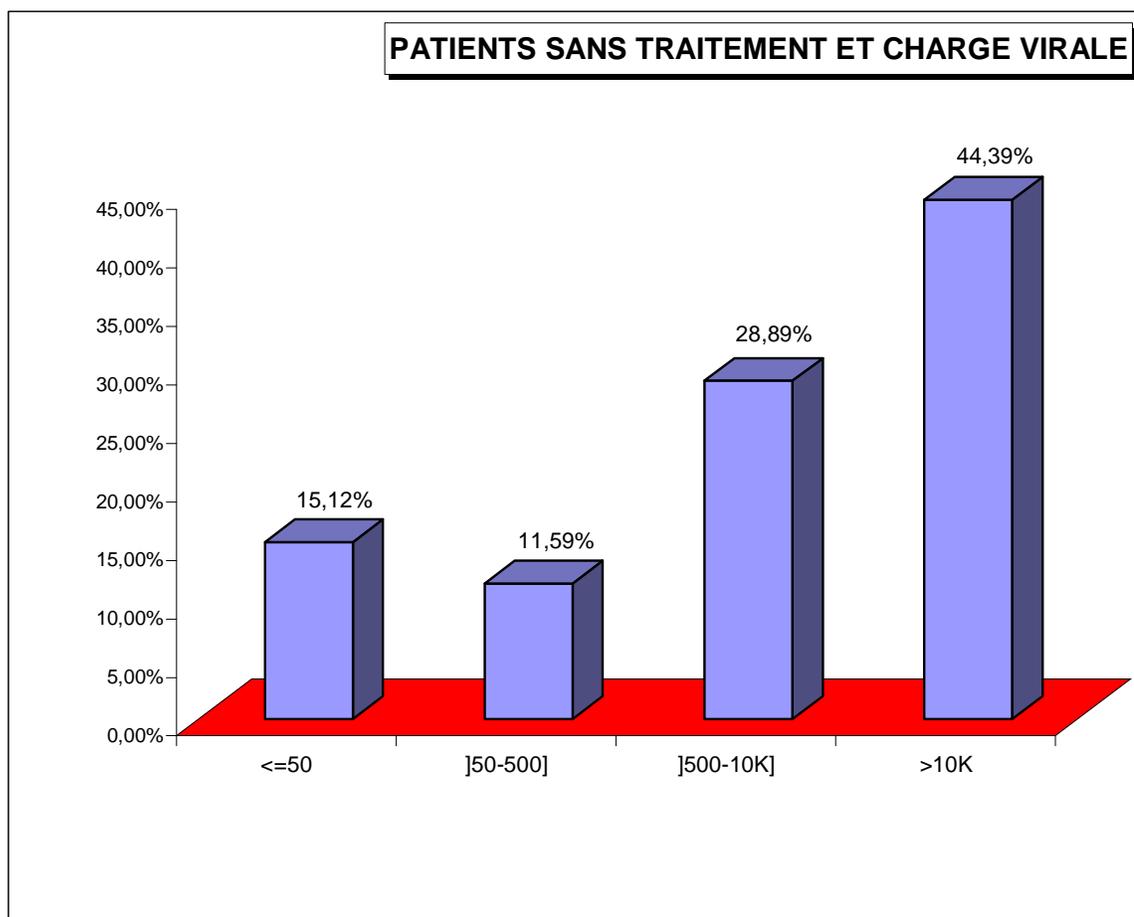


On observe que 17,62 % des patients sans traitement ont moins de 350 CD4.

b/ Répartition par Charge Virale

		POURCENTAGE SUR LA FILE ACTIVE	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT	POURCENTAGE SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<=50	201	1,86%	12,18%	15,12%
]50-500]	154	1,42%	9,33%	11,59%
]500-10K]	384	3,55%	23,27%	28,89%
>10K	590	5,45%	35,76%	44,39%
NON RENSEIGNE	321	2,97%	19,45%	
TOTAL	1650	15,25%	100,00%	100,00%

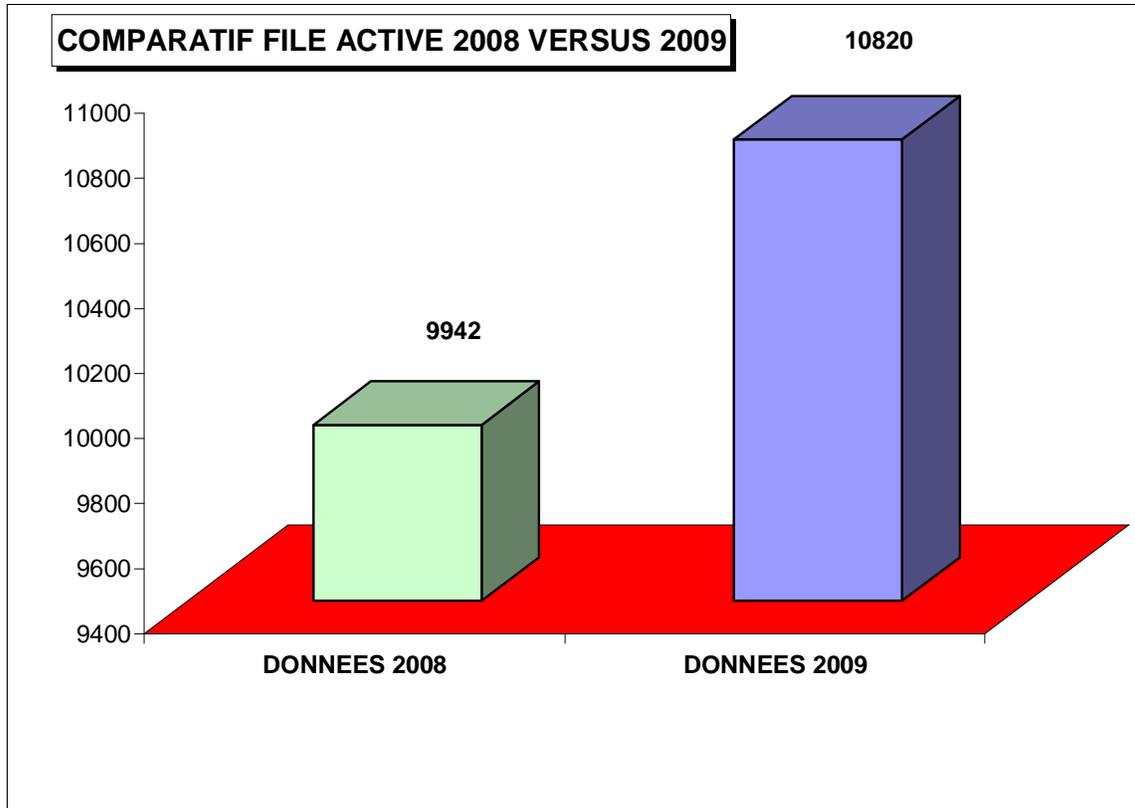
Il s'agit de la dernière valeur de la charge virale de 2009, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.



4.3 Analyse entre la file active 2008 validée et la file active 2009 validée

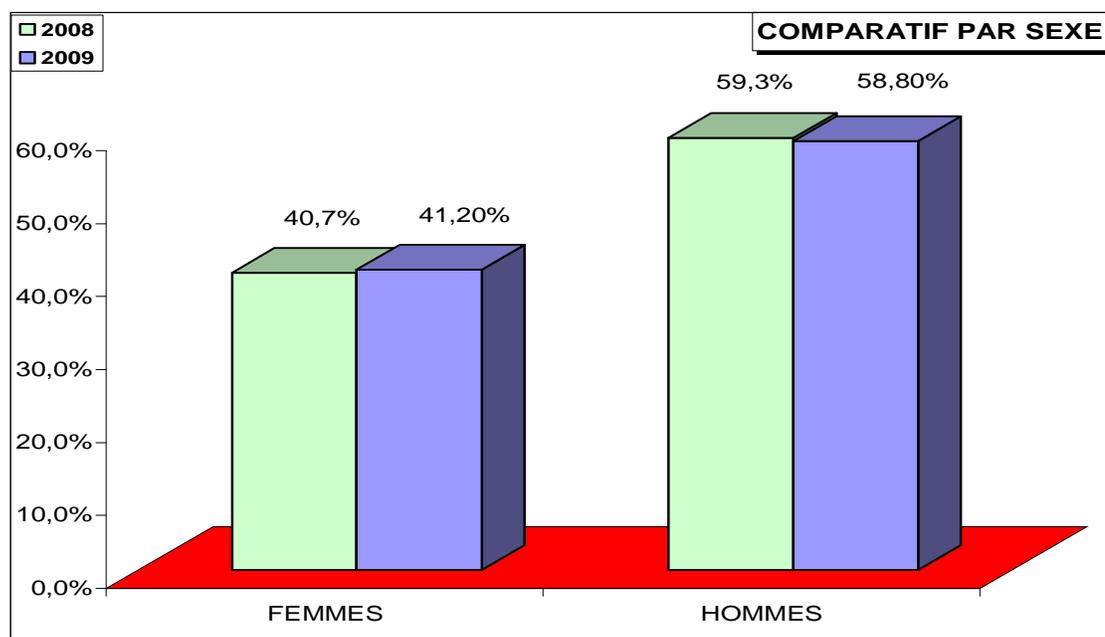
Comme cela a été évoqué ci-dessus (p21), les données 2009 sont plus complètes. Aussi les comparaisons avec l'année précédente portent uniquement sur les items communs et comparables.

A/ Comparaison sur l'analyse globale de la file active

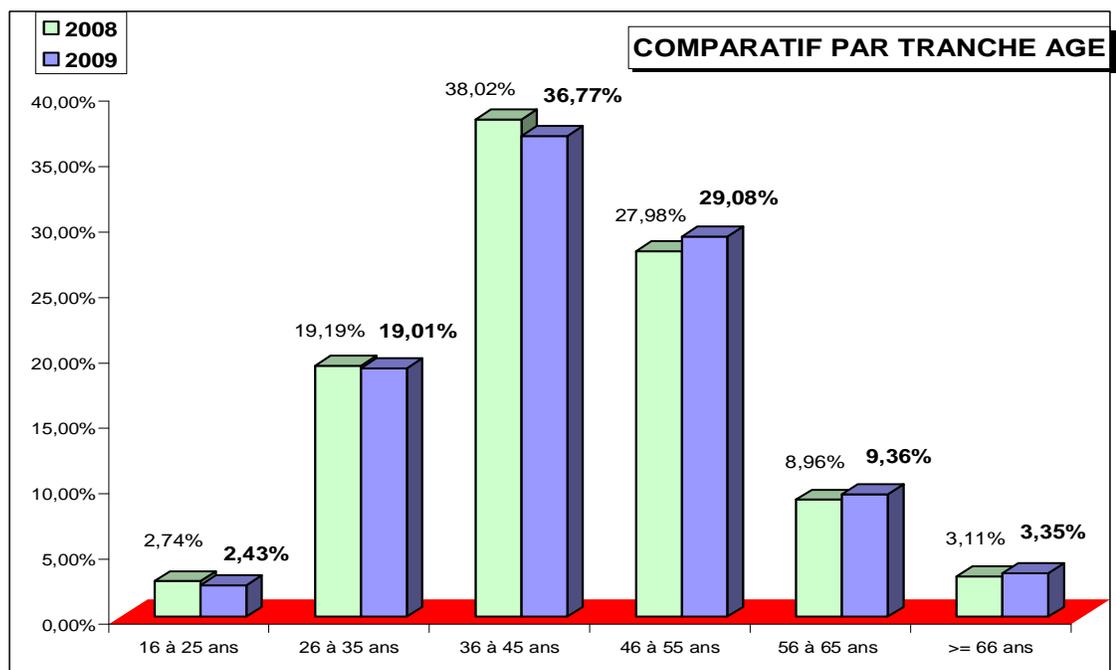


La file active validée 2009 a augmenté de 8,8 % par rapport à l'année précédente.

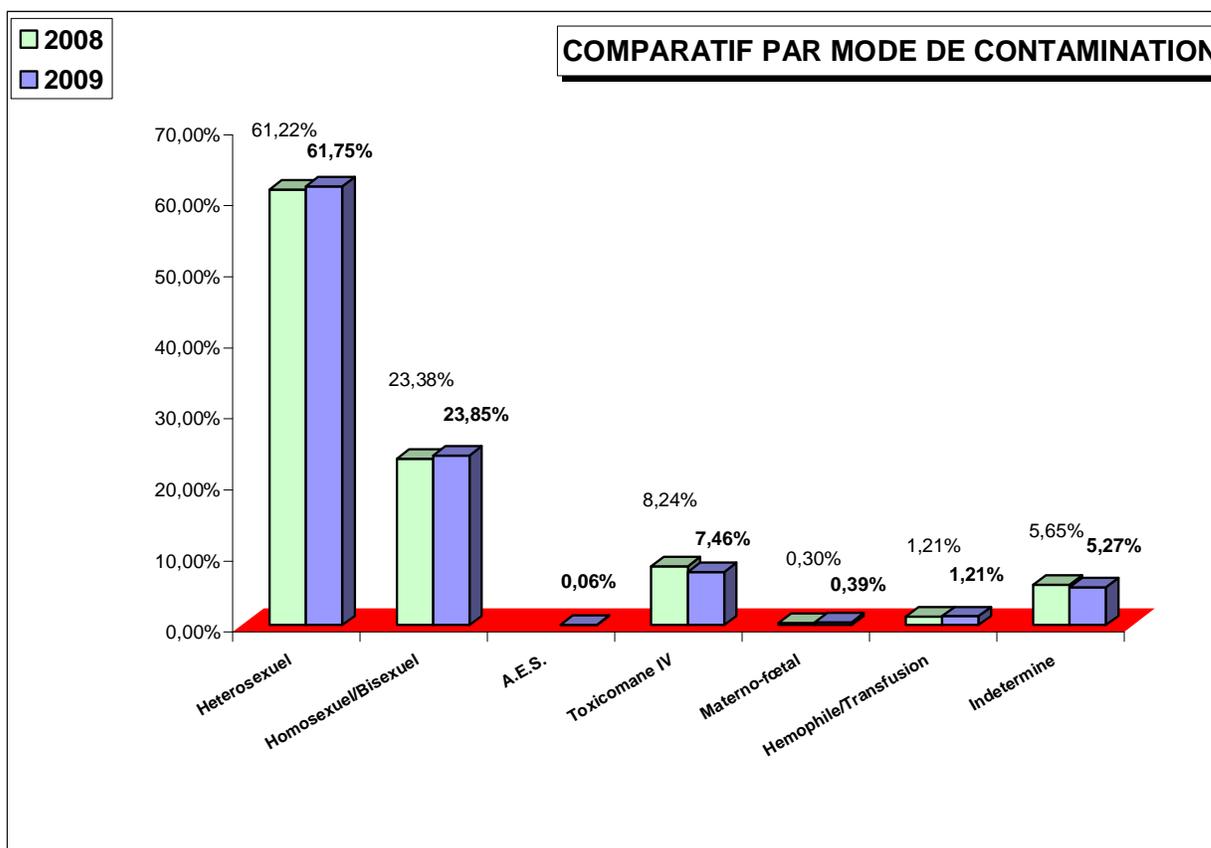
a/ Répartition par sexe



b/ Répartition par âge



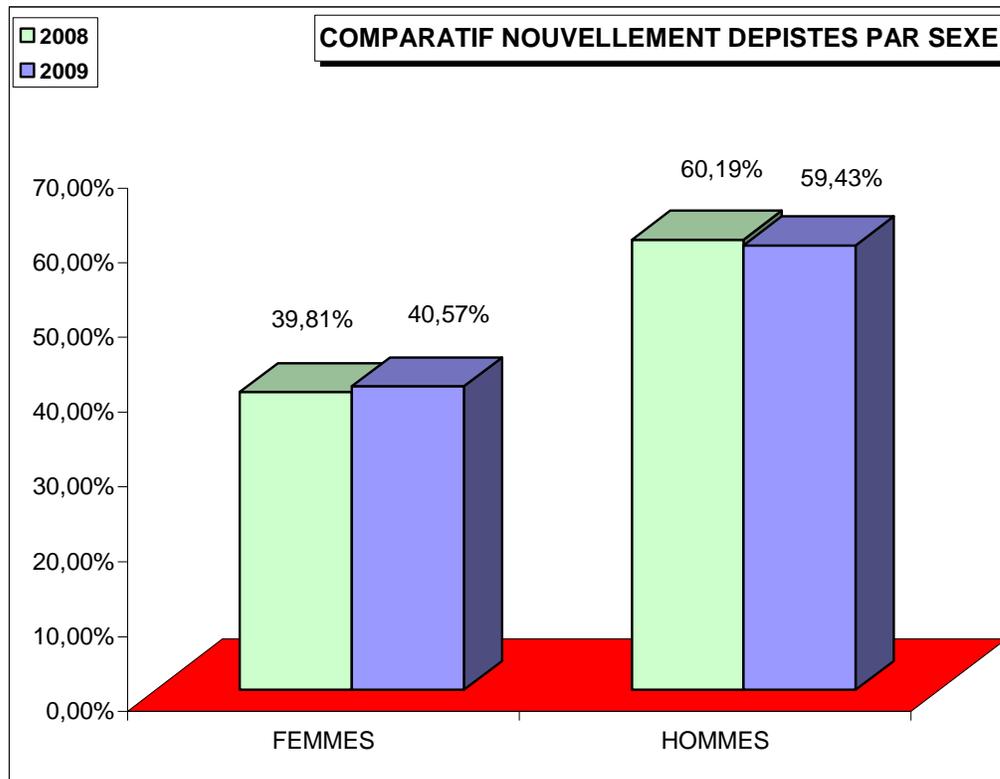
c/ Répartition par mode de contamination



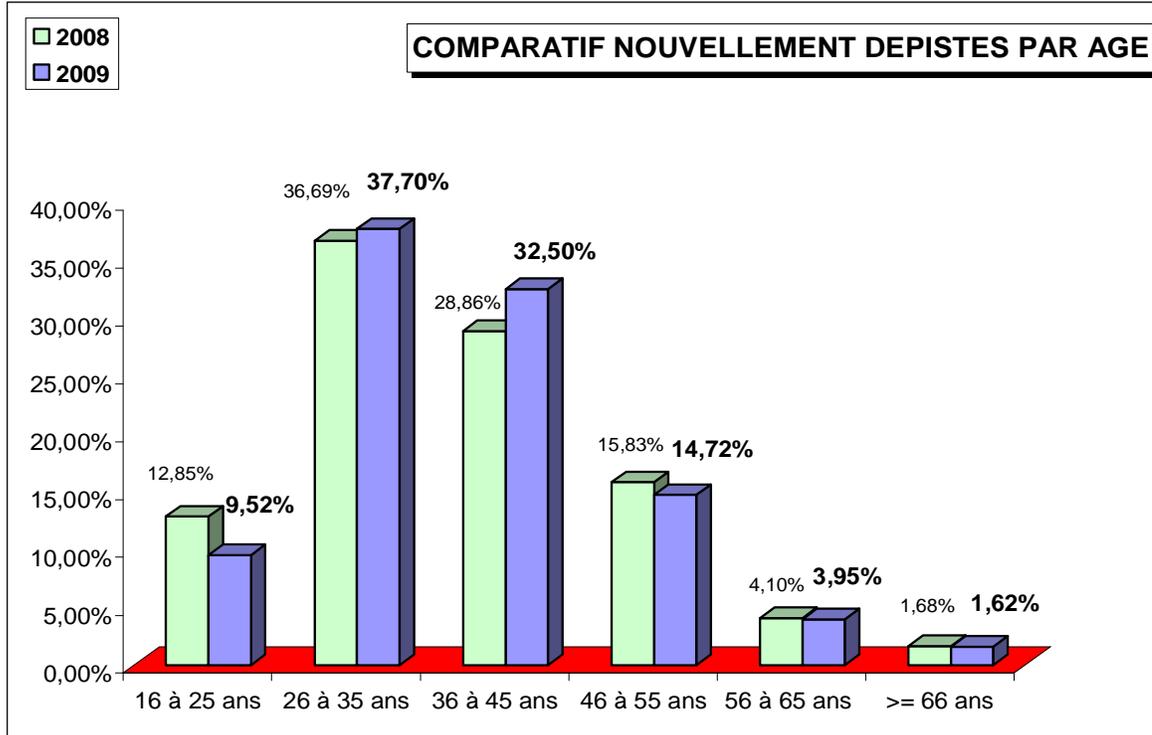
B/ Comparaison sur les patients nouvellement dépistés

	2008	2009
% DE PATIENTS NOUVELLEMENT DEPISTES / FILE ACTIVE	5,43%	5,15%

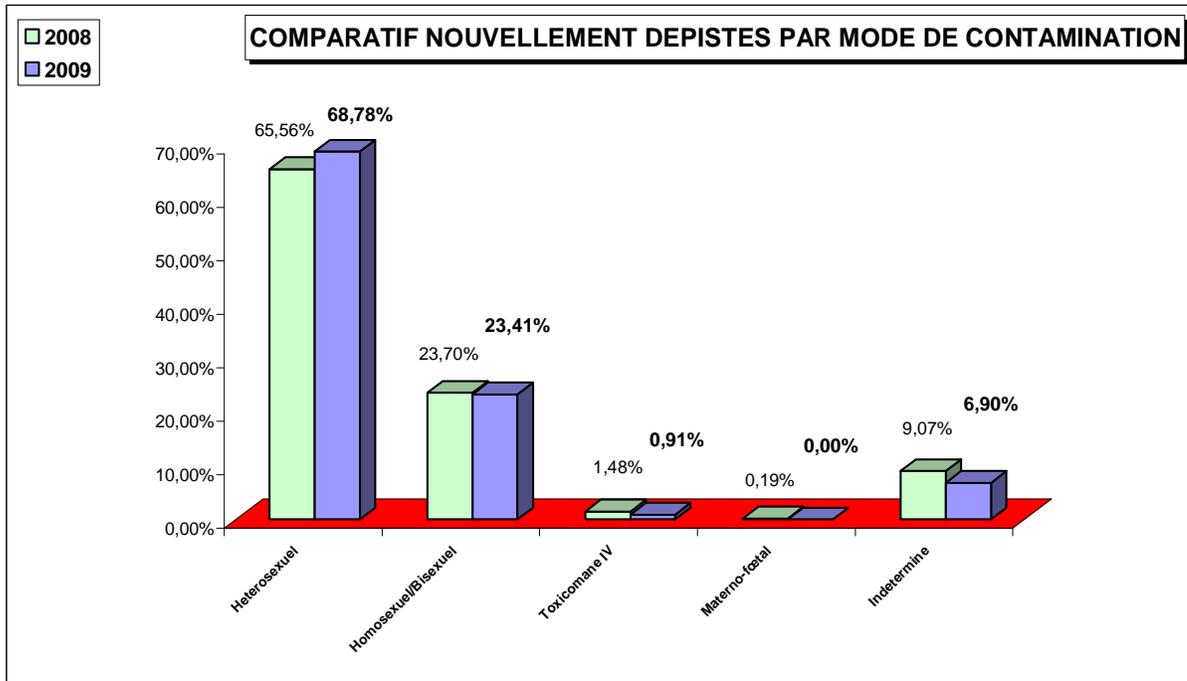
a/ Répartition par sexe



b/ Répartition par âge



c/ Répartition par mode de contamination



Nous pouvons constater que le profil des patients nouvellement dépistés en 2008 est proportionnellement identique à celui des patients nouvellement dépistés en 2009 concernant le sexe, l'âge et le mode de contamination.

La file active globale de 2009 reste également similaire à celle de 2008 pour les mêmes variables.

4.4 Données issues du PMSI des différents hôpitaux du COREVIH-EST

Nous disposons des données des 26 établissements du COREVIH EST prenant en charge des PVVIH.

Il est à noter que les données des CH Meaux et Provins sont agrégées.

De plus, l'EPS de Ville Evrard, compte tenu du système spécifique pour le recueil de l'information médicale pour le secteur psychiatrique (non équipé du PMSI), n'a pas pu nous transmettre ses données dans la mesure où elles n'étaient pas significatives.

De la même façon, nous ne sommes pas en mesure de vous présenter les données relatives à l'activité de SSR réalisées au centre médical Bligny qui reçoit de nombreuses PVVIH, dans la mesure où le recueil ne se fait pas via le PMSI.

A/ Données relatives aux hospitalisations de plus de 24 heures

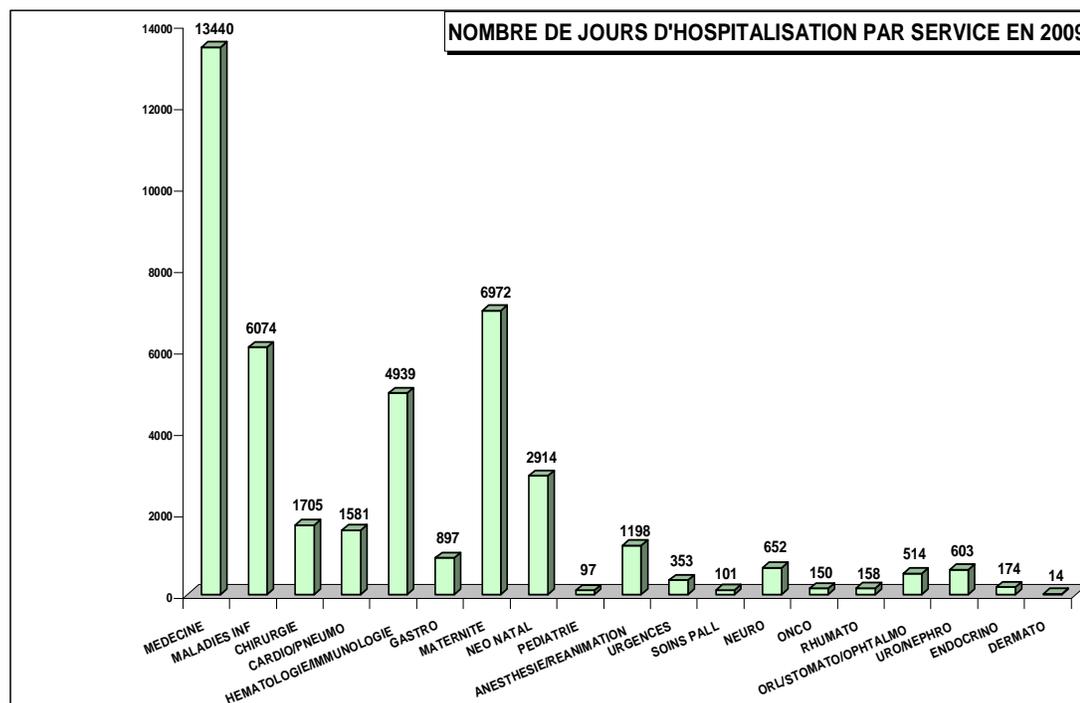
Au total en 2009, 3902 patients ont été hospitalisés représentant 5582 séjours qui ont généré 43 401 journées d'hospitalisation complète c'est-à-dire supérieure à 24 H.

HOPITAL	HOSPITALISATIONS COMPLETES (sup à 1 jour)			
	NOMBRE DE PATIENTS 2009	NOMBRE DE SEJOURS 2009	NOMBRE DE JOURS 2009	DUREE MOYENNE DE SEJOUR 2009
SAINT DENIS	1202	1337	9944	7,40
SAINT LOUIS	511	1306	9255	10,20
LARIBOISIERE	407	586	5491	11,37
AVICENNE	205	417	3564	14,60
GONESSE	165	274	2472	10,30
CORBEIL SUD FRANCILIEN	290	290	2384	8,20
MONTREUIL	85	121	1519	16,10
JEAN VERDIER	145	184	1250	7,70
AULNAY	245	288	1244	5,08
CRETEIL	74	110	953	8,66
LAGNY	72	120	835	6,96
MONTFERMEIL	60	60	786	27,10
VILLENEUVE	147	147	783	5,30
BLIGNY	46	58	606	8,91
MELUN	45	55	587	15,07
MEAUX / PROVINS	68	79	465	5,67
LONGJUMEAU	37	37	449	12,14
FONTAINEBLEAU	25	37	270	7,19
ARPAJON	21	24	181	7,50
MONTEREAU	10	10	116	11,60
ETAMPES	16	16	101	6,10
DOURDAN	7	7	73	12,00
COULOMMIERS	14	14	30	13,30
JUVISY	4	4	30	20,50
NEMOURS	1	1	13	13,00
ORSAY	0	0	0	0,00
VILLE EVRARD *	0	0	0	0,00
TOTAL	3902	5582	43401	10,88

a/ Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par spécialité

Sur 43 401 journées d'hospitalisation, 42 536 ont pu être ventilées entre les différents services accueillant des patients VIH suivant la codification en diagnostic principal et diagnostic associé.

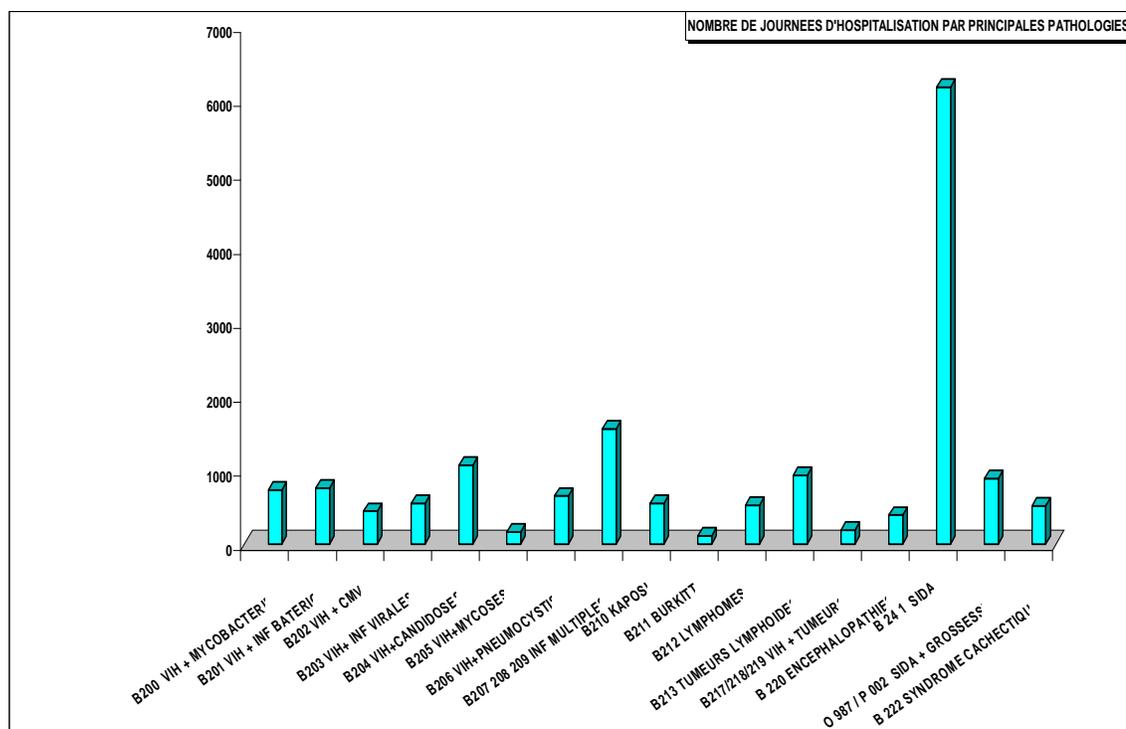
MEDECINE	13440
MALADIES INFESTIEUSES	6074
CHIRURGIE	1705
CARDIO/PNEUMOLOGIE	1581
HEMATOLOGIE/IMMUNOLOGIE	4939
GASTRO-ENTEROLOGIE	897
MATERNITE	6972
NEO NATALITE	2914
PEDIATRIE	97
ANESTHESIE/REANIMATION	1198
URGENCES	353
SOINS PALLIATIFS	101
NEUROLOGIE	652
ONCOLOGIE	150
RHUMATOLOGIE	158
ORL/STOMATO/OPHTALMO	514
URO/NEPHROLOGIE	603
ENDOCRINOLOGIE	174
DERMATOLOGIE	14



b/ Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par principales pathologies

Les données présentées ci-dessous sont les nombres de journées issues du PMSI à partir du diagnostic principal ou du diagnostic associé.

VIH + INF BATERIO	761
VIH + CMV	445
VIH+ INF VIRALES	554
VIH+CANDIDOSES	1072
VIH+MYCOSES	170
VIH+PNEUMOCYSTIS	651
IN FEC. MULTIPLES	1558
KAPOSI	555
BURKITT	113
LYMPHOMES	530
TUMEURS LYMPHOIDES	934
VIH + TUMEURS	195
ENCEPHALOPATHIES	392
SIDA	6179
SIDA + GROSSESSE	887
SYNDROME CACHECTIQUE	520



B/ Données relatives aux hospitalisations de jour (HDJ < 24 heures)

On peut dénombrer 8 705 journées d'hospitalisation de jour pour ces 26 hôpitaux.

a/ Répartition des HDJ par établissement

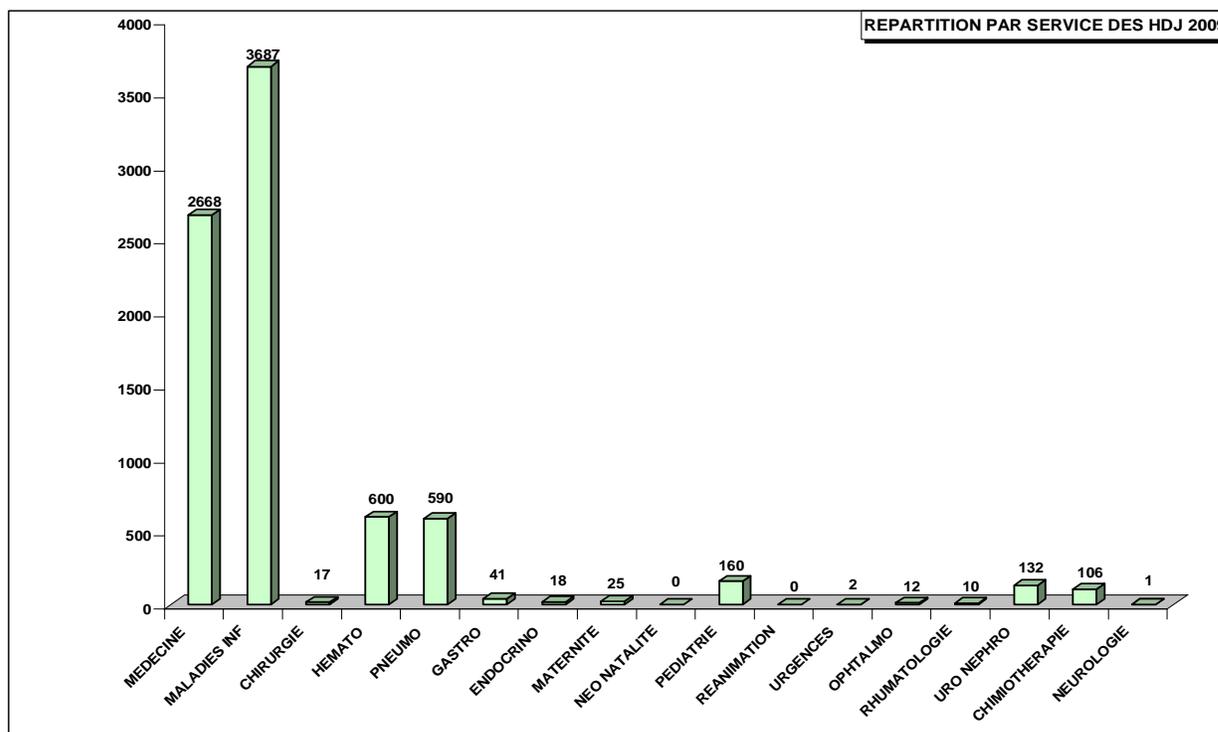
HOPITAL	HOPITAL DE JOUR	
	NBRE DE SEJOURS	NBRE DE PATIENTS
AVICENNE	1780	NC
SAINT LOUIS	1638	NC
GONESSE	1365	NC
LARIBOISIERE	684	338
SAINT DENIS	682	NC
LAGNY	614	333
VILLENEUVE	586	NC
CORBEIL	414	NC
CRETEIL	233	150
AULNAY	135	134
JEAN VERDIER	123	NC
COULOMMIERS	114	28
MELUN	113	NC
FONTAINEBLEAU	45	14
ARPAJON	36	NC
MONTFERMEIL	34	NC
MONTREUIL	32	32
MEAUX / PROVINS	30	NC
JUVISY	22	NC
LONGJUMEAU	12	5
BLIGNY	8	5
DOURDAN	5	NC
NEMOURS	0	0
ETAMPES	0	0
MONTEREAU	0	0
TOTAL	8705	

b/ Répartition des HDJ par spécialité

Les 8 705 journées d'hôpital de jour dans les 26 hôpitaux du COREVIH IDF EST ont été réparties au sein de différents services

Il faut noter que l'hôpital de Lagny n'a pas communiqué la répartition par service, cette répartition globale est donc présentée pour 8 069 journées sur les 8 683 déclarées.

MEDECINE	2690
MALADIES INF	3687
CHIRURGIE	17
HEMATO	600
PNEUMO	590
GASTRO	41
ENDOCRINO	18
MATERNITE	25
NEO NATALITE	0
PEDIATRIE	160
REANIMATION	0
URGENCES	2
OPHTALMO	12
RHUMATOLOGIE	10
URO NEPHRO	132
CHIMIOETHERAPIE	106
NEUROLOGIE	1

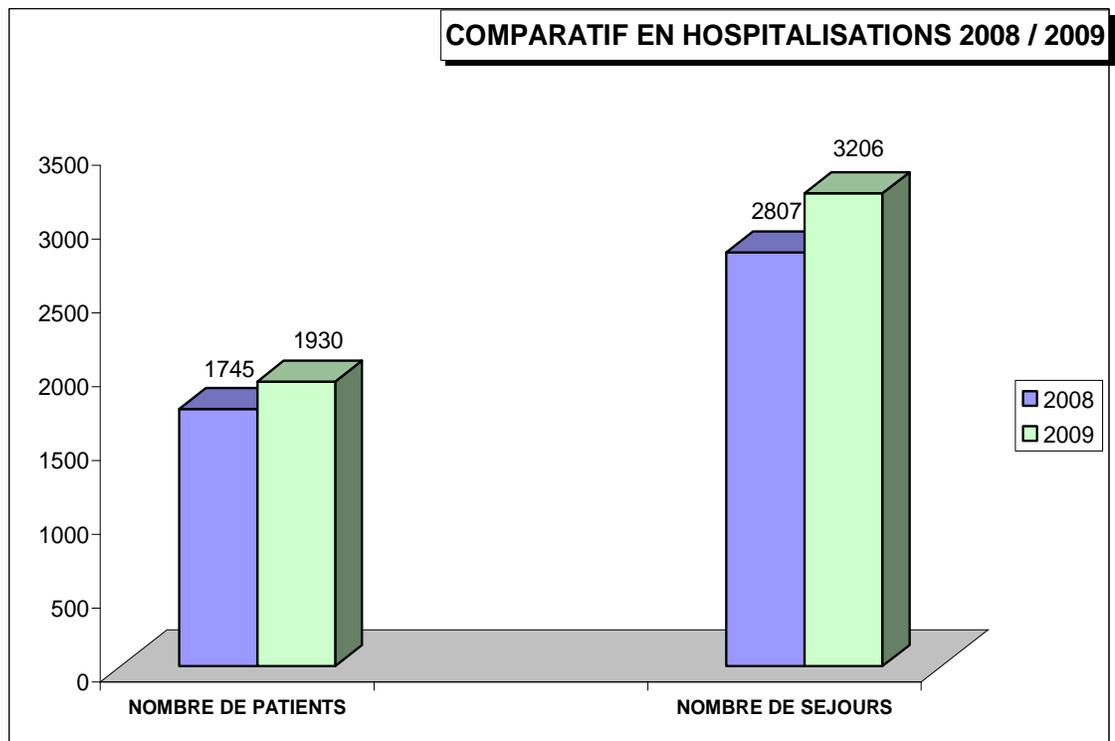


C/ Comparaison entre des données PMSI de 2008 et de 2009

a/ Pour les hospitalisations complètes (> 24 heures)

Les données de 2008 ayant été moins exhaustives, le comparatif a été effectué sur les données 2008 et 2009 comparables soit celles de 14 hôpitaux pour 2008 rapportées aux mêmes 14 hôpitaux pour 2009.

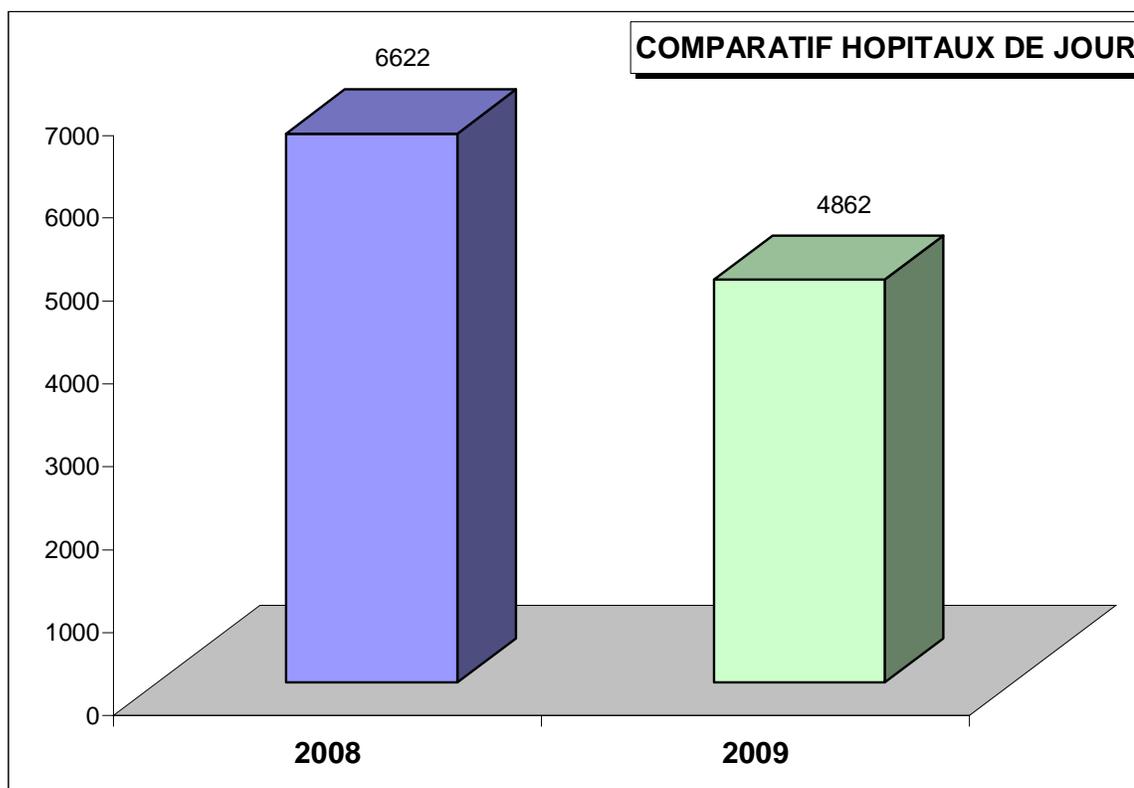
Pour les hospitalisations complètes, il faut noter que le nombre de journées d'hospitalisation pour 2008 ne nous avait pas été communiqué.



Concernant les hospitalisations de plus de 24 H, le nombre de patients (+10,60 %) ainsi que le nombre de séjours (+14,21 %) sont en hausse par rapport en 2008 pour les 14 hôpitaux pouvant être comparés.

b/ Pour les hospitalisation de jour (< 24 heures)

Les données de 2008 ayant été moins exhaustives, le comparatif est fait sur les données 2008 et 2009 comparables, c'est-à-dire sur les chiffres communiqués par 19 hôpitaux pour 2008 rapportés aux mêmes 19 hôpitaux pour 2009.



L'activité d'hospitalisation de jour a baissé de 26,5 % avec 1 760 séances de moins.

V Activité de recherche clinique

Le recueil de l'activité de recherche clinique a été fait à partir d'un questionnaire adressé aux technicien(ne)s d'études cliniques (TEC) dont les éléments ont ensuite été compilés.

Sous réserve de l'exhaustivité des données, parmi la file active 2009, 2,7 % de patients ont été suivis dans des essais ANRS et 6,8 % de patients dans des cohortes ANRS.

Ainsi, parmi la file active 2009, au total 9,5 % des patients ont pris part à des études ANRS.

1,3 % de patients participent à des études hors ANRS sur l'ensemble des patients suivis en 2009.

Par conséquent, on compte 10,8 % de patients inscrits dans des études sur l'ensemble de la file active 2009 du COREVIH Est.

5.1 Activité globale de recherche clinique

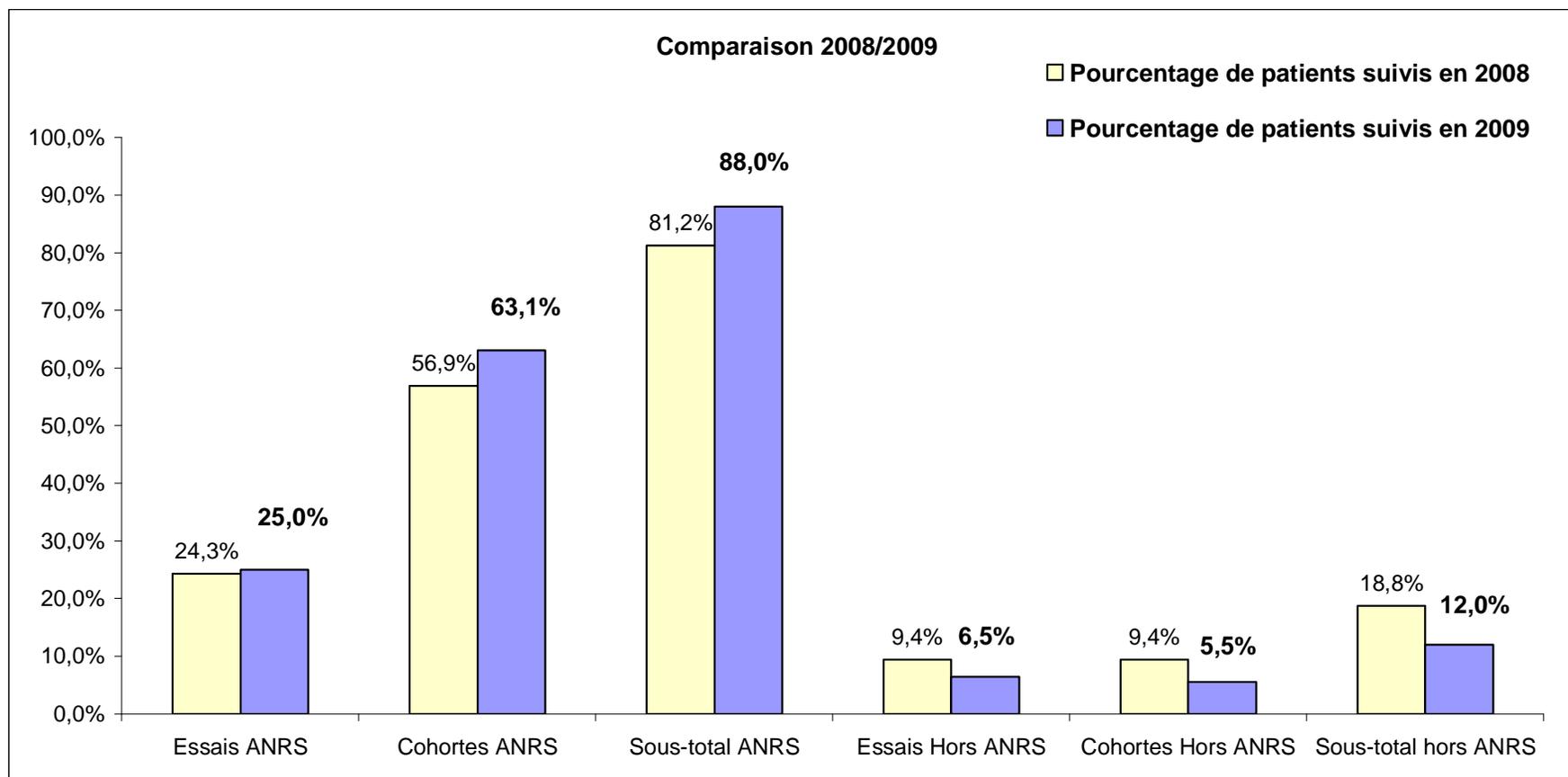
Le tableau ci-dessous présente un état des lieux concernant la recherche clinique dans les différents centres :

	Lariboisiere	St Denis	Sud Francilien	Meaux	Lagny	Coulommiers	St Louis MI	St Louis MIT	St Louis MST	St Louis Immuno
FA 2009 par site	1327	1032	603	173	617	47	478	2776	129	269
Nombre d'essais par site	14	6	9	1	7	1	19	40	2	4
Nombre de patients suivis par site	116	108	41	9	46	0	232	467	14	34
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2009	8,7%	10,5%	6,8%	5,2%	7,5%	0,0%	48,5%	16,8%	10,9%	12,6%

	Avicenne	Jean Verdier	Montreuil	Créteil	Fontainebleau	Bligny	Melun	Montfermeil	Aulnay	Gonesse
FA 2009 par site	932	708	782	547	91	150	440	263	658	750
Nombre d'essais par site	20	9	4	10	1	3	2	0	0	0
Nombre de patients suivis par site	287	42	7	53	5	21	16	0	0	0
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2009	30,8%	5,9%	0,9%	9,7%	5,5%	14,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%

	Arpajon	Dourdan	Etampes	Juvisy	Nemours	Montereau	Villeneuve	Longjumeau
FA 2009 par site	50	18	31	54	18	42	612	195
Nombre d'essais par site	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de patients suivis par site	0	0	0	0	0	0	0	0
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2009	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

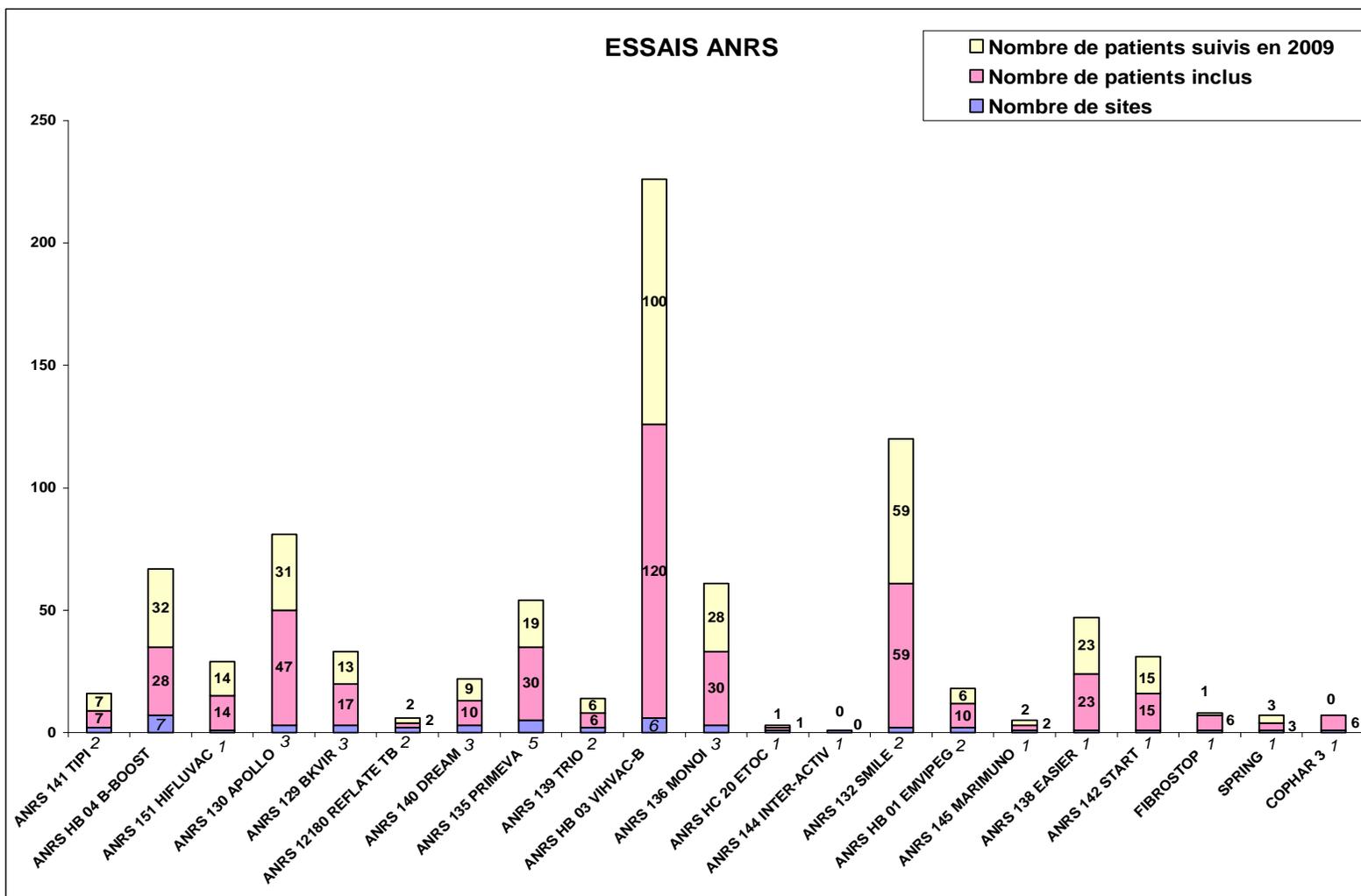
A/ Comparaison du nombre de patients suivis en 2008 et 2009:



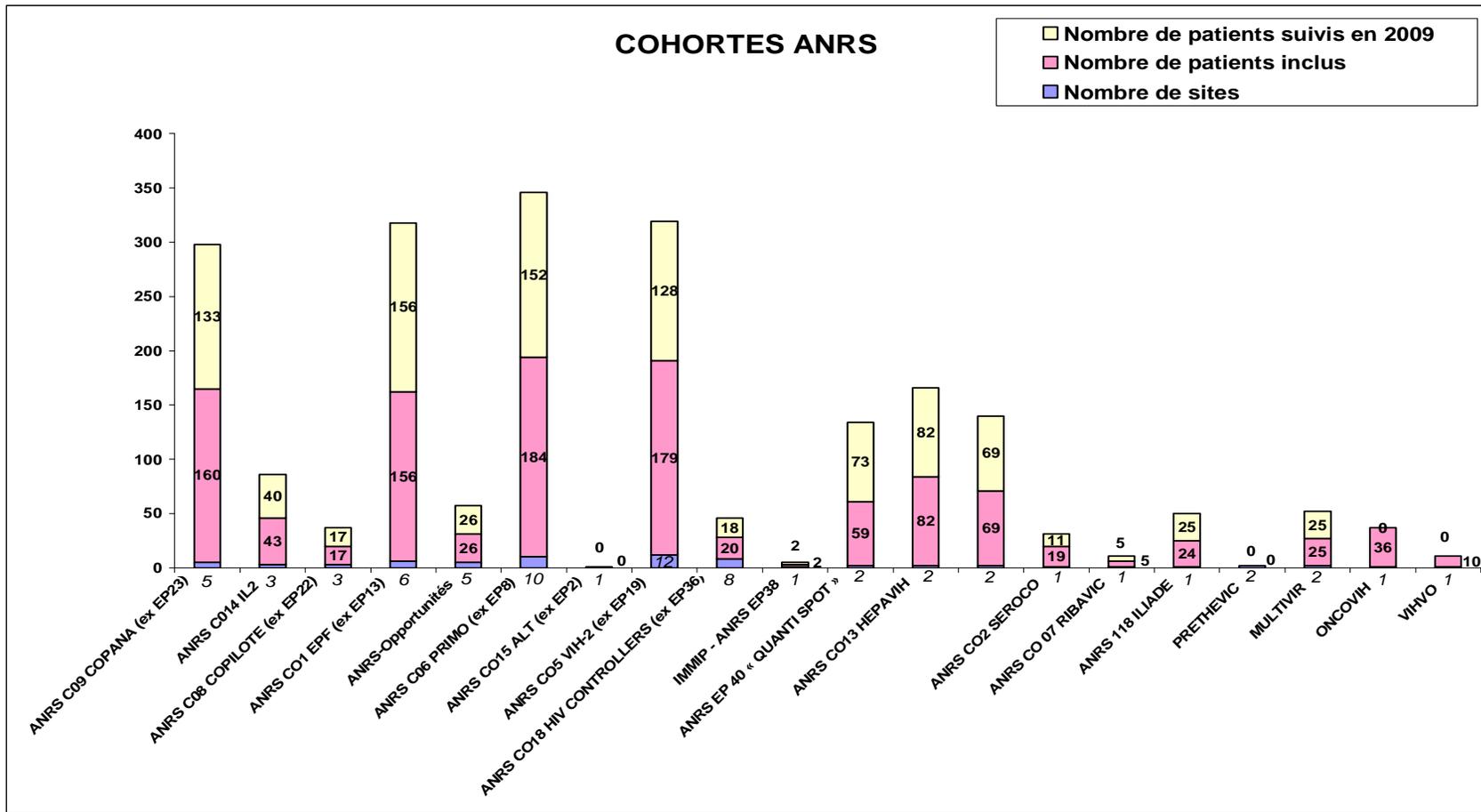
On constate que le pourcentage de patients suivis dans les études ANRS en 2009 augmente de 6,8 % par rapport à l'année 2008. Au contraire, concernant les études hors ANRS, ce pourcentage diminue de 6,8 %.

B/ Activité de recherche clinique menée dans le cadre de l'ANRS:

a / Essais



b/ Cohortes



On constate un nombre plus important de patients suivis dans les cohortes que dans les essais.

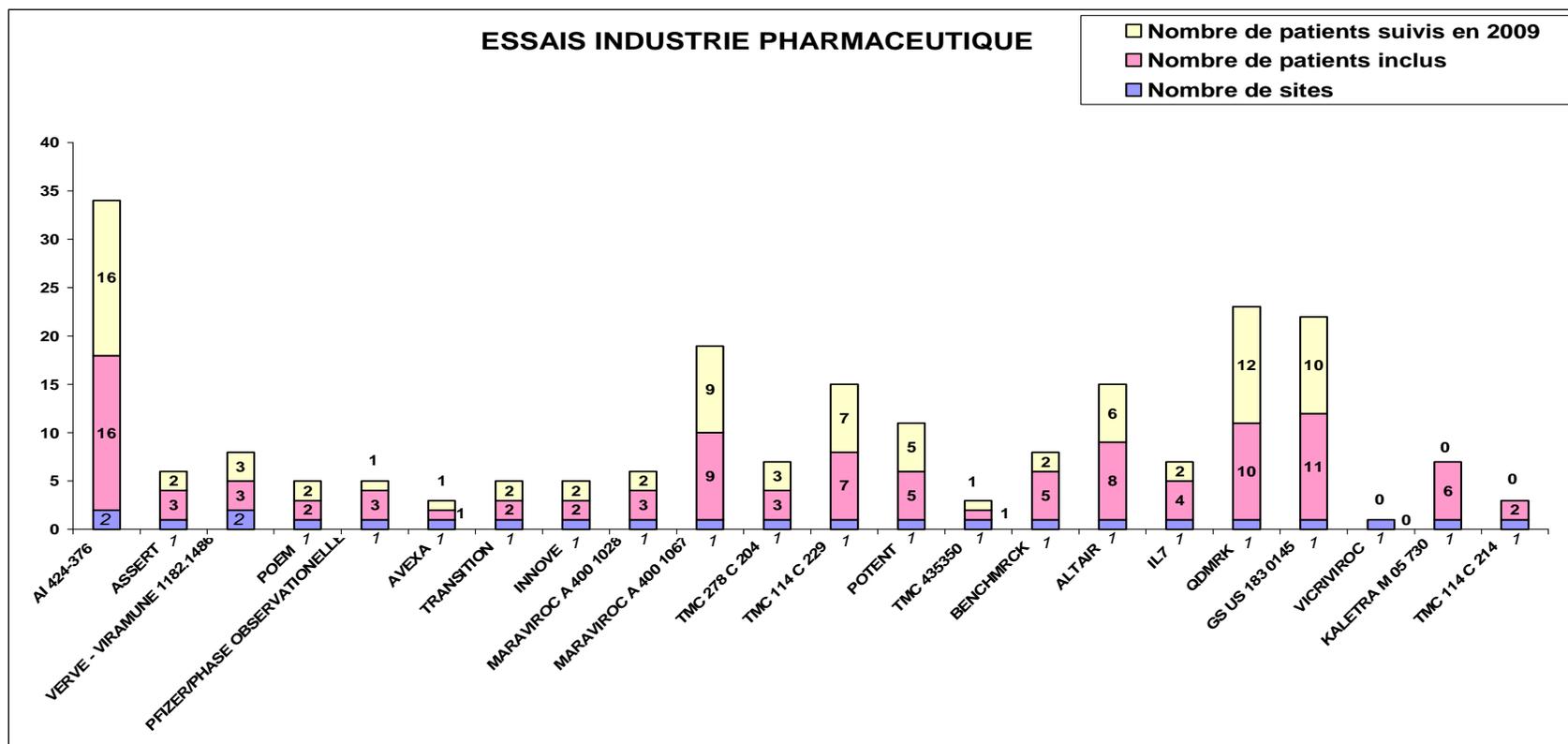
C/ Activité de recherche clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS:

(Industrie pharmaceutique et autres)

a / Essais

En ce qui concerne les essais menés dans le cadre de l'industrie pharmaceutique, on remarque dans le tableau ci-dessous que peu de sites y participe.

Au sein du COREVIH Est, un seul essai a été mené dans un autre cadre (DRC), il s'agissait de l'essai «IGRAVIH» comparant IDR / Quantiféron / et T-SPOT.TB dans le service de médecine interne de St Louis.



b/ Cohortes

En ce qui concerne les cohortes menées dans le cadre de l'industrie pharmaceutique, 18 patients ont été suivis en 2009 à Bligny dans la cohorte «PMOS-FRAN-08-005 PREFACE Sanofi Aventis + Abbott France» étudiant la prévalence de la lipoatrophie faciale chez les patients VIH traités par ARV depuis plus de 12 mois.

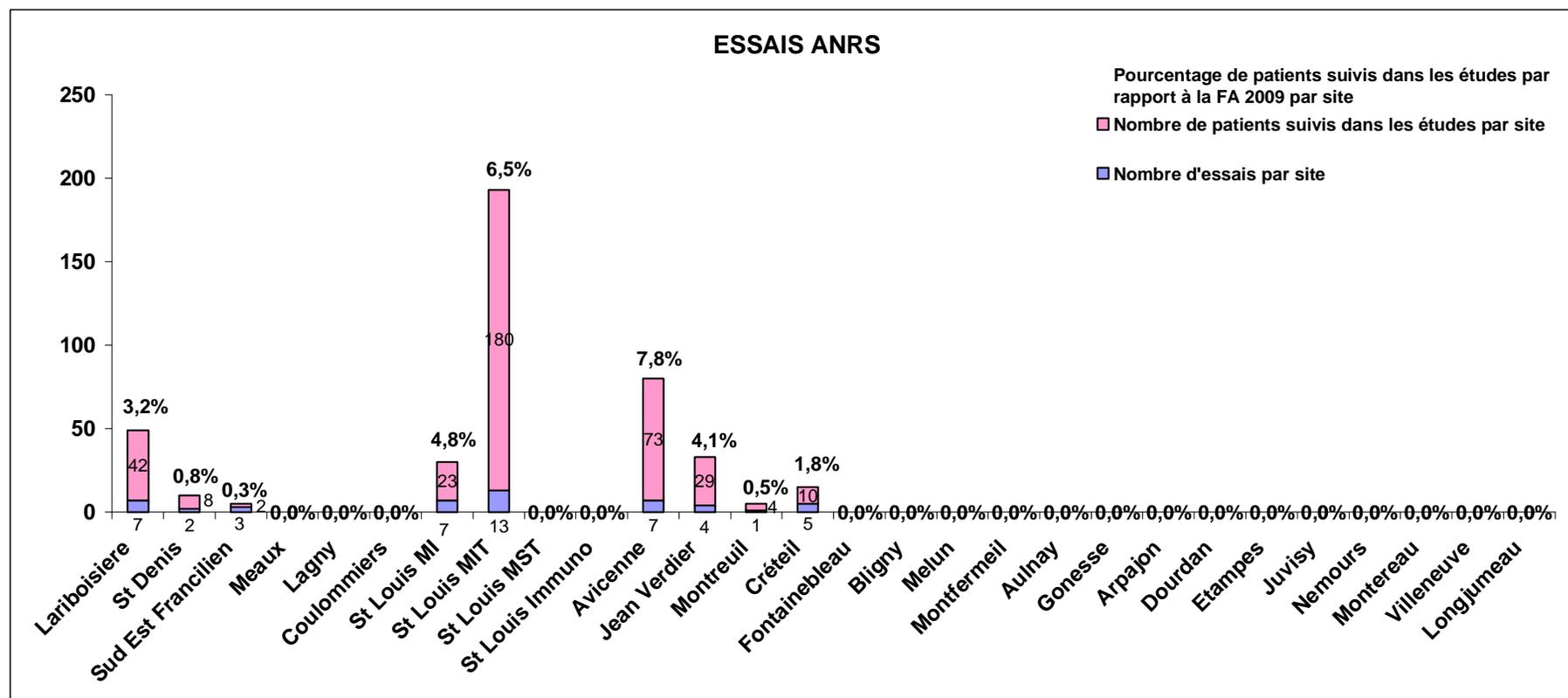
Pour les cohortes menées dans un autre cadre (IMEA), 30 patients ont été suivis en 2009 à St Louis (services de médecine interne et de maladies infectieuses) dans la cohorte «BI-LIVER» qui consiste à étudier l'incidence et les déterminants des maladies terminales du foie, l'efficacité sur le long terme des antiviraux VHB et la pharmacologie des ARV en contexte de cirrhose.

5.2 Analyse détaillée de la recherche clinique

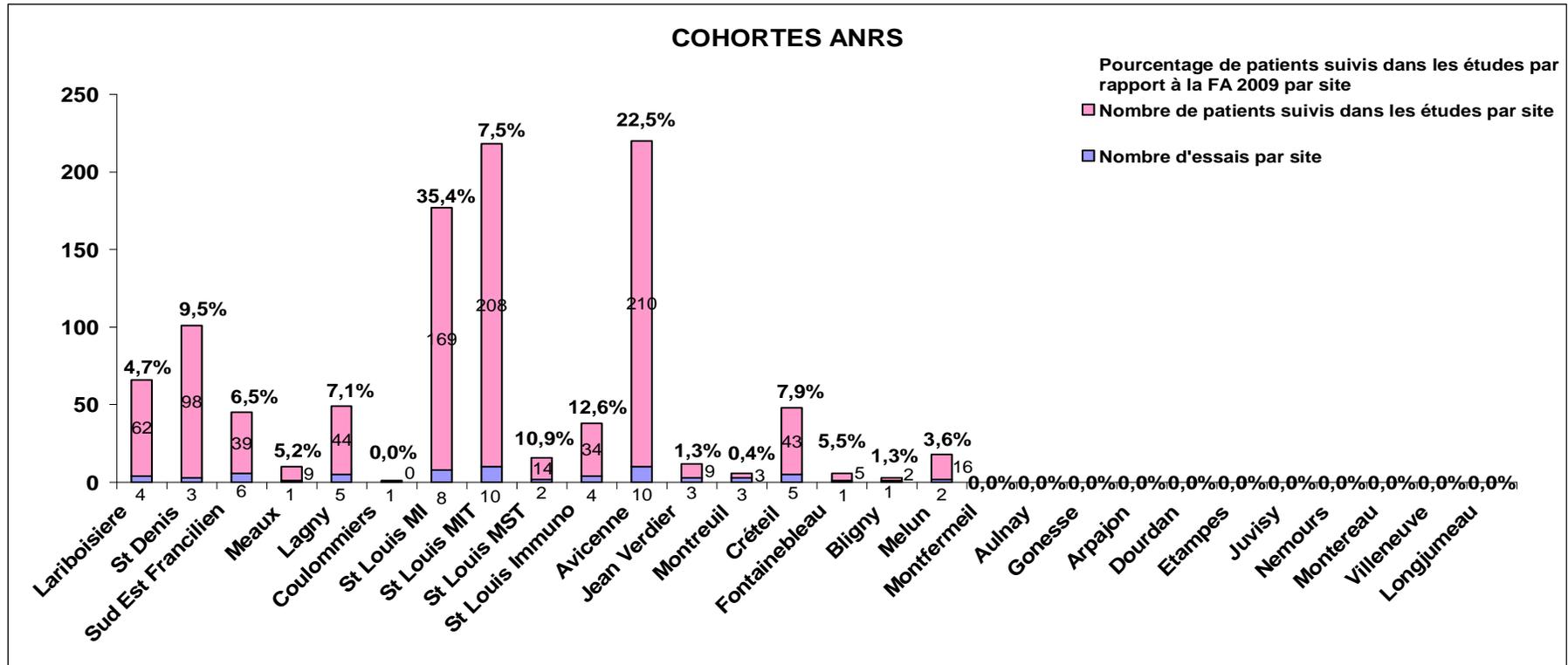
A/ Activité de recherche clinique menée dans le cadre de l'ANRS:

a/ Essais

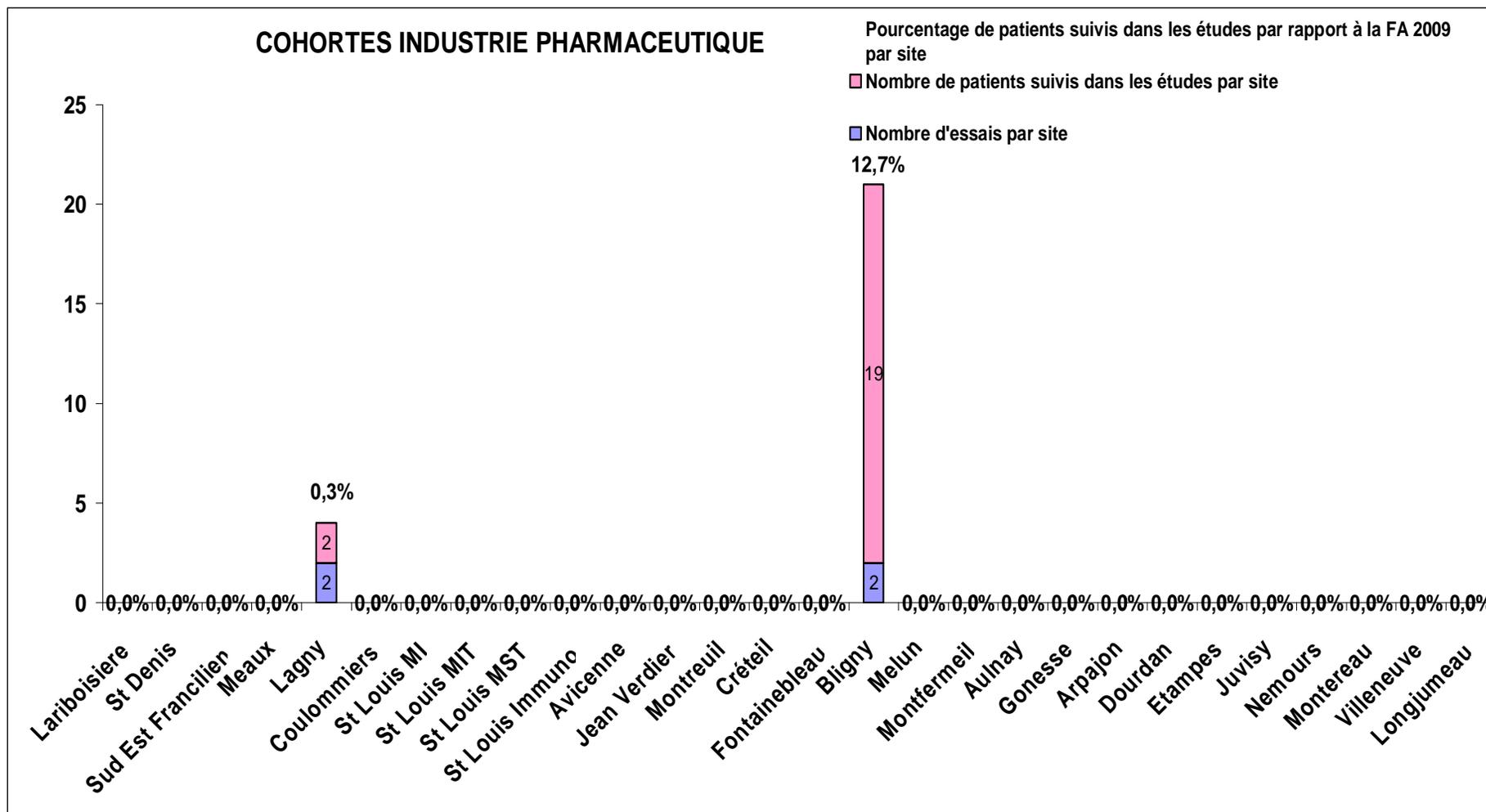
Certains sites ont bénéficié de la mise en place d'un poste de TEC tardivement, ce qui explique en partie l'absence de participation aux études :



b/ Cohortes



b / Cohortes



VI Le fonctionnement du COREVIH

6.1 Commissions et groupes de travail

a/ Présentation générale des Commissions

Objectifs :

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

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

Fonctionnement :

Le fonctionnement des Commissions est fixé par l'article 7 du règlement intérieur.

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

Un responsable de commission (ou pilote) est nommé par le bureau. Ce responsable a pour rôle de piloter la commission (désigner les membres, organiser les réunions, mener les débats...)

Afin d'aider les personnes en charge du pilotage des commissions, dans l'exercice de leur fonction, une fiche technique a été rédigée.

De plus, au cours de l'année, les membres du bureau ont reçu les pilotes de certaines Commissions et ont fixé ensemble une lettre de cadrage définissant les priorités et objectifs (cf annexes).

Les pilotes relatent ci-dessous les travaux et les projets menés dans le cadre de ces différentes Commissions de travail.

b/ Présentation des Commissions par items :

A la création du COREVIH treize commissions, trois sous-commissions et un groupe de travail avaient été mis en place. L'année 2009 a donné lieu à des évolutions en la matière.

En effet, la **Commission** dédiée à la « **Filière d'aval** » a été finalement prise en charge au niveau régional et pilotée par le Dr Christine BARBIER, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) à la DRASS IDF. Ce groupe a principalement réalisé les 2 travaux suivants en vue de la préparation du SROS 4:

- une synthèse régionale par orientation de prise en charge SSR viroses parue en septembre 2009 et présentée lors de la séance plénière de décembre
- une synthèse de l'enquête menée auprès des COREVIH tendant à l'évaluation des besoins en SSR VIH « Mère/bébé »

De même pour la **Commission** « **Prison** », faute de pouvoir mobiliser un nombre suffisant de personnes sur cette thématique, le territoire du COREVIH IDF Est ne comprenant que 3 UCSA, il a été décidé de traiter cet item au niveau régional avec les 5 COREVIH d'IDF. Ce groupe sera mis en place en 2010.

La **Commission** « **Formation et EPP** » s'est réunie 2 fois au cours de l'année.

Compte tenu de la refonte du système d'EPP, il a été décidé de s'orienter principalement sur le volet formation.

L'idée de réaliser des sessions de formations semble répondre à des besoins et mobiliser les membres du groupe.

A cet effet, des projets sur des thématiques variées destinés à des publics différents ont été évoqués (pharmaciens de ville, internes, acteurs du COREVIH...).

Afin d'organiser une journée COREVIH IDF Est, un sondage a d'ailleurs été réalisé pour savoir quelles thématiques et quels horaires conviendraient le mieux aux acteurs du COREVIH.

Un bref questionnaire a été adressé à tous les acteurs recensés. Nous avons obtenu 62 réponses correspondant à un taux de réponse d'environ 8 %. En termes de réponses, il y avait un équilibre entre la banlieue et Paris intra muros (31 vs 25) et elles émanaient essentiellement des milieux hospitaliers (46) et associatifs (13) parmi lesquels une grande majorité de médecins a répondu (27/62). Les créneaux horaires préférentiels semblent être l'après-midi et/ou la soirée.

Parmi les thèmes arrêtés en Bureau, voici le classement exprimé par ordre d'intérêt par les acteurs interrogés:

1. stratégies de dépistage
2. éducation thérapeutique
3. place des nouveaux traitements
4. quand débiter un traitement ARV ?

Cependant, la mise en œuvre de ces projets semble, pour l'instant, compromise car organiser des sessions et événements de formation nécessite de mobiliser du temps et des personnes ; or à ce jour personne n'a pris en charge le pilotage de cette Commission.

Un travail de recensement des offres de formation relatives au VIH disponibles pourrait être un préalable et présenter un intérêt pour une structure de coordination telle que le COREVIH.

Quant au **Groupe de suivi et prospective** qui était chargé d'observer et d'évaluer le fonctionnement du COREVIH au regard du dispositif tel qu'il a été prévu par les textes et les différents objectifs fixés, notamment à travers l'élaboration et l'analyse de tableaux de bord. Ce groupe assez singulier n'a pas suscité d'intérêt parmi les acteurs, il ne s'est donc pas réuni en 2009. Un suivi « a minima » est néanmoins fait par l'équipe opérationnelle du COREVIH. La question du maintien de ce groupe pour 2010 mériterait d'être posée.

Commissions « Soins »

Initialement la Commission « Soins », subdivisée en 5 sous-commissions thématiques, avait été créée afin de faire l'état des lieux de l'offre de soins sur le territoire pour l'améliorer, développer le travail en réseaux et optimiser le parcours de soins.

Parmi les 5 sous-commissions qui devaient traiter des thématiques suivantes : enfants/adolescents, foie, hôpitaux de jour, lipodystrophie et femmes, seule la dernière fonctionne.

Concernant la lipodystrophie un annuaire des ressources disponible sur le territoire a été élaboré, cette thématique ne semble pas nécessiter de mobiliser de plus amples travaux.

Face à ce constat, le Bureau a souhaité redynamiser la Commission « Soins », dont le rôle est capital, en procédant à un redécoupage. A cet effet, une lettre de mission qui figure en **annexe n°4** a été élaborée. Pour le bon fonctionnement de ces groupes, il est impératif qu'un pilote soit nommé mais aussi qu'y participent des infectiologues, des internistes, des spécialistes et des représentants des usagers.

Un recentrage sur les problématiques majeures suivantes a été souhaité :

- Commission hépatologie (relance pour création effective)
- Commission neurologie (nouveau)
- Commission perdus de vue (nouveau pour laquelle l'appui méthodologique de la SFLS a été sollicité (p90))

En revanche, la **sous-commission Femmes** émanation de la Commission « Soins » créée le 30 septembre 2008, s'est réunie pour la 1ère fois le 20 novembre 2008 et fonctionne bien et de manière très autonome.

Cette sous-commission « Femmes et VIH » comporte 18 membres inscrits et est pilotée par le Dr Marie-Aude KHUONG, infectiologue, chef de service à l'hôpital Delafontaine et le Pr Nicole CIRARU-VIGNERON, gynécologue accoucheur à l'hôpital Lariboisière.

La constitution de la sous-commission « femmes et VIH » est en adéquation avec les missions transversales affectées aux COREVIH puisque sur les 18 personnes inscrites les 4 collèges y sont représentés :

- collège 1 établissements de santé : 10 inscrits
- collège 2 professionnels de santé : 3 inscrits
- collège 3 malades et usagers : 1 inscrit
- collège 4 personnalités qualifiées : 4 inscrits

La composition médicale est aussi très variée et répond aux exigences de multidisciplinarité puisque pour 10 médecins inscrits il y a :

- 6 infectiologues
- 3 gynécologues accoucheurs
- 1 médecin d'ACT

La sous-commission femmes et VIH s'est réunie 3 fois en 2009 (24 mars 2009, 16 juin 2009 et 16 octobre 2009)

La fréquentation lors de chacune de ces réunions est très satisfaisante puisqu'en moyenne 10 personnes étaient présentes dont un « noyau dur » de 8 personnes présentes à chacune des réunions.

Au cours de l'année 2009 la sous commission a mis en route 7 projets :

1. état des lieux sur la file active
2. enquête sur la prise en charge psychologique des femmes enceintes VIH
3. enquête sur les besoins en ACT
4. enquête sur les possibilités de Procréation Médicalement Assistée (PMA)
5. enquête sur l'utilisation d'Internet par les femmes du COREVIH
6. enquête sur l'observance aux traitements ARV des femmes enceintes
7. enquête sur les pères

Sur sept projets, 3 sont actuellement terminés :

- Etat des lieux et file active : 2008
 - Nombre de femmes VIH 4 183
 - Nombre de femmes VIH accouchées environ 240
- Enquête PMA en ligne sur le site internet précisant les conditions d'accès médicales et administratives
- Enquête Internet : 50% des femmes utilisent couramment internet et pour celles-ci 80% depuis leur domicile. Forte de ces chiffres, l'association SIDA info service se propose de construire un site internet dédié aux femmes

3 projets sont en cours et devraient pouvoir être finalisés en 2010

- Enquête sur l'observance aux ARV des femmes enceintes.
Elle est prévue sur 80 dossiers provenant de 4 maternités (Delafontaine à Saint Denis, Lariboisière à Paris, Sud francilien à Evry, CHI Créteil)
Cette enquête a déjà recueilli 60 dossiers et devrait nous renseigner sur :
 1. les difficultés de l'observance
 2. leurs causes
 3. les éventuelles conséquences sur la transmission materno-fœtale du VIH
- Enquête sur les ACT mettant déjà en évidence le manque cruel de places.
- Enquête sur la prise en charge psychologique des femmes enceintes VIH ; cette enquête a connu des débuts un peu difficiles mais est maintenant bien relancée et devrait aboutir courant 2010

Le projet sur VIH et pères a été abandonné car il était redondant. En effet l'enquête périnatale Française coordonnée par l'unité INSERM U 822 traite déjà ce sujet et les maternités du COREVIH fournissent leurs données

Commission Recherche Clinique

La commission Recherche clinique du COREVIH, pilotée par le Pr Jean-Michel MOLINA, s'est réunie à deux reprises au cours de l'année 2009. Le pilote a été invité en réunion de Bureau et une feuille de route qui figure en **annexe n°5** a été établie dans la mesure où il s'agissait des premières réunions de cette Commission.

Il a été acté, au cours de ces dernières réunions, que la priorité était d'abord de développer le système de recueil informatisé des données des patients par le biais du logiciel NADIS, et que ceci était un préalable à la réalisation de protocoles de recherche.

Un appel d'offre a été ensuite adressé à l'ensemble des membres du COREVIH de façon à susciter des projets qui pourraient être réalisés de façon multicentrique au sein du COREVIH.

La prochaine réunion de la Commission « Recherche Clinique » a pour but d'évaluer ces propositions afin de mettre en place un ou deux projets dans le courant de l'année 2010.

La participation des membres du COREVIH aux réunions de la Commission « Recherche Clinique » a été croissante mais un plus grand nombre de personnes a été sollicité.

Des propositions ont été déjà envisagées en termes de projets, qu'il s'agisse de projets virologiques ou de projets cliniques notamment à visée épidémiologique et descriptive.

Commission « PSY COREVIH »

La commission PSY pilotée par le Dr Roser CEINOS, qui a pris la suite du Dr CHARMASSON, s'est réunie en 2009 pour la première fois le 20 janvier. Ce groupe initial était composé de 13 personnes. Par la suite, les membres se sont réunis régulièrement, à un rythme bimestriel (17 mars, 5 mai, 23 juin et 15 septembre), avec une moyenne de 6 personnes présentes.

L'intérêt de la commission s'est tout de suite porté sur l'importance de maintenir les moyens « psy » dans les équipes prenant en charge des patients VIH alors qu'il existe une réelle préoccupation autour de la diminution des effectifs. Le groupe s'est également intéressé à l'importance de renforcer le travail de collaboration avec les équipes de soins pour une prise en charge au plus proche des besoins des patients.

Il a été décidé, dans un premier temps, de réaliser un état des lieux sur le territoire du COREVIH Est des moyens psy existant et des besoins ressentis pour la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients atteints par le VIH.

Une enquête a donc été réalisée au moyen d'un questionnaire que nous avons élaboré et adressé à 26 établissements hospitaliers.

Il ressort de l'enquête une diminution notable du nombre de psychologues affectés sur des postes spécifiques dédiés pour les patients atteints par le VIH. Cette pénurie est comblée par l'appel à la psychiatrie de liaison, mais ce mode ponctuel de consultation ne répond pas d'une façon satisfaisante aux caractéristiques de la prise en charge et des besoins des patients.

Suite à nos discussions sur la complexité et l'intrication du psychique et du somatique dans un certain nombre de situations cliniques, mais également du dialogue nécessaire entre psy et somaticiens, notamment dans certaines prises en charge complexes, nous avons décidé d'organiser une demi-journée de travail réunissant les somaticiens et les psy autour de cas cliniques.

Un premier atelier d'échanges cliniques a eu lieu le mardi 17 novembre avec présentation de trois cas cliniques.

L'atelier a réuni 23 participants (médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux).

Les échanges ont été très animés et la réflexion enrichie par les points de vue divers grâce à la pluridisciplinarité des participants. Face à la satisfaction générale et l'intérêt suscité par cette rencontre, nous avons décidé d'organiser deux ateliers d'échanges cliniques par an.

Nous avons débuté un troisième projet cette année : la réalisation d'un répertoire précis des soignants PSY/VIH sur tout le territoire du COREVIH IDF Est. Nous avons élaboré un questionnaire standard de façon à avoir les mêmes informations pour l'ensemble des soignants et notamment les particularités de leur prise en charge. Du fait des bouleversements hospitaliers actuels, nous avons décidé d'attendre une configuration plus stable des services prenant en charge les patients VIH avant de finaliser ce recueil.

Le travail de la commission se poursuit en 2010. Nous espérons que de nouvelles personnes viendront enrichir nos réunions, nos réflexions et nos projets.

Commission « Addictions »

La commission « addiction » du COREVIH Est, pilotée par Etienne MATTER et Denis PEDOWSKA, s'intéresse aux déclinaisons de la problématique VIH / hépatites chez les usagers de drogues qui consultent les services médico-sociaux impliqués dans la lutte contre le VIH et qui utilisent ou ont utilisé un mode de consommation injecté ou nasal, ou encore qui fument ou ont fumé des dérivés de cocaïne (crack, free-base, cocaïne). Ces usagers, injecteurs/sniffeurs/crackeurs, sont les plus vulnérables vis-à-vis du VIH et des hépatites virales.

La commission addictions s'est fixée les objectifs suivants :

- Recenser les structures spécialisées dans l'accueil des usagers de drogues
- Evaluer la fréquentation par ces usagers dans les structures non spécialisées
- Evaluer le besoin en formation des professionnels intervenant auprès de ce public
- Etablir un diagnostic sur l'accès au dépistage VIH et VHC en lien avec le type de structure
- Evaluer les difficultés que peuvent rencontrer les associations dans leurs interventions et missions

Dans ce but un questionnaire a été réalisé et adressé à toutes structures du territoire du COREVIH Est. Il s'agit d'un questionnaire synthétique reprenant quelques éléments quantitatifs figurant dans les rapports d'activité, et permettant d'identifier les principales évolutions et problématiques qui pourraient être examinées au sein de la commission addictions. Il s'agit plutôt d'informations qualitatives et prospectives qui peuvent avoir fait l'objet de recommandations dans les rapports d'activités.

Ce questionnaire sera exploité au 2^{ème} trimestre 2010 et les résultats permettront à la commission d'évaluer et de réactualiser les objectifs de travail et de faire des propositions concrètes d'intervention auprès du bureau du COREVIH Est.

Commission « Dépistage »

La commission « dépistage » du COREVIH IDF Est, pilotée par le Pr ROZENBAUM, est composée de 16 membres. L'intérêt majeur de cette commission est de palier aux insuffisances du dépistage décelées sur le territoire et de s'enquérir des mesures à mettre en place autour de celui-ci.

En 2009 trois réunions (25 janvier, 26 février et le 25 mars) visant à mettre en place les objectifs de la commission ont eu lieu. Réunions au cours desquelles 5 axes de travail ont été retenus :

- les centres de vaccinations
- les CDAG et CIDDIST
- les centres IVG
- les PASS
- les services prenant en charge les patients atteints de tuberculose
- les médecins généralistes

Courant du mois de mars 2009, un questionnaire visant le dépistage lors du vaccin anti-marijuana dans les centres de vaccinations a été élaboré et envoyé aux 5 centres de vaccinations internationales de notre territoire.

Le retour de ce questionnaire, auquel les 5 centres ont répondu, a donné suite à une réunion avec les référents de chaque centre (29 mai) et les résultats de cette enquête ont été les suivants :

- le dépistage du VIH n'est jamais proposé systématiquement
- le nombre total de vaccinations est d'environ 10 000 par an (de 1000 à 3500)
- un accord unanime pour réaliser cette proposition de dépistage systématique sur une période test de 3 mois
- 4 centres sur les 5 seraient favorables à l'utilisation de tests rapides
- une unanimité pour travailler en collaboration avec un CDAG pour la réalisation du dépistage et éventuellement avec des associations pour l'annonce des résultats positifs.

Aux termes de cette réunion, il a été décidé de mettre en place une recherche action dans des délais raisonnables, à savoir aux alentours du mois de novembre et ce sur une durée de trois mois consécutifs. Une prise de contact avec les différents CDAG respectifs de chaque structure pour connaître la faisabilité d'une telle démarche est importante. Une proposition de fiche de recueil et un arbre décisionnel devaient être adressés à chaque centre avant la fin du mois de Juin afin que chacun puisse réagir.

Le 17 juin 2009, une rencontre avec les référents des CDAG/CIDDIST du territoire a eu lieu. Cette réunion a mis en avant le nombre élevé de CDAG sur le territoire du COREVIH IDF Est (41 % des CDAG de la région), un maillage territorial insuffisant (Seine et Marne), un manque de cohérence (CDAG non CIDDIST), des statuts hétérogènes (11 CDAG hospitaliers, 12 conseils généraux). Les résultats de l'anticipation de la réforme a été la suivante : manque de personnels compétents, dispersion des lieux et adaptation des budgets à la prise en charge et à la prévention. Un trinôme pour coordonner un groupe de travail est donc mis en place. Les Dr Julie TIMSIT, Isabelle de Lacroix et Catherine Marthe Rose piloteront ce groupe.

Concernant les centres IVG, un questionnaire a été envoyé aux 48 centres d'orthogénie sur le territoire. En effet, une proposition systématique de dépistage devrait être faite à toute femme enceinte ; il est apparu que lorsque cette grossesse doit aboutir à une IVG, cette proposition est loin d'être systématique, alors même que les enquêtes démontrent que dans cette population, la fréquence des IST est quatre fois plus grande que dans la population générale. Ce questionnaire a eu pour but de synthétiser les propositions systématiques de test, les problèmes rencontrés et les possibilités de réaliser cette proposition.

Sur les 48 centres 26 retours de questionnaires ont été obtenus. 9 sur 25 réalisent déjà une proposition systématique, pour 1 centre elle n'est faite que pour les IVG instrumentales. 16 des 17 centres qui ne proposent pas de test acceptent de le faire, 14 de manière routinière et 2 pendant une période test. 1 centre est opposé à cette proposition et 1 centre signale des difficultés avec les populations d'origine sub-saharienne. Une réunion des centres IVG a eu lieu le 22 octobre 2009. Au sortir de cette réunion, il est donc convenu, afin d'anticiper la mise en œuvre par le ministère des recommandations de l'H.A.S., de réaliser dans les centres qui seraient volontaires une enquête sur la faisabilité de la proposition systématique de test de dépistage pendant une période test de trois mois. Il s'agirait de remplir une fiche individuelle pour chaque personne exprimant une demande d'IVG.

L'objectif général de cette enquête serait d'évaluer en taux de proposition, taux de réalisation et taux d'acceptabilité le dépistage du VIH au moment des IVG.

Ce questionnaire (1 page/patiente), dont le temps de remplissage ne devrait pas dépasser 30 secondes, devrait pouvoir apporter des précisions également sur les éléments suivants :

- les personnels à l'origine de la proposition du dépistage ;
- les antécédents d'IST et de tests de dépistage réalisés antérieurement ;
- les difficultés logistiques rencontrées dans la réalisation des tests (accès laboratoires, délais des résultats) ;
- les perdus de vue

Une fiche de recueil sera réalisée d'ici le 15 Décembre 2009 et l'évaluation sera proposée à l'ensemble des centres du territoire du COREVIH.

En novembre 2009, un questionnaire sur les PASS a été envoyé aux responsables médicaux ou sociaux identifiés. Cette enquête a permis de mettre en avant qu'1 seul des PASS (12 réponses sur 18 PASS) propose le dépistage, un autre accepterait de le faire, la moitié des PASS n'ont pas de médecins référents, ni de moyens financiers adéquats.

En janvier 2010 une enquête sur la proposition de tests de dépistage du VIH en cas de diagnostic de tuberculose va être envoyée aux 31 services de pneumologie du territoire. La synthèse de ce questionnaire est en cours de traitement.

Commission « Education Thérapeutique et Prévention » (ETP)

Suite à l'enquête réalisée fin 2008, auprès des services hospitaliers il a été constaté que :

- peu de services étaient engagés dans une démarche d'éducation thérapeutique et encore moins de manière formalisée
- il y avait beaucoup d'idées reçues sur l'ETP et sa pratique

A l'appui de ces résultats, la Commission « Education thérapeutique et prévention », pilotée par Antonio UGIDOS, a décidé d'axer ses travaux sur l'élaboration d'une formation en éducation thérapeutique du patient et la mise en place d'un accompagnement des services dans cette démarche.

Pour cela, au cours de l'année, les membres de la Commission se sont réunis 3 fois afin de définir les objectifs puis ensuite un petit groupe, avec des personnes qualifiées en éducation thérapeutique et en formation, s'est constitué pour construire un programme de formation.

Le 9 décembre 2009, une réunion d'information a été organisée à destination des services hospitaliers faisant partie du COREVIH IDF Est notamment afin de leur présenter le projet de formation envisagé par le COREVIH IDF Est, en partenariat avec le CRIPS IDF.

A l'occasion de cette réunion, 10 établissements étaient représentés. Ils ont pu entendre le Dr François Bourdillon leur parler du nouveau contexte législatif encadrant l'éducation thérapeutique,

ainsi que les Docteurs Anne Simon et Anne-Marie Ané du service de médecine interne (Pr Herson) à la Pitié Salpêtrière, venues partager leur expérience en la matière.

Ensuite, ont été présentées les grandes lignes du programme d'éducation thérapeutique envisagé dans une approche d'homogénéisation de l'offre de soins et de la qualité de la prise en charge respectant ainsi la finalité des COREVIH.

Il s'agit de proposer gratuitement, mais pas sans contrepartie un accompagnement complet dans la mise en place d'un programme d'ETP c'est-à-dire allant de la formation à l'évaluation. Au-delà de former des « éducateurs », il s'agira de mettre en place des outils communs permettant le suivi et l'évaluation.

Cette formation est dans un 1er temps proposée aux structures hospitalières (financement MIG) puis lors des sessions futures elle sera ouverte aux structures médico-sociales et associatives qui bénéficieront de la formalisation ce qui facilitera l'appel à projet.

Néanmoins, le secteur associatif sera d'emblée présent tout au long de cette démarche car associé dans l'élaboration du programme, les actions de formation ainsi que dans la mise en œuvre et le suivi.

Les conditions requises pour qu'un service hospitalier puisse prétendre à suivre cette formation étaient les suivantes :

- autoriser / permettre la formation de personnels en respectant le critère de multidisciplinarité
- permettre aux personnels s'engageant dans l'action de formation d'assister à l'intégralité de la formation
- à mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique à destination des patients conformément au programme élaboré par le COREVIH dès que les personnels auront bénéficié de la formation
- faire de l'éducation thérapeutique du patient dans une approche globale et centrée sur le patient, c'est-à-dire non limitée à l'observance (prévention, connaissance de la pathologie, traitement...)
- procéder à une démarche d'auto-évaluation des pratiques et des actions engagées en matière d'éducation thérapeutique du patient et accepter l'évaluation externe

Le contenu du programme est le suivant:

- Notions, concepts et enjeux de l'éducation thérapeutique du patient (1 jour)
- Comment élaborer un programme d'éducation thérapeutique ? (1 jour)
- Techniques pédagogiques : (2 jours)
 - pour développer des attitudes appropriées dans la relation avec le patient et son entourage
 - pour créer des conditions qui favorisent l'apprentissage
 - pour construire et renforcer l'autonomie de la personne soignée
- Concevoir et animer des séances d'éducation thérapeutique (1 jour)
- Mise en œuvre d'un suivi et d'une évaluation (1 jour)

Au total quatre dossiers de candidatures sur sept ont été retenus, lors de la commission qui s'est réunie le 14 janvier dernier. Les membres ont délibéré selon des critères de sélection prédéfinis : multidisciplinarité, approche globale, engagement de suivre la totalité de la formation (6 jours au total). De plus, il a été pris en compte le nombre de personnes à former par rapport aux objectifs arrêtés par le service en la ramenant à la FA totale.

Les quatre établissements sont les suivants : CH Aulnay, CHU Avicenne, CH Lagny et le CHU St Louis. Le groupe retenu est assez mixte (CHU/Hôpital local/ Paris/ Banlieue) ce qui semble une bonne chose pour le déroulement de la formation.

Au total, 25 personnes bénéficieront de la première session de formation qui se déroulera de mai à septembre 2010.

Pour la parfaite information des membres du Comité, des points d'information sur l'état d'avancement de ce projet sont faits régulièrement en séance plénière.

Commission « ARV et Pharmacovigilance »

La Commission "Antirétroviraux et Pharmacovigilance" pilotée par le Dr Hervé TROUT s'est réunie à deux reprises au cours de l'année 2009 (12 mars et 17 septembre)

La Commission travaille sur trois projets :

- Evaluation (et harmonisation ?) de la prise en charge médicamenteuse des AES ;
- Suivi thérapeutique des antirétroviraux (ARV)
- Mise en place d'un réseau "Pharmacovigilance"

1- Evaluation (et harmonisation ?) de la prise en charge médicamenteuse des AES

Une enquête a été menée dans les 27 hôpitaux du COREVIH Ile-de-France Est afin de connaître les stratégies thérapeutiques en vigueur pour la prise en charge médicamenteuse des AES. 14 réponses ont été obtenues :

- 7 établissements utilisent l'association TRUVADA® - KALETRA®
- 7 établissements utilisent l'association COMBIVIR® KALETRA®

L'homogénéisation de cette prise en charge médicamenteuse n'est pas parue opportune aux membres de la Commission dans la mesure où chaque démarche correspond aux recommandations actuelles. Chaque hôpital ayant la maîtrise du choix de l'une ou l'autre des stratégies recommandées.

En outre, la Commission s'intéresse au suivi (mise à jour) et à la diffusion d'informations concernant les AES.

Il a, notamment, été constaté un temps important consacré par les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) pour la dispensation des ARV au cours des AES, en particulier lors de la première dispensation, faite très souvent pendant la période de garde. A l'instar de ce qui s'est fait dans quelques hôpitaux de l'AP-HP à l'initiative des Pharmaciens (Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière, Tenon, Lariboisière et Saint-Louis), la Commission se propose d'organiser des formations destinées aux internes en Pharmacie, mais aussi en Médecine, pour préparer ces intervenants à l'accueil des patients victimes d'AES (mises en situations, jeux de rôles)

Par ailleurs, il est souvent constaté une venue des patients trop tardive après l'acte potentiellement contaminant. La Commission se propose de travailler, en collaboration avec différents acteurs de la société civile (Associations de patients, pharmacies de ville, ...), pour faire passer des messages simples à destination d'un public large. En particulier, la Commission propose que, en collaboration avec la Commission « Education Thérapeutique et Prévention », soit organisée une demi-journée d'information destinée aux pharmaciens de ville et aux Associations de patients qui le souhaitent sur le thème : *"Comment orienter une personne ayant eu une exposition à risque ?"*.

Enfin, concernant les AES "professionnels", la Commission se propose de s'intéresser à la réactualisation des procédures et protocoles en œuvre dans chaque hôpital du COREVIH (en particulier : procédures affichées, ...). Un état des lieux des documents existants est en cours, ainsi que le recensement des personnes référentes en la matière afin de proposer un outil pratique et visuel à afficher dans les 27 hôpitaux du COREVIH.

2- Suivi thérapeutique des ARV ("TDM" : Therapeutic Drug Monitoring)

La Commission a souhaité identifier les hôpitaux où sont pratiqués des dosages d'ARV ainsi que les modalités de rendu de ces résultats (commentaires, ou simplement résultats bruts ? individualisation de la posologie ? durée entre la demande et le rendu de résultats ?....)

Au vu des résultats de cette enquête, la Commission fera des propositions afin de tirer partie des prises en charges les plus abouties pour en faire profiter l'ensemble des hôpitaux du COREVIH (proposition de recommandations pour améliorer l'aspect "suivi thérapeutique pharmacologique" sur l'ensemble du COREVIH).

Résultats de l'enquête TDM, datant de septembre 2009:

Nombre de réponses : 28, concernant 12 hôpitaux sur 26 (44%)

(Saint-Louis, Lariboisière, Gonesse, CHIC, Jean Verdier, CH de Meaux, Robert Ballanger, CH de Dourdan, Avicenne, CH Delafontaine (St-Denis), CH de Melun, CH de Longjumeau)

1- Prescription des ARV

IP	100 %
INNTI	100 %
RGV	54 %
MVC	21 %
Autres (INTI)	18 %

2- Indications du TDM

Observance	89 %
Femme enceinte	50 %
Co-infection (VHB ou VHC)	50 %
Interactions médicamenteuses (IAM)	71 %
Suspicion de surdosage ou effets indésirables	71 %
Suspicion de sous-dosage	54 %

3- A quoi servent les résultats ?

Adaptation de posologie	93 %
Modification du traitement ARV	68 %
Explication d'un échec virologique	79 %
Amélioration de l'observance	68 %
Modification d'autres traitements (IAM)	75 %

4&5- Délai de rendu des résultats

	Délai constaté	Délai souhaité
3 jours	11%	14%
7 jours	7%	43%
10 jours	18%	4%
15 jours	36%	32%
20 jours	29%	0%
> 30 jours	11%	4%

6- Rendu direct si concentration anormalement basse ou élevée

Non 79%

7- Commentaire des résultats

Oui 75%

8- Proposition d'adaptation de posologie

Oui 50%

9- Souhait d'une liste des laboratoires « doseurs »

Oui 79 %

7- Souhait d'un "Livret Pharmacocinétique"

Oui 82 %

3- Mise en place d'un réseau "Pharmacovigilance"

Les membres de la Commission "Antirétroviraux et Pharmacovigilance" font le constat que les retours d'informations des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV), suite à la déclaration d'effets indésirables, ne sont que rarement faits. En conséquence de quoi, la démarche déclarative, inhérente à tout personnel médical, s'amenuise.

La mise en place de Plan de Gestion des Risques (PGR), notamment pour les ARV, eu égard à une mise sur le marché parfois "rapide" de ces médicaments (pressions médiatiques, des associations, ...) demande, en effet, une surveillance accrue des effets indésirables qui peuvent apparaître avec ces thérapeutiques.

La Commission souhaite ainsi renforcer la communication et les collaborations avec les 4 CRPV qui prennent en charge les hôpitaux du COREVIH Ile-de-France Est (Paris Henri Mondor – Paris Fernand Widal – Paris Saint-Antoine – Paris Saint-Vincent-de-Paul). Une première réunion est prévue pour le printemps 2010.

Commission « Biologie »

La Commission « Biologie », pilotée par le Pr François SIMON et composée de 8 personnes, a été créée en 2009 et s'est réunie 2 fois. On constate une sur-représentation de la virologie avec une absence de participation de biologistes plus généralistes, de biochimistes et d'immunologistes.

1- La première activité de la commission a été d'évaluer la liste et le lieu de réalisation des examens virologiques du COREVIH EST. A cette fin un tableau a circulé entre les différents laboratoires et a permis de renseigner les tests effectués en fonction des localisations.

Ce premier bilan montre l'importance en nombre de l'activité de prise en charge. De nombreux laboratoires sous-traitent avec des laboratoires de virologie des CHU du COREVIH ou des laboratoires privés. Compte tenu des contraintes légales d'assurance qualité des laboratoires d'analyses médicales privés ou publics, quel que soit le lieu de prise en charge du patient, les examens sont exécutés de façon pertinente et rapide et répondent aux critères de qualité pour l'ensemble des laboratoires du COREVIH EST.

Par ailleurs toute centralisation nuirait aux circuits déjà existants et n'apporterait rien ni en termes financiers ni en termes scientifiques. La commission de biologie considère donc que le suivi virologique est assuré de façon satisfaisante pour l'ensemble des patients du COREVIH quelle que soit leur localisation.

La question est peut être à revoir en ce qui concerne les UCSA de Melun, de Villepinte, de Meaux/Chauconin mais ce domaine de prise en charge repose sur le Groupe Inter-COREVIH Prison pour savoir si l'exécution des ces examens biologiques sont externalisés ou pratiqués par les centres hospitaliers de rattachement.

2- La commission « Biologie » a constaté que la prise en charge de certains actes cotés en BHN risquait d'être parfois facturée au patient. Une réflexion a été conduite. Par la circulaire du 23 Décembre 2009, les règles de facturation BHN ont été précisées.

Pour l'ensemble des assurés sociaux, les actes hors nomenclature ne sont pas facturables et sont à retourner pour chaque établissement sur un financement par la dotation MIGAC.

En ce qui concerne les patients non assurés sociaux, ces actes peuvent rester facturables soit directement aux patients, soit à l'organisme duquel il dépend, sur la base des tarifs fixés par l'assimilation -ce qui peut s'avérer fort coûteux. Ce cas de figure est peu fréquent mais doit-être rappelé à la vigilance de l'ensemble des cliniciens.

En ce qui concerne les patients hospitalisés, ces actes sont couverts par la dotation MIGAC de l'établissement ou reportés sur l'établissement demandeur. Il faut cependant rester vigilant car le transfert d'acte en nomenclature HN par un laboratoire privé à un laboratoire spécialisé s'accompagnera d'une facturation retour au laboratoire privé qui risquerait alors de la répercuter sur le patient.

3- Le dosage des antirétroviraux reste un problème, non de qualité mais de délai de rendu des résultats, très peu de laboratoires effectuant ces dosages ; cette question reste sans réponse pour

l'heure. Cf résultats de l'enquête réalisée dans le cadre de la Commission « ARV et PV » sur ce thème (p78)

4- Enfin la commission « Biologie » a proposé à la commission « Recherche clinique » du COREVIH un protocole de mise en évidence des infections VIH-2 occultes chez les patients originaire d'Afrique de l'Ouest et déjà infectés par le VIH-1. Ce protocole relativement simple dans son exécution permettrait de réunir, sur une activité de recherche spécifique l'ensemble des partenaires du COREVIH.

Commission « Accès aux Soins et Précarité »

Cette Commission a été créée en 2008 et comprend une douzaine de personnes. Elle était initialement pilotée par Camille CABRAL et Annie JACQ mais le changement de fonctions de cette dernière l'a empêchée de poursuivre le co-pilotage.

A sa création, il avait été proposé de fusionner cette Commission avec celle dédiée aux Migrants. Cette idée a été écartée par le Bureau car si certaines problématiques pouvaient être communes à ces deux groupes, il y avait néanmoins un risque d'amalgame et matière à traiter certaines spécificités au sein de chaque groupe.

Ainsi, Camille CABRAL a réuni à 4 reprises en 2009 les membres de cette Commission « Précarité et Accès aux Soins », essentiellement composée d'associatifs.

Comme toutes les autres Commissions, ce groupe connaît des problèmes d'absentéisme. Au cours de l'année 2010, il s'agira donc de remobiliser les acteurs et d'impliquer tous les collègues notamment les assistantes sociales, les infirmières, les médecins...

Les objectifs et enjeux prioritaires de cette Commission sont :

- Identifier les points d'accès aux soins dans le secteur hospitalier et en ville
- Analyser les besoins des usagers au regard de la politique de santé publique à destination des populations précaires

Les projets à mettre en œuvre en 2010 sont les suivants :

- Elaborer une carte recensant les points d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (PASS, CCAS..)
- Elaborer un guide d'information sur les droits sociaux sur le même modèle que celui d'Act Up

Enfin, il serait souhaitable que dans le cadre du collège 3 une brochure sur le COREVIH IDF Est à destination des usagers soit réalisée.

Commission « Migrants »

La commission « Migrants », piloté par le Dr Olivier PATEY, a été mise en place dès la création du COREVIH en raison des spécificités des populations prises en charge au sein des hôpitaux du COREVIH. En effet, il apparaissait qu'un nombre important de migrants, en particulier originaires d'Afrique subsaharienne, étaient suivis. Cette commission, après des discussions sur son rapprochement avec la commission précarité, est restée indépendante et a été réactivée à la fin de l'année 2009. Deux réunions ont eu lieu en 2009 permettant de présenter le cadre des travaux qui sont en développement depuis le début de l'année 2010. Une lettre de cadrage qui figure en **annexe n°6** a été élaborée.

Un recensement des pays d'origine des migrants est indispensable pour avoir une cartographie de ces migrants au sein du COREVIH. Les premières données fournies par Nadis semblent insuffisantes, et il est donc prévu de faire appel aux TEC pour se procurer ces informations. Un premier recueil d'informations de ce type avait déjà été effectué il y a quelques années au niveau de

l'ex-CISIH Sud Francilien. Une cartographie des patients migrants suivis dans le COREVIH pourra ainsi être obtenue courant 2010.

A la suite d'une première enquête sur le recours à l'interprétariat montrant une faible utilisation de ce service dans le COREVIH, une information large est prévue au premier semestre 2010 avec une nouvelle enquête à la fin de l'année 2010.

Une autre problématique a rapidement émergée, il s'agit de l'étude des patients perdus de vue, qui ne sont d'ailleurs pas que des migrants. Cette thématique a également été retenue par la commission soins et a donné lieu à un travail de recherche au niveau du COREVIH pour l'année 2010. Il est prévu dans un premier temps un recensement de ces patients, puis de mettre en place au sein de nos structures une procédure.

Nos patients migrants voyageant régulièrement, il nous est apparu important d'actualiser les données disponibles sur les structures médicales et associatives du Sud pouvant servir de relais lors de ces séjours. Un CD contenant ces informations avait été réalisé avec l'aide d'un laboratoire. Les documents ont été confiés à l'association médecins d'Afrique, que nous avons approchée pour une actualisation et la mise en ligne sur un site de ces données. Ces derniers sont tout à fait d'accord et des premiers contacts ont été pris avec le GIP Esther pour nous aider dans le recueil d'informations.

C'est surtout en 2010 que les activités se sont accélérées avec 3 réunions dans le premier semestre complétées de 2 réunions avec un plus large auditoire : la première réunissant les associations présentes et œuvrant dans la zone du COREVIH, la deuxième faisant appel à la CIMADE, au COMEDE et à Médecins du Monde (MDM) destinée à faire un état des lieux des textes réglementaires concernant les droits aux soins et au séjour des étrangers malades (principes de protection et difficultés d'application), dont les résultats seront diffusés au niveau de l'ensemble du COREVIH et inter COREVIH IDF.

La commission « Migrants » se structure donc de manière efficace avec des projets bien identifiés et la collaboration de plusieurs associations d'aide aux migrants.

Commission Formation

Au travers des divers éléments cités ci-dessus, on constate que de nombreux projets revêtent une dimension formation (éducation thérapeutique, dispensation des traitements post-exposition, sensibilisation des pharmaciens de ville...). Ces projets ont été soit portés par les Commissions ad hoc ou alors avaient vocation à être mis en œuvre par la Commission dédiée à la formation.

En l'absence de pilote et en raison du faible nombre de personnes mobilisées dans cette commission, aucun projet n'a abouti en 2009.

Compte tenu des missions imparties au COREVIH, il serait plus que souhaitable que des actions soient entreprises en ce sens au cours de l'année 2010.

6.2 Bilan du fonctionnement du COREVIH

a/ Fonctionnement des instances du COREVIH

	Nombre de réunions		Nombre de membres (titulaires + suppléants)		Taux moyen de présence	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Comité	3	3	88	84 *	32 %	23 %
Bureau	10	10	9	9	78 %	61 %

* dont 14 sièges sont devenus caducs au cours de l'année

En 2009, le taux de présence a diminué concernant les 2 organes du COREVIH. Concernant les 3 séances plénières cela peut s'expliquer, pour partie, par le nombre de sièges devenus vacants au cours de l'année suite à des démissions ou des changements de fonction. Ce problème d'absentéisme est régulièrement évoqué, plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène :

- taille du COREVIH rendant pour certains les déplacements difficiles
- difficultés pour trouver un consensus sur les horaires de réunions, pas les mêmes impératifs selon les collègues
- souvent il s'agit de temps pris en dehors de temps de travail
- difficultés pour concilier l'activité de membre du COREVIH avec l'activité professionnelle

b/ Bilan des objectifs réalisés au 31 décembre 2009 par rapport 2008

	Nbre total hôpitaux	Nbre hôpitaux suivant des PVVIH	Nbre hôpitaux données reçues via fichier commun		Nbre services avec Nadis®		Nbre de services ayant transféré les données au DM12		Nombre hôpitaux couverts par un(e) TEC		Nbre de postes		
			cible	réalisé	cible	réalisé	cible	réalisé	cible	réalisé	Cible ARH	Budgétés au 31/12	Effectifs rémunérés au 31/12
2008	28	26*	26**	18**	30	10	9	5	26	18	22	15	14,8
2009	28	26*	-	-	30	25	9	5	26	26	22	20.5***	17.8

* Parmi les centres hospitaliers situés sur le territoire, les centres d'Orsay et de Ville Evrard n'ont pas de file active.

** Le fichier commun ne sert plus qu'aux sites non équipés de Nadis et Nadis Eval'

*** dont seulement 10 sont gérés par l'hôpital siège

6.3 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens

Le recrutement de 3 TEC supplémentaires travaillant à temps plein a donné lieu à la signature de 3 conventions inter-hospitalières pour leur mise à disposition à l'hôpital siège pour couvrir les sites suivants:

- Centre Hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay-Sous-Bois (93) et le Centre Hospitalier de Gonesse (95) à hauteur de 50% chacun.
- Centre Hospitalier Intercommunal du Raincy/Montfermeil (93) et le Centre Intercommunal André Grégoire de Montreuil (93) respectivement à hauteur de 30% et 70% compte tenu des files actives déclarées.
- Centre Hospitalier de Lagny, le Centre Hospitalier de Meaux, le Centre Hospitalier de Provins et le Centre Hospitalier de Coulommiers (77) à hauteur de 57 %, 38 % et 5 %. Il faut noter que la file active de Provins est intégrée à celle de Meaux donc la quotité de temps de travail vaut pour les 2 sites.

VII Divers événements et manifestations

- Le COREVIH contribue régulièrement à l'alimentation de la Boite à Outils (BAO) <http://www.sfls.aei.fr/corevih/corevih-bao.asp> qui est un espace d'échanges d'expériences porté par la SFLS et soutenu par Sidaction afin de contribuer à la mise en place des COREVIH
- Le COREVIH IDF Est a pu bénéficier des journées de « formation-action » organisées par la SFLS et qui se sont déroulées les 20 et 21 octobre 2009 à Paris. Les participants à ces deux jours étaient des acteurs des 5 COREVIH participant à la première session (IDF Est, IDF Nord, Bretagne, Lorraine-Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais) avec la présence des coordonnateurs, des vice-présidents, des secrétaires et des TEC ainsi que des pilotes de Commissions thématiques.

Concernant le COREVIH IDF Est, la Coordinatrice administrative a assisté à l'intégralité de cette formation et le Président et le vice-président l'ont suivie de manière partielle. Le choix d'un soutien méthodologique, proposé par le Dr Véronique TIRARD FLEURY, s'est porté sur la thématique des perdus de vue. Cet appui sera mis en œuvre durant le 1^{er} semestre 2010 et s'intègre dans la logique de la redynamisation de la Commission Soins présentée (p75).

- Le COREVIH IDF Est a participé activement à la préparation et à la réalisation de la première journée inter-COREVIH sur la région IDF qui s'est déroulée le 21 janvier 2010 au Ministère de la santé. Le Président et la Coordinatrice administrative faisait partie du Comité d'organisation et ont pris en charge l'organisation de la session relative au dépistage.
- Comme cela a été évoqué (p74), le COREVIH IDF Est a participé à l'enquête menée par la DRASS IDF tendant à l'évaluation des besoins en SSR VIH « Mère/bébé » afin de rédiger une synthèse régionale par orientation de prise en charge SSR viroses, parue en septembre 2009, dans le cadre de l'élaboration du SROS 4.
- Le COREVIH IDF Est avait accepté de participer au projet DOCUVIR mené par le réseau Paris-Nord en collaboration avec le Kiosque qui consistait à mettre en place un dispositif avec réapprovisionnement automatique de documentation relative aux viroses dans les cabinets de généralistes. Faute de financement ce projet a été reporté.

VIII Discussion et perspectives

Ce deuxième rapport est en fait le premier qui permet réellement de faire un bilan qualitatif des actions qui ont pu être menées au sein du COREVIH IDF Est.

En effet, bien que le décret de création des COREVIH date de Novembre 2005, leur mise en place n'a pu vraiment débiter qu'à partir de 2008.

Ce bilan peut être très riche d'enseignement car les COREVIH sont susceptibles de préfigurer une organisation sanitaire en réseau, où les patients et leurs besoins seraient au cœur des projets médico-sociaux. Cette organisation pourrait permettre aussi de mieux utiliser les structures et les ressources qu'elles soient humaines, matérielles ou économiques.

Ce premier bilan permet de constater une grande richesse des sujets abordés au travers de la douzaine de groupes de travail qui se sont mis en place, correspondants aux différents enjeux initialement identifiés.

Cette première année a consisté essentiellement, dans les différents sujets abordés, de faire l'état des lieux qui s'est révélé d'une extrême importance compte tenu de l'étendue et du nombre important de structures impliquées dans le COREVIH IDF Est (notamment 26 établissements, 30 services prenant en charge des personnes infectées par le VIH).

Pour certains sujets, le travail ne s'est pas arrêté à l'établissement de l'état des lieux ; mais des projets concrets ont pu se réaliser :

- mise en place d'un dossier patient informatisé commun dans 24 établissements sur 26 ; cet outil a permis d'augmenter sensiblement la proportion de la file active validée par ce logiciel (+ 50 %) par rapport à la file active déclarative ;
- formation validante en éducation thérapeutique ;
- mise en place d'atelier d'échanges cliniques Psy/VIH ;
- projets de recherche clinique communs ;
- projet de dépistage en situation ciblée ;
- mise en réseau de la pharmacovigilance et des dosages pharmacologiques ;
- mise en réseau des laboratoires de virologie ;
-

Cependant, des problèmes ou interrogations persistent qui induisent des difficultés de fonctionnement :

➤ Problème du financement

Les COREVIH sont dotés, dans le cadre des MIG, d'un budget établi en fonction des critères définis par le Ministère, basés actuellement essentiellement sur l'importance de la file active et l'étendue du territoire couvert.

Ce budget est attribué à l'hôpital siège qui, en Ile-de-France, est toujours un hôpital de l'AP/HP. Cependant ce budget est destiné à un organisme dont les attributions ne concernent pas directement l'hôpital siège puisque notamment, en ce qui concerne le COREVIH IDF Est, seuls 4 établissements sur 28 appartiennent à l'AP/HP.

Ce budget couvre les dépenses de personnel (coordination, secrétariat, TEC) et des dépenses de fonctionnement. A noter qu'il n'est pas prévu de budget d'équipement, ce qui pose quelques problèmes en ce qui concerne la bureautique.

L'utilisation de ce budget pose aussi d'autres différents problèmes :

- en ce qui concerne **l'embauche du personnel**, il est prévu qu'elle se fasse dans l'établissement siège avec une mise à disposition dans les différents sites du COREVIH. Or les établissements sont soumis actuellement à des contraintes budgétaires fortes qui se traduisent en termes d'effectif par l'établissement de « plafond d'emplois » qui limitent la possibilité de recrutement. **Il est impératif de ne pas inclure les personnels attribués aux**

COREVIH dans les effectifs de l'établissement siège, dans la mesure où leurs lieux d'activité ne bénéficient pas directement à cet établissement ;

- les règles administratives des dépenses rendent extrêmement difficiles de financer celles occasionnées par le fonctionnement, le transport, la formation, ... lorsque les personnels n'appartiennent pas à l'établissement siège ;
- le bon fonctionnement des groupes de travail est en partie conditionné par l'implication des membres du collège 3 (associations de patients et associations de lutte). Or, à ce jour, nous n'avons pas trouvé de solutions qui permettent de financer ne serait-ce que les frais de transport des membres de ce collège ni a fortiori de financer des formations où des pertes de revenus liées à leur travail dans une ou plusieurs commissions.

Ces différentes difficultés ont conduit, cette année à ne dépenser que 70 % du budget qui nous était initialement alloué.

➤ Place des COREVIH au sein de la nouvelle organisation sanitaire

Compte tenu de la nouvelle loi HPST, la place des COREVIH doit absolument être redéfinie au sein de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Il avait été acté par l'AP/HP que les COREVIH seraient rattachés au CEL (Comités exécutif local) ; au niveau du siège de l'AP/HP les directoires se sont substitués au CEL..

Il est urgent de redéfinir la place des COREVIH dans la nouvelle gouvernance sachant qu'il n'y a toujours aucune légitimité à les rattacher à un pôle.

Par ailleurs, compte tenu des nombreuses restructurations hospitalières prévues ou en discussion au sein de l'AP-HP et dans les hôpitaux généraux de la région, il y a une très forte demande des membres du COREVIH, tant professionnels qu'associatifs, à ce que les décisions de restructuration qui pourraient avoir un impact sur la prise en charge du VIH soit prises en concertation avec les COREVIH. Cette concertation a été acceptée par la Direction de la politique médicale de l'AP/HP et a donné lieu à l'introduction d'un chapitre VIH/sida dans le projet du futur Plan stratégique. Par ailleurs, elle doit donner lieu les 26 et 27 Novembre 2010 en Ile-de-France à des Etats généraux sur la prise en charge VIH/sida, organisés par l'ARS.

Enfin, la place des COREVIH dans la gouvernance régionale et les liens avec l'ARS et les CRSA restent à définir, sachant qu'il apparaît très légitime que les COREVIH soient les interlocuteurs principaux de ces instances dans l'élaboration du plan régional de santé concernant le VIH, le sida, les hépatites et les IST.

Perspectives

Des avancées significatives ont d'ores et déjà été réalisées concernant l'objectif de coordination et d'homogénéisation de l'offre de soins sur le territoire.

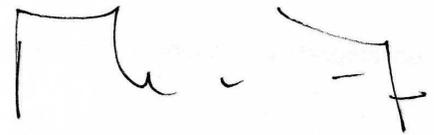
En dehors des problèmes de fonctionnement qu'il reste à résoudre, le projet est de travailler sur des indicateurs de qualité afin de pouvoir les améliorer, sachant que dans un environnement de restructurations hospitalières et de ressources financières limitées, nous avons vu cette année les files actives de notre COREVIH augmenter de 8.8 %.

Ce rapport d'activité a été présenté, discuté et adopté par la séance plénière du COREVIH IDF Est le 24 Juin 2010.

Fait à Paris, le 5 Juillet 2010



Willy ROZENBAUM
Président du COREVIH IDF Est



Philippe SUDREAU
*Directeur de l'Hôpital Saint Louis
Siège du COREVIH IDF EST*

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration et/ou à la relecture de ce rapport d'activité : les techniciens d'études cliniques, la biostatisticienne, la coordinatrice administrative, les pilotes des Commissions de travail ainsi que les membres du bureau

Glossaire

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AES : Accident d'Exposition au Sang

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé (ex-ARH)

ARV : Anti Rétro Viraux

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BAO : Boîte à Outils

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogue

CH : Centre Hospitalier

CHG : Centre Hospitalier Général

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHU/GHU : Centre ou Groupe Hospitalier Universitaire

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

CNS : Conseil National du Sida

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

CRPV : Centre Régional de Pharmaco Vigilance

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

DC : Dotation Complémentaire

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (nouvelle DGOS)

DMI2 : logiciel propriété du Ministère de la santé, utilisé pour le recueil de données hospitalières françaises sur l'infection par le VIH. Base de données gérée par l'unité U720 de l'INSERM en lien avec l'ATIH. Cohorte hospitalière ouverte, multicentrique ayant inclus des patients à partir de 1989.

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPM : Direction de la Politique Médicale

DRASS IDF : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPS : Etablissement Public Spécialisé en santé mentale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

ETP : Equivalent Temps Plein

File active : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année

FNHVIH : Fédération Nationale d'Hébergement pour les PVVIH

HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

MCO : Ce sigle sert à qualifier les établissements de santé qui ont une activité de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique.

MIG/AC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MISP : Médecin Inspecteur en Santé Publique

Mode de transmission « indéterminé » : regroupe les patients atteints du VIH qui ne souhaitent pas communiquer leur mode de contamination et les accidents d'exposition au sang ou sexuel (AES).

NSI : Nouveau Système d'Information

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Logiciel Nadis® : Outil d'usage médical et de recueil de données épidémiologiques pour la prise en charge des patients infectés par le VIH et les patients séropositifs pour le VIH co-infectés par le VHC et/ou VHB.

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PGR : Plan de Gestion de Risques

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMSI : outil médico-économique d'analyse de l'activité des établissements de santé (ES) MCO*, ce qui exclut les établissements de SSR* et les EPS*. Il s'agit d'un programme de médicalisation des systèmes d'information. Chaque séjour (hospitalisation complète et séjour de moins de 24 heures) fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé permettant le classement en groupes homogènes de malades. La catégorie majeure de diagnostic 25 (CMD 25) regroupe tous les codes relatifs à l'infection par le VIH.

PV : pharmacovigilance

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

SLD : Soins de Longue Durée

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDM : Therapeutic Drug Monitoring

TEC : Technicien d'Etudes Cliniques, personne chargée du recueil épidémiologique et participant à l'activité de recherche clinique

T2A : Tarification à l'activité

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires aux détenus

Glossaire de recherche clinique

ESSAIS ANRS

ANRS 141 TIPI

Essai pilote multicentrique évaluant la capacité d'une stratégie de traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique chez des patients infectés par le VIH-1, jamais traités et ayant un nombre de lymphocytes CD4 > 500 par mm³.

ANRS HB04 B-BOOST

Étude multicentrique, randomisée, comparant l'immunogénicité d'un schéma vaccinal renforcé contre le VHB (40 µg à S 0, S 4, et S 24), à un schéma classique (20 µg à S 0, S 4 et S 24), chez des patients infectés par le VIH n'ayant pas répondu à une première vaccination et à une injection de rappel.

ANRS 151 HIFLUVAC

Étude française prospective multicentrique réalisée chez 306 patients VIH + (stratifiés en fonction de la prise – n = 237 – ou non – n = 69 – d'un traitement antirétroviral) qui ont été randomisés pour recevoir – à 21 jours d'intervalle – 2 doses de vaccin H1N1 avec (groupe A) ou sans adjuvant (groupe B).

ANRS 130 APOLLO

Étude de l'efficacité de l'intensification initiale par l'enfuvirtide d'une trithérapie de première ligne chez des patients infectés par le VIH-1 présentant une immunodépression sévère.

ANRS 129 BKVIR

Essai pilote évaluant l'efficacité d'une trithérapie antirétrovirale en monoprise journalière associant tenofovir DF-emtricitabine et éfavirenz chez les patients infectés par le VIH-1 présentant une infection par Mycobacterium tuberculosis.

ANRS 12180 REFLATE TB

Essai randomisé de phase II comparant deux doses de raltegravir à l'efavirenz, en association au ténofovir et emtricitabine dans le traitement initial des patients infectés par le VIH, naïfs d'antirétroviraux et recevant de la rifampicine pour une tuberculose.

ANRS 140 DREAM

Essai clinique comparant l'efficacité et la tolérance de deux stratégies thérapeutiques de maintenance : monothérapie par lopinavir/ritonavir ou trithérapie en comprimé unique quotidien par éfavirenz/emtricitabine/ténofovir chez des patients infectés par le VIH-1 ayant une mesure de l'ARN VIH-1 plasmatique inférieure à 50 copies/ml.

ANRS 135 PRIMEVA

Prévention de la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant sans utilisation d'analogues nucléosidiques.

ANRS 139 TRIO

Essai pilote de phase II évaluant un traitement antirétroviral associant le MK-0518, le darunavir/ritonavir (TMC114/r) et l'etravirine (TMC125) chez les patients infectés par le VIH-1 en échec virologique et porteurs de virus multi-résistants.

ANRS HB03 VIH/VAC-B

Essai de stratégie vaccinale 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/mm³.

ANRS 136 MONOI

Essai randomisé de non-infériorité comparant la capacité à maintenir le succès virologique d'une stratégie de traitement simplifiée 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 le VIH-1, en succès immunovirologique.

ANRS HC20 ETOC

Étude pilote, multicentrique, évaluant l'efficacité d'un traitement anti VHC optimisé (induction par 360µg/S de PegINF-α2a + 18mg/kg/j de RBV pendant 6 mois puis en fonction de la réponse virologique à S12, allongement jusqu'à S72 de la bithérapie anti VHC, avec des 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.

ANRS 144 INTER-ACTIV

Essai randomisé en double insu de l'efficacité et de la tolérance du tartrate de varénicline versus placebo dans l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac chez les patients infectés par le VIH.

ANRS 132 SMILE

Essai randomisé, multicentrique, en simple aveugle, comparant la tolérance et l'efficacité de l'acide polylactique (Newfill™) à celle du gel de polyacrylamide (Eutrophill), injectés en intradermique, dans le traitement de la lipoatrophie faciale des patients infectés par le VIH.

ANRS HB01 EMVIPEG

Étude pilote multicentrique évaluant l'efficacité et la tolérance d'un traitement additif par interféron pégylé alpha-2a (Pegasys®), en association avec Ténofovir DF et Emtricitabine (Truvada®), dans le traitement de l'hépatite chronique B avec antigénémie HBe positive chez les patients infectés par le VIH.

ANRS 145 MARIMUNO

Étude pilote évaluant l'intérêt d'une intensification par maraviroc (Celsentri®) chez des patients infectés par le VIH-1 présentant une restauration immunitaire insuffisante malgré une charge virale contrôlée par un traitement antirétroviral.

ANRS 138 EASIER

Essai randomisé de non-infériorité comparant une stratégie de maintien du traitement antirétroviral en cours à une stratégie de substitution de l'enfuvirtide par un inhibiteur de l'intégrase (MK-0518) chez des sujets infectés par le VIH-1, ayant un ARN VIH-1 plasmatique inférieur à 400 copies /ml.

ANRS 142 START

Quand commencer le traitement de l'infection par le VIH : un essai randomisé de phase IV comparant l'initiation des antirétroviraux immédiate à plus de 500 CD4/mm³ ou différée jusqu'à 350 CD4/mm³.

COHORTES ANRS

ANRS C09 COPANA (ex EP23)

Cohorte de patients non traités par antirétroviraux à l'inclusion.

ANRS C014 IL-2

Cohorte de patients infectés par le VIH et traités par Interleukine-2 (IL-2). Etude de la tolérance, de l'évolution clinique et biologique à long terme d'un traitement par immunothérapie.

ANRS C08 APROCO-COPILOTE (ex EP22)

Cohorte de patients infectés par le VIH et observés à partir de la mise sous inhibiteurs de protéase, suivi long terme.

ANRS C01 EPF (ex EP13)

Étude prospective multicentrique de la transmission materno-fœtale du VIH-1 et/ou du VIH-2 et de sa prévention. Enquête Périnatale Française.

ANRS-Opportunités

Etude multicentrique nationale transversale avec inclusions prospectives et consécutives et recueil d'information rétrospectif évaluant la fréquence des opportunités manquées de dépistage ET de diagnostic du VIH chez les patients nouvellement dépistés, et qui vise à déterminer les facteurs associés à ces opportunités manquées.

ANRS C06 PRIMO (ex EP8)

Cohorte primo-infection.

ANRS C015 ALT (ex EP2)

Etude de l'immunité cellulaire et de la charge virale des sujets asymptomatiques à long terme (ALT) au cours de l'infection par le VIH.

ANRS C05 VIH-2 (ex EP19)

Histoire naturelle de l'infection par le VIH-2 chez les patients adultes vivant en France.

ANRS C018 HIV CONTROLLERS (ex EP36)

Etude des mécanismes impliqués dans le contrôle de l'infection chez les personnes infectées par le VIH depuis plus de 10 ans avec une charge virale plasmatique inférieure à 400 copies/mL en l'absence de tout traitement.

ANRS EP38 IMMIP

Etude du statut immunitaire à très long terme des enfants infectés par voie périnatale.

ANRS HC EP25 PRETHEVIC

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

ANRS EP 40 « QUANTI SPOT »

Evaluation du QuantiFERON TB Gold In-Tube® et du T-SPOT.TB® dans le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine».

ANRS C013 HEPAVIH

Collaboration inter cohortes et centres cliniques de sujets co-infectés par le virus de l'immunodéficience humaine et de l'hépatite C.

ANRS MULTIVIR

Etude virologique nationale multicentrique rétrospective à inclusion prospective consécutive étudiant la prévalence des souches de VIH-1 présentant une résistance à une ou plusieurs familles d'antirétroviraux chez des patients séropositifs en cours de traitement ayant une CV>50copies/ml.

ETUDE 2H

Incidence de la grippe A(H1N1)v et facteurs de risque des formes graves chez les patients infectés par le VIH.

ANRS C02 SEROCO-HEMOCO

Cohorte de patients dont une partie à date de contamination connue permettant l'étude de l'histoire naturelle de la maladie et de la réponse au traitement.

ANRS HC02 RIBAVIC

Suivi de cohorte des patients inclus dans le protocole ANRS HC02 RIBAVIC comparant l'activité de l'Interféron (Interféron pégylé alpha-2b versus Interféron alpha-2b) en association avec la ribavirine chez les patients porteurs d'une hépatite chronique C non-traitée et co-infectés par le VIH.

ANRS 118 ILIADE

Essai de phase II-III d'évaluation de l'effet de l'interleukine-2 sur la préservation du taux de lymphocytes T CD4 après interruption du traitement antirétroviral chez des patients infectés par le VIH avec un taux de lymphocytes T CD4 > 500 cellules par mm³ et traités par antirétroviraux.

ESSAIS INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

AI 424-376

Etude pilote multicentrique, randomisée, en ouvert, évaluant l'efficacité et la tolérance de l'atazanavir non boosté, en deux prises par jour, associé au raltegravir en deux prises par jour, et de l'atazanavir boosté en une prise par jour associé au tenofovir/ emtricitabine en une prise par jour chez des patients infectés par le VIH et naïfs de traitement.

POEM

Etude internationale, multicentrique, prospective, observationnelle afin d'évaluer la sécurité d'utilisation du Maraviroc avec un traitement optimisé chez des patients infectés par le VIH déjà traités.

PFIZER/PHASE OBSERVATIONELLE

Etude multicentrique randomisée de phase 2B comparant le UK-453 061 à l'etravirine en association avec darunavir/ritonavir et un inhibiteur nucléotidique/nucléosidique de la transcriptase inverse pour le traitement de sujets infectés par le VIH-1 ayant reçu un traitement antirétroviral et dont le VIH-1 présente une résistance prouvée aux INNTI.

INNOVE

Etude en ouvert, d'une durée de 48 semaines d'évaluation de l'efficacité de saquinavir/r + FTC + TDF en une prise par jour, chez des patients infectés par le VIH-1 et naïfs de tout traitement antirétroviral.

MARAVIROC A 400 1028

Essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, contrôlé versus placebo d'un nouvel antagoniste du CCR5, UK-427, 857, en combinaison avec un traitement de fond optimisé (TFO), versus traitement de fond optimisé seul chez des patients infectés par le VIH-1 non naïfs.

MARAVIROC A 400 1067

Etude observationnelle, prospective, multicentrique, international, sur la tolérance du maraviroc utilisé en association avec un traitement de fond optimisé chez des patients infectés par le VIH-1 ayant déjà l'expérience du traitement.

TMC 278 C 204

Etude de phase IIb, randomisée, en aveugle partiel, pour déterminer la dose efficace de TMC278 chez des patients séro-positifs pour le VIH-1, naïfs de traitements antirétroviraux.

TMC 114 C 229

Etude randomisée, en ouvert, pour comparer l'efficacité, la sécurité d'emploi et la tolérance du darunavir/ritonavir (DRV/r) (800/100 mg) en une prise par jour versus DRV/r (600/100 mg) en deux prises par jour chez des patients séropositifs pour le VIH-1 déjà traités.»

POTENT

Essai randomisé, multicentrique, en ouvert comparant l'efficacité et la tolérance d'aptivus® associé à du ritonavir (tipranvir, TPV/r) au prezista® (darunavir, DRV/r) chez des patients séropositifs pour le HIV-1, ayant reçu les trois classes de traitements (NRTI, NNRTI, et PI) et présentant une résistance à plus d'un Inhibiteur de la Protéase du virus (PI).

TMC 435350

Essai randomisé en double-aveugle, contrôlé versus placebo chez des sujets infectés par l'hépatite C de génotype 1 afin d'évaluer l'efficacité, la sécurité, la tolérance, et la pharmacocinétique de doses répétées de TMC435350, avec ou sans peginterféron alpha-2a et ribavirine.

BENCHMRCK

Un essai multicentrique en double-aveugle, randomisé, contrôlé versus placebo afin d'évaluer la sécurité et l'activité antirétrovirale du MK-0518 en combinaison avec un traitement de fond optimisé (TFO), versus traitement de fond optimisé seul, chez les patients infectés par le VIH documentés comme ayant une résistance à au moins un traitement dans chacune des 3 classes d' antirétroviraux commercialisés par voie orale.

ALTAIR

Une étude ouverte, randomisée comparant l'efficacité et la tolérance de trois combinaisons thérapeutiques différentes pour le traitement antirétroviral de patients naïfs infectés par le VIH-1.

IL7

Étude de phase I/IIa randomisée, contrôlée versus placebo, multicentrique, d'escalade de doses de CYT107 (IL-7 recombinante humaine) administrée de façon intermittente par voie sous cutanée chez des patients infectés chroniquement par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) avec une numération des lymphocytes T CD4 comprise entre 101 et 400 cellules /mm³ et une charge virale inférieure à 50 copies/mL d'ARN de VIH après au moins 12 mois de HAART.

QDMRK

Essai de phase III multicentrique, en double aveugle, randomisé, contrôlé versus placebo pour tester la sécurité et l'efficacité du raltégravir une fois par jour (MK-0518) versus deux fois par jour, chacun en association avec du truvada dans le traitement de patients naïfs infectés par le VIH-1.

GS US 183 0145

Etude de phase III multicentrique, randomisée, en double aveugle, double placebo, pour tester la sécurité et l'efficacité de l'elvitegravir boosté par le ritonavir (EVG / R) versus raltégravir (RAL) ; chacun administré avec un traitement de fond chez des patients infectés par le VIH-1 non naïfs de traitement.

VICRIVIROC

Essai pour évaluer l'efficacité et la sécurité du VICRIVIROC chez des patients infectés par le VIH naïfs de traitement

Annexe n°1 : Liste des structures hospitalières rattachées au COREVIH IDF Est

Paris (75) Territoires SROS 75-1 et 75-3 soit les 2,3,9 et 10^e arrondissements

- GHU Lariboisière/Fernand Widal *
- CHU Saint-Louis *

Seine et Marne (77) Territoires SROS 77-1 et 77-2

- CH René Arbeltier à Coulommiers
- CH Fontainebleau
- CH Lagny s/Marne
- CH Meaux
- CH Marc Jacquet à Melun
- CH Montereau
- CH Nemours
- CH Léon Binet à Provins

Essonne (91) Territoires SROS 91-2 et 91-3

- CH Arpajon
- Centre Médical Bligny à Briis /s Forge
- CH Sud Francilien (Corbeil- Essonne + Evry- Courcouronnes)
- CH Etampes
- CH Dourdan
- CH Juvisy s/Orge
- CH Orsay
- CHG Longjumeau

Val de Marne (94) Territoires SROS 94-1

- CHI Créteil
- CHI Villeneuve-Saint-Georges

Seine Saint-Denis (93) Territoires SROS 93-1, 93-2 et 93-3

- CH Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois
- CHU Avicenne à Bobigny *
- CHU Jean Verdier à Bondy *
- CHI Le Raincy /Montfermeil
- CHI André Grégoire à Montreuil
- CH Delafontaine à Saint-Denis
- EPS Ville Evrard à Neuilly s/Marne

Val d'Oise (95) Territoire SROS 95-2

- CH Emmanuel Rain à Gonesse

* Etablissements AP-HP

relatif à la prise en charge des frais de déplacement des représentants des usagers intervenants au sein des instances des établissements de santé

Annexe 2.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Sous-Direction de la Qualité
Et du fonctionnement des établissements de santé
Bureau droits des usagers et fonctionnement général
Des établissements de santé
Personne chargée du dossier
Isabelle Manzi.
Tél : 01 40 56 76.88

Paris, le 12 MAR. 2009

003051

La Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'agence régionale de l'hospitalisation

Objet : La prise en charge des frais de déplacement des représentants des usagers intervenant au sein des instances des établissements de santé.

L'enquête réalisée sur le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) montre que moins de 20 % des établissements procèdent au remboursement des frais liés au déplacement des représentants des usagers siégeant au sein de ces instances, alors que ce remboursement est réglementairement imposé (article R.1112-90 du code de la santé publique).

La question du non remboursement par les établissements des frais de déplacement est régulièrement soulevée par les représentants des usagers. Afin de mettre un terme à cette situation, vous trouverez ci-après la réglementation en vigueur et les recommandations formulées à cet égard que je vous invite à porter à la connaissance des directeurs des établissements de santé de votre région.

I / Les conseils d'administration des établissements de santé publics

L'article L.6143-18 du code de la santé publique précise, s'agissant des établissements publics de santé, que les personnes membres des conseils d'administration sont indemnisées au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de ces fonctions.

Par ailleurs, l'article 3 du décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires

et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de France dispose que " ... *les autres personnes qui collaborent aux commissions..., qui apportent leur concours aux établissements publics de santé peuvent être remboursées des frais de transport et de séjour... Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des commissions mentionnées au présent article* ".

L'arrêté du 24 février 1994 fixant la liste des commissions mentionnées à l'article 3 du décret du 25 juin 1992 précité mentionne explicitement le conseil d'administration des établissements publics de santé.

A toutes fins utiles, je précise s'agissant du taux des indemnités, que le décret du 25 juin 1992 renvoie dans plusieurs de ses articles (9, 15, 25, 26, 30, ...) aux arrêtés prévus par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990. Ce dernier décret a pour partie été abrogé et remplacé par le décret n° 2006-781 du 03 juillet 2006 dont l'article 12 prévoit, dans son X, que : « *Dans tous les textes où il est fait mention, pour les déplacements temporaires, des décrets des 12 mars 1986, 12 avril 1989, 28 mai 1990 et 22 septembre 1998 susvisés, ces références sont remplacées par celle du présent décret.* »

Dans ces conditions, l'arrêté du 20 septembre 2001, pour les indemnités forfaitaires de mission, est remplacé par celui du 3 juillet 2006 pris pour l'application du décret du même jour et celui du 24 avril 2006, pour les indemnités kilométriques, est remplacé par celui du 26 août 2008 modifiant celui du 3 juillet 2006 pris pour l'application du décret du même jour.

II / *Les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU)*

L'article R. 1112-90 du code de la santé publique indique : " *les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacements engagés dans le cadre de leurs missions* ". Ces dispositions s'appliquent à tous les établissements, publics et privés.

Dans la mesure où l'article 3 du décret de 1992 précité vise « *les autres personnes qui collaborent [...] aux autres organismes consultatifs [...] qui apportent leur concours aux établissements* » et où la CRU est au nombre de ces « organismes consultatifs », les établissements publics de santé se référeront aux dispositions dudit décret de 1992 pour déterminer le taux des indemnités à verser.

Pour les établissements de santé privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, les représentants légaux de ces établissements sont invités à définir les modalités et le montant de l'indemnisation à verser au titre des frais de déplacement.

III / *Les autres instances*

D'autres instances, comme les sous-commissions de la commission médicale d'établissement, à titre d'exemple, ne sont pas visées dans l'arrêté susmentionné du 24 février 1994. Toutefois, compte tenu de l'intérêt unanimement reconnu de la collaboration des usagers au sein des instances des établissements de santé, il est souhaitable de favoriser leur participation. Dans ce contexte, je ne peux qu'inciter fortement tous les établissements, quel que soit leur statut, à rembourser les frais de transport des usagers qui « *apportent leur concours aux établissements* » par leur participation non seulement aux conseils d'administration et aux CRU, mais encore au sein de toutes les

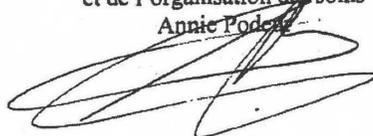
autres instances ou groupe de travail pour lesquelles leur présence est sollicitée -y compris les instances non spécifiquement visées par l'arrêté en cause-

A cette fin, pour les établissements publics de santé, le taux des indemnités sera déterminé par application des dispositions du décret de 1992. Dans les établissements

privés à but lucratif et les établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, les représentants légaux de ces établissements de santé définiront les modalités et le montant du remboursement dont les membres des instances ou groupe de travail, et notamment les représentants des usagers et les personnes qualifiées pourront bénéficier, au titre des frais de déplacement engagés pour l'assistance aux réunions de ces instances auxquelles leur présence est sollicitée.

*Herei de relayer es instructas sup d'étalant
de santé:*

Pour la ministre de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative
La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Annie Podere



Annexe n°3 : plaquette de présentation

Coordination régionale de la lutte contre le VIH de l'Est de l'Île de France

COREVIH
Île-de-France Est

COREVIH Île-de-France Est
1, avenue Claude Vellefaux
75 475 Paris Cedex 10

Tel : 01 42 38 53 28
Fax : 01 42 49 46 31

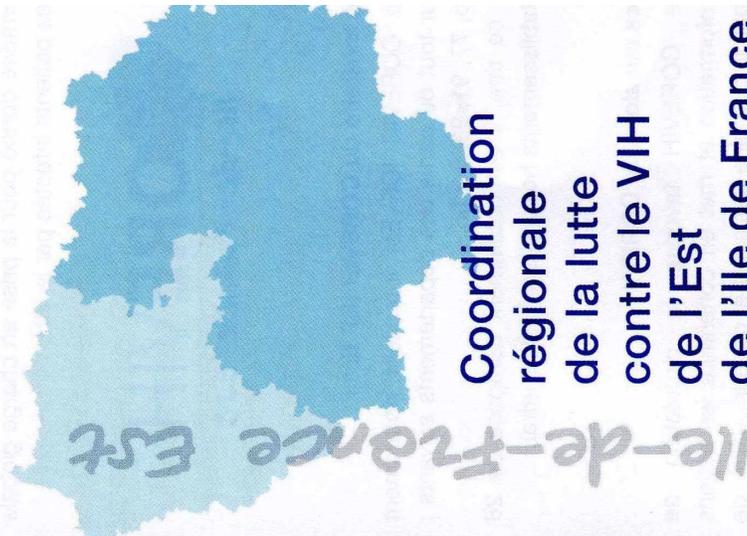
secretariat.corevihest@sls.aphp.fr
www.corevihest.fr

COREVIH
Île-de-France Est

COREVIH Île-de-France Est
1, avenue Claude Vellefaux
75 475 Paris Cedex 10

Tel : 01 42 38 53 28
Fax : 01 42 49 46 31

secretariat.corevihest@sls.aphp.fr
www.corevihest.fr



Liste des établissements hospitaliers faisant partie du COREVIH Est IDF :

- Paris (75) : Territoires SROS 75-1 et 75-3 soit les 2, 3, 9 et 10^{ème} arrondissements
- CHU Lariboisière/Fernand Widal *
- CHU Saint Louis *
- Seine et Marne (77) : Territoires SROS 77-1 et 77-2
- CH René Albertier à Coulommiers
- CH Fontainebleau
- CH Lagny s/Seine
- CH Meaux (Site de Saint Faron + Site d'Orgemont)
- CH Marc Jacquet à Melun
- CH Montereau
- CH Nemours
- CH Léon Binet à Provins
- Essonne (91) : Territoires SROS 91-2 et 91-3
- CH Arpajon
- Centre Médical Bligny à Briis /s Forge
- CH Sud Francilien (Corbeil- Essonnes et Evry-Courcouronnes)
- CH Etampes
- CH Dourdan
- CH Juvisy s/Orge
- CH Orsay
- CH Longjumeau
- Val de Marne (94) : Territoires SROS 94-1 et 94-1
- CH Créteil
- CH Villeneuve-Saint-Georges
- Seine Saint-Denis (93) Territoires SROS 93-1, 93-2 et 93-3
- CH Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois
- CHU Avicenne à Bobigny *
- CHU Jean Verdier à Bondy *
- CH Le Raincy /Montfermeil
- CH André Grégoire à Montreuil
- CH Delafontaine à Saint-Denis
- EPS Ville Evrard à Neuilly s/Seine
- Val d'Oise (95) : Territoire SROS 95-2
- CH Gonesse

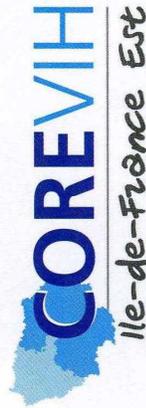
Vous retrouverez les autres structures rattachées au COREVIH IDF Est sur le site internet www.corevihest.fr

* Etablissements AP-HP

PRÉSENTATION

Qu'est-ce que le COREVIH ?

C'est une entité de coordination qui tend à satisfaire et homogénéiser l'offre de prévention, l'offre de soins ainsi que l'offre sociale sur un territoire donné pour la prise en charge globale des patients infectés par le VIH.



Le territoire du COREVIH IDF Est :

Le COREVIH IDF Est intervient notamment sur tout ou partie des départements suivants : 75, 77, 91, 93, 94, 95.
A ce titre, il est notamment composé de 28 établissements hospitaliers (cf liste infra).

Les missions du COREVIH :

Le COREVIH favorise la circulation de l'information et met en cohérence les actions dans le domaine des soins et de leur qualité, de la recherche et de la prévention.

FONCTIONNEMENT

Le **COMITE** du COREVIH, est composé de 30 titulaires disposant chacun de 2 suppléants répartis dans 4 collèges selon les secteurs qu'ils représentent : secteurs hospitaliers, extra-hospitaliers, médico-sociaux et associatifs.

Il peut s'agir, par exemple, des structures suivantes : ACT, CAARUD, CHRS, CDAG/CIDDIST, CSST, UCSA...

Les membres du Comité, nommés pour un mandat de 4 ans par le Préfet, se réunissent au moins 3 fois par an.

Le **BUREAU**, composé de 9 membres élus par le Comité, se réunit tous les mois pour impulser les orientations du COREVIH.

L'**EQUIPE** opérationnelle, composée d'une coordinatrice administrative, d'une secrétaire et de technicien(ne)s d'études cliniques intervenant sur l'ensemble du territoire, est chargée de mettre en œuvre les actions et orientations conformément aux vœux du Comité et du Bureau.

Les **ACTEURS** du COREVIH sont toutes les personnes concernées par le VIH sur le territoire du COREVIH :

- soit en tant qu'utilisateur du système de santé
- soit en tant qu'intervenant de près ou de loin à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

A ce titre, chaque acteur a sa place au sein du COREVIH et peut être associé aux nombreux projets et actions en cours.

LE COREVIH ET VOUS

Plusieurs **COMMISSIONS** de travail thématiques ont été constituées. Elles ont pour mission de faire un état des lieux de la situation sur le territoire du COREVIH au regard duquel elles élaboreront un programme de travail et d'actions à mettre en œuvre en vue d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie.

La liste des Commissions est la suivante :
(celle-ci peut être amenée à évoluer au fil du temps)

- Addiction
- Biologie
- Dépistage
- Education thérapeutique et prévention
- Femmes et VIH
- Filière d'aval
- Formation et Evaluation des pratiques professionnelles
- Migrants
- Précarité et accès aux soins
- Psy COREVIH
- Recherche clinique
- Traitement ARV et pharmacovigilance

Toutes les actions menées sont compilées dans un rapport annuel d'activités qui fait apparaître des éléments quantitatifs et qualitatifs qui ont pour but de mener des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des patients. Il s'agit in fine d'homogénéiser les pratiques et l'offre de soins sur le territoire en privilégiant le travail en réseau pour fournir aux patients la meilleure offre de soins de proximité et un accompagnement au-delà du secteur hospitalier.

Annexe n°4 : lettre de mission relative à la Commission Soins

Lettre de mission adressée au Dr Valérie GARRAIT, pilote de la Commission Soins, le 17 décembre 2009

Chère Amie,

Je te remercie d'être venue nous exposer l'état des lieux de la Commission Soins du COREVIH IDF Est le 18 Novembre dernier.

Nous avons pris acte du très bon fonctionnement du groupe « Femmes et VIH » ainsi que du travail qui a consisté à recenser les intervenants susceptibles de réparer la lipo-atrophie.

Nous avons également entendu que les sous-commissions « Foie et VIH », « Enfants et adolescents », « Hôpitaux de jour » n'étaient en fait pas fonctionnelles.

Nous avons essayé d'identifier les besoins prioritaires au sein du COREVIH qui doivent conduire à la création de groupes de travail :

1. Groupe de travail « Foie et VIH »

Ce groupe, qui devait être initialement piloté par le Pr Michel Beaugrand, n'est pas fonctionnel. Il convient donc de le ré-activer en trouvant un nouveau pilote qui pourrait être le Pr Dominique Roullot à Avicenne qui semble intéressée. L'objectif prioritaire de ce groupe serait, dans un premier temps, d'identifier les besoins de prise en charge des patients concernés par une pathologie hépatique au sein du COREVIH et, parallèlement, des ressources tant en spécialistes hépatologues qu'en moyens diagnostiques (fibrosan, biopsie transjugulaire, etc...) pour aboutir à la création d'un réseau, d'une prise en charge homogène et des évaluations communes ;

2. Groupe de travail « Neuro et VIH »

Des données parfois contradictoires s'accumulent pour alerter sur le risque d'altération neuro-cognitive des personnes infectées par le VIH. Il est extrêmement difficile d'obtenir des besoins cognitifs même pour les patients qui se plaignent de troubles. Il est donc extrêmement important d'identifier un référent qui pourrait nous aider à établir un réseau sur le territoire. Il est suggéré de s'adresser au Pr Hugon afin de piloter ce groupe de travail. Ce réseau pourrait être organisé autour des services de neurologie, de gériatrie, de consultations mémoire ou de soins de suite de réadaptation. A terme, des actions d'évaluation des besoins et d'offres de soins spécifiques pourraient être envisagées.

3. Groupe de travail « Perdus de vue »

Compte tenu des caractéristiques socio-démographiques des patients suivis dans le COREVIH, le nombre de patients perdus de vue est probablement significatif. Cet indicateur est pertinent en termes de qualité de soins et en termes de répercussion de santé publique et individuelle. Il est important d'envisager de faire une évaluation du problème au sein du COREVIH et éventuellement de soumettre des actions correctrices. A ce titre, une fiche action sur les perdus de vue a été élaborée au sein de la SFLS et nous pourrions nous en inspirer. Le pilotage de ce groupe pourrait être assuré par le Docteur Denis Mechali qui semble avoir déjà travaillé sur ce sujet ou par le Docteur Juliette Pavie qui pilote le groupe de travail « HDJ », thème moins important que les perdus de vue.

En ce qui concerne la création de ces groupes de travail, merci de tout mettre en œuvre pour que, dans chacun des groupes, tous les acteurs du COREVIH puissent être représentés (médecins spécialistes d'organes ou du VIH, médecins généralistes, personnel soignant non médical, assistantes sociales, ... et bien entendu au moins un représentant des associations de patients ou de lutte contre le Sida).

Nous te remercions de bien vouloir organiser ces groupes de travail et de nous tenir informés de l'état d'avancement ou des difficultés que tu pourrais rencontrer.

Nous restons bien entendu à ton entière disposition pour t'aider dans cette tâche, autant que faire se peut.

Amicalement,

Willy ROZENBAUM

Annexe n°5 : lettre de mission relative à la Commission Recherche Clinique

Lettre de mission adressée au Pr Jean-Michel MOLINA, pilote de la Commission Recherche Clinique, le 6 novembre 2009

Cher Jean Michel,

Je te remercie d'avoir accepté d'échanger avec les membres du bureau du COREVIH concernant la commission Recherche Clinique, que tu as accepté de piloter, et les missions potentielles qui pourraient se réaliser.

Nous t'avons informé que dans les semaines à venir une biostatisticienne devrait être disponible dans le cadre du COREVIH avec comme principale mission d'exploiter la base Nadis. Cette base est en cours de déploiement. Là où elle a été nouvellement installée, la récupération des données antérieures est en cours, soit à partir du DMI2 soit à partir de fichiers informatisés existants dans les services, voire même à partir des dossiers « papier » grâce aux TEC nouvellement affectées.

J'ai bon espoir que plus de 80 % de la file active du COREVIH seront gérés dans les six mois qui viennent dans le dossier Nadis.

Il est donc apparu au bureau que le groupe Recherche Clinique devra s'attacher particulièrement à ;

1. Envisager des études descriptives qui pourraient être réalisées à partir de la base Nadis dès que celle-ci sera consolidée ;
2. Proposer des études nécessitant des informations qui ne seraient pas contenues dans la base Nadis sur des sujets concernant des populations, des pathologies, des co-morbidités, des complications ;
3. Envisager que certains centres puissent participer à des essais soit thérapeutiques soit physiopathologiques en fonction des besoins et de leur formation.

Nous restons réceptifs à toute remarque ou sollicitation du groupe.

Amicalement,

Willy ROZENBAUM

Annexe n°6 : lettre de mission relative à la Commission Migrants

Lettre de mission adressée au Dr Olivier PATEY, pilote de la Commission Migrants, le 6 novembre 2009

Cher Olivier,

Je te remercie d'abord d'avoir confirmé ta disponibilité concernant le pilotage de la commission Migrants du COREVIH IDF Est.

Comme tu le sais, le COREVIH est particulièrement concerné par ce sujet compte tenu du territoire qu'il draine.

Je sais que cette commission a eu du mal à démarrer compte tenu d'une ambivalence et d'une discussion qui ont tourné autour de l'éventualité d'une fusion avec la commission Précarité. La décision prise de séparer les deux commissions m'est apparue, ainsi qu'aux membres du bureau, comme la plus raisonnable. Même si on peut imaginer que certaines thématiques puissent se rejoindre.

Afin de faire avancer le travail de la commission, le bureau a considéré que des missions spécifiques pourraient être attribuées à chaque commission, ce qui devrait faciliter le travail et mettre de la cohérence entre le travail des différentes commissions.

Il est donc apparu au bureau que votre groupe devra s'attacher particulièrement à :

1. Faire l'état des lieux de ce que représente cette population sur le territoire en précisant les origines, les données démographiques, le statut juridique et l'activité ;
2. Identifier les difficultés d'accès aux soins de cette population ;
3. Quantifier la population des personnes perdues de vue et tenter d'évaluer les raisons ;
4. Envisager des propositions pour améliorer l'accès au dépistage ;
5. Diffuser les circulaires DGS 2006-250 du 8 juin 2006 et DGS 2007-383 du 23 octobre 2007 relatives à la prise en charge du VIH chez les migrants ;
6. Faire connaître auprès des différents intervenants du COREVIH la possibilité de recours à l'interprétariat.

Bien entendu si d'autres idées vous venaient, vous en avez parfaitement l'initiative.

En restant à ta disposition

Amicalement,

Willy ROZENBAUM

Annexe n°7 : compte rendu de réunion relative à l'état des lieux de l'offre de soins sur le territoire du COREVIH IDF Est



Compte-rendu de la réunion « Référénts VIH » Du 26 Mai 2010

Présents : Jean François Bergmann (CS Médecine Interne Lariboisère) - Alain Bonnineau (vice-Président du COREVIH, Président de AIDES) - Jean Luc Boussard (Médecin Melun + UCSA) - Sophie Causse (coordinatrice administrative du COREVIH) - Roser Ceinos (psychiatre EPS Ville Evrard) - Pierre Chevojon (PH Hématologie CHSF) - Isabelle De Lacroix (CS Médecine Interne CHIC) - Jean Luc Delassus (PH Médecine Interne Aulnay) - Marie Echard (PH Hématologie Montfermeil) - Véronique Favret (TEC Aulnay/Gonesse représente Didier Troisvallets) - Eric Froguel (CS Infectiologie/Diabétologie Lagny) - Vincent Jeantils (PH unité VIH Jean Verdier) - Elise Klement (CS SSR Bligny) - Caroline Lascoux-Combe (PH Médecine Interne Saint-Louis) - Olivier Patey (CS Médecine Interne Villeneuve-Saint-Georges) - Mirana Razafimahery (PH Médecine Interne Nemours) - François Rougès (PH Médecine Interne Avicenne, représente Olivier Bouchaud) - Willy Rozenbaum (Président du COREVIH) - Pierre Sellier (PH Médecine Interne Lariboisère) - Evelyne Sol

Excusés : Marie Aude Khuong (Médecin Saint-Denis) - Marc Gatfosse (Médecin Coulommiers) - Corinne Routier (Médecin Fontainebleau) - Julie Timsit (IST Saint-Louis) - Didier Troisvallets (Médecin Gonesse) - Luc Turner (Médecin Dourdan)

Sites non représentés : Arpajon - Etampes - Jean Verdier (médecine interne) - Juvisy-sur-orge - Longjumeau Meaux - Montereau - Montreuil - Provins

Willy R., avant d'ouvrir la séance, demande à chaque personne de se présenter afin que chacun(une) soit identifié(e) ; puis explique pourquoi cette réunion a lieu.

La première raison est que le COREVIH a pour objectif d'homogénéiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire du COREVIH (26 sites) afin que les patients bénéficient d'une offre de soins équivalente, même dans les zones un peu isolées.

La seconde raison est de faire le point sur l'activité, les moyens, les difficultés rencontrées, les projets à venir avec chaque responsable de services ou d'unités prenant en charge les PVVIH ainsi que sur les restructurations internes de certains sites et/ou les regroupements hospitaliers à venir.

A l'initiative d'associations de patients, les présidents des 5 COREVIH de l'Ile-de-France et les représentants associatifs ont été réunis en « réunions inter-COREVIH » au siège de l'AP/HP et à l'ARS, qui ont abouti :

- à l'élaboration d'un Projet médical du plan stratégique 2010-2014, dans lequel une place a été attribuée à « l'accueil et la prise en charge des personnes infectées par le VIH » ;
- à l'obtention d'Etats généraux du VIH d'ici la fin de l'année auxquels les participants à cette réunion souhaitent que les directions hospitalières soient invitées.

Un cahier des charges a été réalisé comportant les critères suivants :

- « Assurer aux PVVIH des consultations spécialisées de proximité tenant compte des spécificités locales de la population ainsi que de la prévalence attendue du fait de l'augmentation prévisible de l'activité de dépistage mentionnée plus haut.
- Assurer ces consultations de proximité dans un délai de moins de deux semaines (hors urgences), et garantir une organisation offrant un temps de consultation suffisant à l'occasion des étapes-clé du suivi des patients, notamment : annonce du diagnostic, première mise au traitement, désir d'enfant, échec thérapeutique. Assurer également une prise en charge en urgence des accidents d'exposition au VIH sur le territoire du GH et de la COREVIH.
- Garantir, dans chaque groupe hospitalier et/ou COREVIH, une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire aux PVVIH (enfants, adolescents et adultes), c'est-à-dire :
 - o un accès, à la demande du médecin référent VIH, aux spécialités suivantes :
 - D'une part cardiologie, neurologie, hépatologie, addictologie et psychiatrie, gynécologie, proctologie, endocrinologie et nutrition,
 - D'autre part observance et éducation thérapeutique, soutien social et psychologique, compte tenu de la précarité et de la vulnérabilité fréquemment observées chez les PVVIH ;
 - o le temps de coordination nécessaire assurée par le médecin référent VIH entre ces diverses spécialités et avec le médecin de ville, partie intégrante du réseau Corevih.
- Garantir, dans chaque GH, les conditions d'un bilan annuel de l'infection VIH en assurant la faisabilité d'une hospitalisation de jour dite de synthèse annuelle au cours de laquelle les bilans clinique, biologique et radiologique, pourront être assurés sur le même site en une journée, ainsi que l'accès à une consultation au moins annuelle à un médecin hospitalier expérimenté, spécialiste de l'infection VIH.
- Si l'état de santé des patients le justifie, assurer l'hospitalisation dans un service spécialisé du GH dont les capacités d'accueil permettent une prise en charge rapide. Faciliter l'accueil en SSR des patients dont l'état de santé ou les caractéristiques sociales ou psychologiques ne permettent pas un retour à domicile.
- Solliciter les Corevih pour l'aide à l'organisation, et pour l'évaluation annuelle, de la prise en charge des PVVIH, ainsi qu'en cas de projet de restructuration hospitalière susceptible d'affecter la prise en charge de ces patients.
- Organiser l'accès des associations de patients aux sites de prise en charge des PVVIH, et le fonctionnement de ces associations en partenariat avec les services cliniques ; les informer des projets de restructuration hospitalière concernant les PVVIH. »

Willy R. expose ensuite les projets de restructurations des hôpitaux de l'AP/HP :

1. Groupe Hospitalier Seine Saint-Denis est constitué de trois hôpitaux : Avicenne, Jean Verdier et René Muret

Avicenne (file active des PVVIH de 942 patients) : depuis Janvier 2010 l'unité VIH du service de Médecine Interne a été rattachée au service de Maladies Infectieuses avec comme impacts :

- pas de modification de la capacité d'hospitalisation (22 lits de plus de 24 H) ;
- hôpitaux de jour regroupés dans un lieu et un bâtiment distant de l'hospitalisation de plus de 24 H ;
- consultations actuellement réparties sur 4 lieux différents ;
- au niveau des effectifs médicaux : 1 poste de PH contractuel et 14 vacations ont été transférés ; le poste de PH ne peut être disponible avant début 2011 compte tenu de la récupération en RTT de sa titulaire ;
- au niveau des effectifs non médicaux : un poste d'IDE a été transféré, le mi-temps de psychologue et le poste de secrétaire médicale ne l'ont pas été ;
- la dispensation pharmaceutique a été maintenue

Jean Verdier (file active des PVVIH de 700 patients) : 2 services prenant en charge des PVVIH :

- le service de Médecine Interne dont il est acté qu'il doit être transféré à Avicenne dans le 1^{er} semestre 2011. La ventilation des 200 patients suivis par ce service n'est pas encore résolue ; il n'y aura donc plus de Médecine Interne sur Bondy ;

- l'unité de Maladies Infectieuses, rattachée à la polyclinique médicale, dont Vincent Jeantils est depuis Février 2010 le seul médecin prenant en charge les PVVIH, les 5 vacations médicales dont cette unité bénéficie n'étant plus occupées.

Il est indispensable et urgent d'apporter des solutions à cette situation notamment, dans un premier temps, en rattachant administrativement cette unité au service de Maladies Infectieuses de l'hôpital d'Avicenne sous forme de consultation avancée à Jean Verdier, permettant d'assurer l'hospitalisation de jour et de plus de 24 H à Avicenne.

La Direction de la politique médicale de l'AP/HP s'est engagée à proposer une réunion avant la fin Juin pour avancer sur la façon de régler le problème.

Willy R. souligne que la situation de Bondy est la plus dramatique de l'ensemble des sites du COREVIH.

René Muret : cet hôpital ne prend pas en charge de PVVIH.

2. Groupe Hospitalier Lariboisière – Fernand Widal – Saint-Louis

Saint-Louis (file active des PVVIH de 3610 patients) : 4 services prennent en charge les PVVIH :

- le service d'Immunologie Clinique qui assure le suivi de patients présentant un lymphome lié au VIH ou une maladie hématologique ;
- le service de Médecine Interne : le chef de service partant à la retraite après l'été, il est acté que les PVVIH vont rejoindre le service de Maladies Infectieuses en Septembre 2010 (environ 450 patients). Mais à ce jour, rien n'est acté sur le transfert de postes médicaux et non médicaux. Pas de locaux supplémentaires ne sont proposés ;
- le service d'IST (file active de 150 patients) dont le chef de service va partir à la retraite. Pas de rapprochement prévu ;
- le service de Maladies Infectieuses.

Lariboisière/Fernand Widal (file active des PVVIH de 1300 patients) : il est envisagé qu'un Département de Médecine Interne divisé en 5 unités fonctionnelles soit créé. Compte tenu de l'importante file active de Lariboisière, il semble être accepté que la prise en charge de l'infectiologie des patients VIH se maintienne sur Lariboisière et éventuellement sur Fernand Widal.

S'ensuit une discussion sur l'avancement des projets de restructurations, le but étant, selon Vincent Jeantils, la suppression de personnel. Quels moyens de pression dispose-t-on pour aller contre ?

En ce qui concerne le personnel médical, Jean François Bergmann souligne l'augmentation des postes d'internes de plus de 20 % ce qui va changer la configuration de la démographie médicale d'ici 3-4 ans.

Cependant, la pression la plus forte se situe envers le personnel administratif et non médical (psychologues, assistantes sociales), personnel qui n'apparaît pas dans la T2A et donc qui « ne rapportent » pas à l'hôpital.

Willy R. propose de faire un tour de table pour entendre ce qu'il en est dans les structures de soins représentées ici par les médecins :

Centre Hospitalier Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois – Jean Luc Delassus (file active de PVVIH de 630 patients)

Depuis 5-6 ans, il existe plusieurs tentatives de rapprochement entre Aulnay

- et Montfermeil qui s'avère impossible à réaliser du fait du refus des deux directeurs et des présidents de CME ;

- et Gonesse : impossible car les deux hôpitaux sont situés sur deux départements différents ;
- et Le Bourget : impossible également

Donc, à ce jour aucun regroupement hospitalier n'est envisagé. Seuls ont été mis en place des staffs « patients » communs mensuels avec le Centre Hospitalier de Gonesse.

Il a donc été décidé de donner des moyens à Robert Ballanger pour reconstruire un nouvel hôpital dont le financement ne pourra, selon Jean Luc Delassus, être honoré que de moitié.

Concernant l'offre de soins aux PVVIH est répartie sur la consultation de médecine, l'hospitalisation classique et l'hôpital de jour. Deux PH prennent en charge les patients VIH en plus d'autres activités. Les vacations médicales n'existent pas. Il n'y a pas d'hématologue sur place. Les associations de patients ne sont plus présentes sur l'hôpital, c'est le Réseau local 93 qui se déplace.

Centre Hospitalier de Gonesse – Didier Troisvallets représenté par Véronique Favret (TEC) (file active de PVVIH de 650 patients)

Un seul médecin qui prend en charge les patients VIH en consultation et en hôpital de jour. Il n'existe plus de service de Médecine Interne à Gonesse.

Si l'on imagine transférer l'activité de Didier Troisvallets sur Aulnay, il existerait un problème de transport pour les patients.

Centre Hospitalier Raincy-Montfermeil – Marie Echard (file active de PVVIH de 268 patients)

Marie Echard précise qu'elle est hématologue.

Pas de restructuration hospitalière prévue à court terme. Restructurations internes (création d'un pôle onco-hématologie) avec conservation de tous les postes médicaux.

Compression des postes d'IDE pour un nombre identique de lits en hôpital de jour et hôpital de semaine.

Marie Echard souligne le travail de qualité effectué par l'équipe « psy » de Ville Evrard qu'il est indispensable de conserver. C'est grâce à cette équipe que l'Education thérapeutique aux patients a pu être développée.

Roser Ceinos informe que ce travail a pu être réalisé dans de bonnes conditions grâce à une convention inter-hospitalière réunissant Jean Verdier, Montfermeil et Ville Evrard, mais que cette dernière est à ce jour très menacée.

Centre Hospitalier de Nemours – Mirana Razafimahery (file active des PVVIH de 18 patients)

Un seul médecin prend en charge les patients VIH dans le service de Médecine Polyvalente ainsi que les AES externes. Les AES du personnel sont gérés par le médecin du travail.

Pas de projet de regroupement avec le Centre Hospitalier de Fontainebleau actuellement.

Les manques : pas de cardiologue sur place, pas de maternité, juste des vacations hebdomadaires de neurologue, ORL, ophtalmo et pneumologue. Pas de personnel administratif ni paramédical dédié pour le VIH.

Centre Hospitalier de Lagny Marne-la-Vallée – Eric Froguel (file active des PVVIH de 480 patients environ)

Eric Froguel précise que son service est identifié médecine Infectiologie/Diabétologie. Deux PH et un assistant assurent, entre autres activités, la prise en charge des patients en collaboration avec le réseau l'AVIH, dont l'activité peut à l'occasion déborder ce seul secteur hospitalier.

L'hôpital actuel, situé sur la commune de Lagny, déménagera prochainement à Jossigny et passera à 550 lits, de façon à permettre son développement. Il n'est pas prévu de regroupement entre les trois hôpitaux (Lagny, Meaux, Coulommiers) sur ce site.

Les manques à Lagny : absence de temps de psychologue, compensé actuellement dans le cadre d'une collaboration avec le réseau l'AVIH, réduction du temps d'assistante sociale, nombre d'appartements thérapeutiques insuffisant.

A la question posée d'une éventuelle restructuration de l'offre de soins VIH en Seine et Marne nord, Eric Froguel déclare qu'il n'a pas connaissance d'un tel projet. Si toutefois un projet devait prendre forme, il aimerait y être associé. Les distances dans le Nord Seine et Marne et les difficultés de transports pour les patients constituent un problème important qu'il faudrait prendre en compte.

Centre Hospitalier Villeneuve-Saint-Georges – Olivier Patey (file active des PVVIH de 615 patients) et Centre Hospitalier du Sud Francilien – Pierre Chevojon (file active des PVVIH de 612 patients)

La réalisation d'un nouvel hôpital est prévue pour Mai 2011 sur Corbeil. Les activités du site d'Evry. Rapprochement des 2 centres hospitaliers en discussion depuis des mois, mais aucune décision n'a été actée à ce jour.

Compte tenu des difficultés que rencontre le CH de Villeneuve Saint-Georges, consultation avancée suggérée.

A Corbeil, un seul PH pour la prise en charge des patients VIH en plus de l'hématologie et de l'ECIMUD.

Centre Hospitalier inter Communal de Créteil – Isabelle de Lacroix (file active des PVVIH de 550 patients)

Le service de Médecine Interne a fait le choix, malgré la tentative d'OPA sur un certain nombre d'hôpitaux du Sud Est Francilien, de faire partie du COREVIH IDF Est (le CHIC faisait partie de l'ex CISIH de l'Est Parisien).

Pas de restructuration envisagée pour les patients VIH, mais GCS (groupement de coopération sanitaire) pour la chirurgie digestive, l'oncologie et les urgences.

Yves Levy (Henri Mondor) entame des négociations de collaboration médicale avec le service de Médecine Interne du CHIC sur des projets de recherche.

A ce jour, la collaboration médicale se fait plus ou moins avec Saint-Louis et Henri Mondor.

2 PH gèrent la file active de patients VIH.

Centre Hospitalier de Longjumeau – pas de représentant (file active des PVVIH de 197 patients)

A ce jour, c'est un PH de Bicêtre qui reprend les patients suivis par Yvon Lemerrier, parti à la retraite.

Centre Hospitalier Marc Jacquet à Melun – Jean Luc Boussard (file active des PVVIH de 469 patients)

Deux médecins, rattachés au service de Médecine Polyvalente, gèrent les patients VIH dont un est médecin coordinateur de l'UCSA.

Construction d'un nouvel hôpital de 800 lits à Réau fin 2011 avec regroupement d'une clinique privée de Melun (non intéressée par le VIH).

Mauvaises conditions de travail. Les médecins partent. Postes médicaux vacants. Pas de staff VIH.

Jean Luc Boussard a essayé de mettre en place une collaboration médicale avec Villeneuve-Saint-Georges à raison d'un staff infectieux trois fois par an.

L'idéal serait la téléconférence. Il est rappelé que sur le site internet du COREVIH il existe un Forum de discussions non utilisé.