



RAPPORT D'ACTIVITE ANNEE 2010

Hôpital Siège : CHU Saint Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10
Secrétariat : 01 42 38 53 28
Fax : 01 42 49 46 31

www.corevihest.fr

Les COREVIH, qui se sont substituées aux Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) ont été créées 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 dès 2008, l'utilisation d'un logiciel médical commun a permis d'améliorer très sensiblement les données quantitatives sur des files actives validées.

La COREVIH IDF Est se caractérise par :

- l'étendue de son territoire (50 % de l'Ile-de-France) ;
- le grand nombre et la diversité des établissements qui la 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.

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.

POINTS FORTS

La COREVIH de l'Est de l'IDF est remarquable tant par sa superficie que par sa file active. En effet, elle regroupe entre autres 28 centres hospitaliers répartis sur une grande moitié de la région francilienne. Parmi les 5 COREVIH franciliennes, la COREVIH de l'Est a la file active la plus importante soit 30% des patients pris en charge (*source rapports d'activité 2009 COREVIH*).

Ces éléments sont autant d'enjeux de taille pour une coordination dont les objectifs principaux sont d'assurer le recueil épidémiologique, d'homogénéiser l'offre médico-sociale et les pratiques dans des champs variés (prévention, dépistage, recherche...) afin d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/Sida. Pour cela divers outils ont été développés (site internet, bulletin information...).

Les instances du COREVIH, lieux d'exercice de la démocratie sanitaire (p. 13 à 15 & 91) :

Les COREVIH sont des entités singulières et expérimentales reposant sur le concept de démocratie sanitaire. Au sein de la COREVIH IDF Est, la démocratie a pu s'exercer pleinement en 2010. En effet, malgré de nombreux sièges vacants au sein du Comité, le quorum a été atteint à chaque séance plénière et trois nouveaux membres ont été élus au sein du Bureau. Ainsi, ces deux instances ont pleinement joué leur rôle dans le fonctionnement de la COREVIH.

Une nuance est à apporter concernant la participation et les échanges avec les tutelles qui ont été quasi inexistantes.

Il faut noter que la COREVIH est fréquemment sollicitée et a participé à diverses manifestations au cours de l'année 2010 (p. 96 à 98).

Les moyens de la COREVIH IDF Est à « consolider » et les process d'utilisation des crédits à simplifier (p.16 à 21):

Le tableau ci-dessous récapitule les crédits et les dépenses, exprimés en €, pour l'année 2010 :

2010	Crédits MIGAC	Postes budgétés (ETP)	Postes pourvus (ETP)	Dépenses				Différentiel crédits/dépenses
				Titre 1*	Titre3/ Titre 4**	Charges indirectes***	Total	
AP-HP	1 215 459	17	14	650 710	42 797	46 275	739 782	475 677
Sud Francilien	219 173	4	3,9	168 090	4 305	47 617	220 012	-839
Saint Denis	0	0	1	57 575	0	0	57 575	-57 575
Total	1 434 632	21	18,9	876 375	47 102	93 892	1 017 369	417 263

* Titre 1 : dépenses de personnel

** Titre 3 : dépenses de fonctionnement (consommables = biens non amortissables) & Titre 4 : dépenses de fonctionnement (équipements = biens amortissables)

*** Charges indirectes : dépenses indirectes de nature très variée calculées selon les principes de comptabilité analytique c'est-à-dire selon des clés de répartition

Ces dépenses sont détaillées par titre ci-après. A la lecture de ce tableau, plusieurs constats peuvent être dressés d'emblée :

- ↳ La totalité des crédits n'est pas centralisée au niveau de l'hôpital Siège
- ↳ L'hôpital Delafontaine de Saint Denis (93) ne perçoit pas de dotation MIGAC mais a des dépenses de personnel à hauteur d'1 ETP (titre 1)
- ↳ La totalité des postes n'est pas pourvue
- ↳ Les dépenses liées au fonctionnement relèvent essentiellement du titre 3 en l'absence de crédit d'investissement (titre 4)
- ↳ Le boni qu'affiche l'hôpital siège avec l'utilisation de 60 % des crédits s'explique par le nombre de postes vacants (2 à 3 en moyenne) et par une utilisation partielle (80%) des crédits de fonctionnement.
- ↳ Les charges indirectes du Sud Francilien sont plus élevées que celles de l'AP-HP alors qu'il y a 4 fois moins de personnels et que ceux-ci sont, pour la plupart, mis à disposition sur d'autres établissements.

Des données épidémiologiques 2010 de plus en plus validées et exhaustives (p.27 à 57):

En raison de moyens en personnel contraints (TEC) au regard de nombre important d'établissements et de la file active, la COREVIH a fait le choix d'un outil de recueil épidémiologique alimenté par les cliniciens dans la mesure où il est également un dossier médical informatisé.

Ce logiciel (e-Nadis®) est largement déployé depuis la mise en place de la COREVIH. Aujourd'hui, il est le système principal et privilégié pour le recueil des données (cf. p.23 à 26) et permet une meilleure qualité et exhaustivité des données.

Il faut noter que 3 services (soit 1308 patients en 2009) n'ont pas pu fournir leurs données 2010 faute de participation au recueil épidémiologique standardisé.

La **file active totale 2010** (validée + déclarative) est de **12 478 patients** ce qui représente, si l'on considère les mêmes services, une augmentation de 174 patients par rapport à l'année précédente et 964 par rapport à 2008.

La **file active dite validée**, c'est-à-dire obtenue via un système informatisé, est de **11 000 patients** soit 622 patients de plus qu'en 2009 et 1371 de plus qu'en 2008.

L'étude épidémiologique détaillée porte sur ces 11 000 patients.

File active validée	11 000	-
Nombre de patients perdus de vue en 2010	964	-
Nombre de patients décédés en 2010	117	-
Nombre de patients nouvellement pris en charge en 2010	1 233	11, 2 %
Nombre de patients nouvellement dépistés parmi les nouveaux pris en charge en 2010	603	48, 9 %
Nombre de patients sous traitement ARV	9 494	86, 3 %
Nombre de patients sans traitement ARV	1 346	12, 2 %

	% sur la FA 2010 *	% sur les nouveaux dépistés **
Principales caractéristiques démographiques		
% de femmes	41,5	39,9
% < 45 ans	55	74,4
% > 45 ans	45	25,6
Mode de contamination		
Hétérosexuel	62,7	66,2
Homo/bisexuels	23,8	24,4
Usagers de drogues (IV)	6,8	1,3
Autre	6,7	8,1
Stade de la Maladie		
SIDA	24	16,7
Non SIDA	76	83,3
Taux CD4		
< 200	7,7	25,5
[200-350[15,4	19,9
[350-500]	24	17,6
> 500	47,2	20,9
Non renseigné	5,7	16,1
Charge Virale		
<= 50	65,7	5,5
]50-500]	10,3	16,1
]500-10K]	8	33,5
> 10 K	8,3	27,7
Non renseigné	7,7	17,2

*Etude épidémiologique réalisée sur la file active de 11 000 patients

** Etude réalisée sur les 603 patients nouvellement dépistés en 2010

Au total, 5% de patients de la file active sont des nouveaux dépistés. La moitié des patients dépistés sont pris en charge à un stade tardif (< 350 CD4/mm³). A leur prise en charge les patients nouvellement dépistés ont en moyenne 369 CD4 / mm³ et une médiane de 322 CD4 / mm³.

Avec l'homogénéisation progressive du système de recueil, des données de plus en plus détaillées pourront être présentées par exemple celles qui feront l'objet de protocoles menés dans le cadre de la commission recherche clinique.

Le déploiement du DOMEVIH (successeur du DMI2) devrait avoir lieu en 2011. Ce déploiement fera l'objet d'une attention particulière dans la mesure où cet outil de recueil épidémiologique de l'INSERM devra s'intégrer au système déjà opérationnel au sein de la COREVIH.

Une baisse des hospitalisations complètes et partielles directement liées à la pathologie VIH (p.58 à 65)

Concernant l'activité de MCO, les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des 27 hôpitaux rattachés à la COREVIH (Hors EPS Ville Evrard) sont les suivantes :

2010	Hospitalisation > 24H	Hospitalisation < 24H (HDJ)
Nombre de patients	3513	-
Nombre de séjours	5005	7976

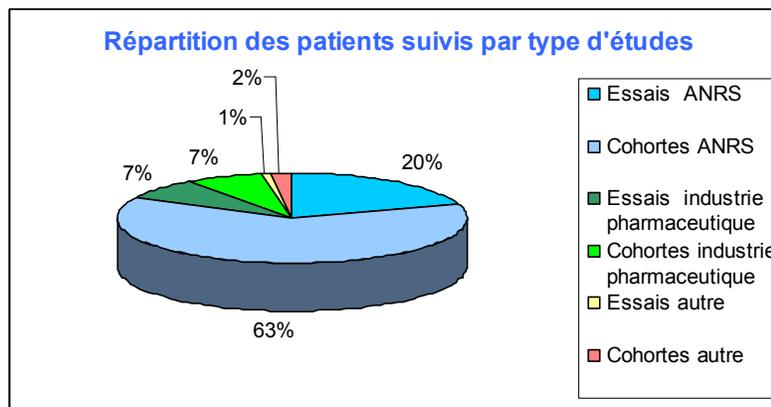
On note une baisse de 10% des séjours concernant les hospitalisations de plus de 24H tandis que les hôpitaux de jour affichent une baisse de 8%.

Une activité de recherche clinique relancée en 2010 (p. 66 à 79):

Outre le recueil épidémiologique, la recherche clinique est le second volet auquel contribue les COREVIH via les technicien(ne)s d'études cliniques.

Au total, 152 démarches ont été recensées sur le territoire avec 1510 patients qui ont été suivis à l'occasion de ces études soit 12 % de la file active totale.

Si l'année 2009 avait connu une baisse de l'activité de recherche clinique, les chiffres de l'année 2010 marquent une relance même si elle n'atteint pas le niveau de 2008. Néanmoins, il faut noter que comme pour l'épidémiologie l'activité de 3 services n'a pas pu être recensée.



Les commissions de travail concrétisent leurs travaux (p. 80 à 90 & diverses annexes)

La COREVIH a mis en place un nombre conséquent de commissions de travail, neuf d'entre elles se sont réunies au cours de l'année 2010 afin d'établir des objectifs et/ou de réaliser des projets et outils.

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des projets et leur état d'avancement est consultable en annexe n° 4 du rapport.

Un nécessaire état des lieux des projets de restructurations hospitalières et de l'offre de soins

(p. 92 à 95)

Dans le contexte de réformes que connaît le secteur de la santé et plus particulièrement le milieu hospitalier (Loi HPST), la COREVIH a tenté de dresser un état des lieux des projets de restructurations de son territoire.

Elle espère, à terme, être consultée par les tutelles dans la mise en œuvre des ces réformes mais plus largement pour la déclinaison du plan national de lutte contre le VIH/Sida (PNLS) 2010-2014.

Conclusions : (p. 100-101)

L'année prochaine signera la fin de la 1ère mandature des COREVIH et sera donc sans doute celle de l'évaluation. D'ici là, la COREVIH aura affiné ses analyses épidémiologiques et les commissions de travail auront certainement achever des projets d'envergure.

Les attentes les plus importantes reposent désormais sur les liens à tisser avec l'ARS et ses représentants (délégations territoriales, CRSA...) afin de préparer la deuxième mandature mais aussi pour participer à la mise en œuvre des schémas régionaux notamment au regard des nombreux projets de restructuration recensés. L'ARS en tant qu'autorité de tutelle aura également à régler les difficultés liées au budget et au statut des personnels évoquées ci-dessus.

SOMMAIRE :

I IDENTIFICATION DE LA COREVIH IDF EST	11
1.1 REGION ADMINISTRATIVE.....	11
1.2 TERRITOIRE DE REFERENCE	11
1.3 ETABLISSEMENTS DE SANTE	12
<i>A/ Etablissement siège</i>	<i>12</i>
<i>B/ Etablissements hospitaliers.....</i>	<i>12</i>
1.4 LE COMITE	13
<i>A) La Composition.....</i>	<i>13</i>
<i>B) Les Réunions.....</i>	<i>13</i>
1.5 LE BUREAU	14
<i>A) Sa Composition.....</i>	<i>14</i>
<i>B) Les Réunions.....</i>	<i>14</i>
II MOYENS DE LA COREVIH IDF EST	16
2.1 ETAT DES RECETTES ET DEPENSES AU TITRE DE L'ANNEE 2010.....	16
2.2 RESSOURCES HUMAINES PARTICIPANT AUX MISSIONS DE LA COREVIH.....	17
2.3 MOYENS MATERIELS MIS A DISPOSITION POUR LE FONCTIONNEMENT DE LA COREVIH.....	19
III OUTILS DEVELOPPES PAR LA COREVIH IDF EST	22
3.1 LES OUTILS DE COMMUNICATION ET DE DIFFUSION DE L'INFORMATION	22
<i>A) Le Site Internet.....</i>	<i>22</i>
<i>B) Le Bulletin d'Information.....</i>	<i>23</i>
<i>C) Autres outils.....</i>	<i>23</i>
3.2 L'OUTIL DE RECUEIL EPIDEMIOLOGIQUE : LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE E-NADIS ®.....	23
IV ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES.....	27
4.1 REPARTITION DE LA FILE ACTIVE TOTALE DE LA COREVIH IDF EST	28
<i>A) Comparaison des files actives totales par année.....</i>	<i>28</i>
<i>B) Répartition des files actives par établissement.....</i>	<i>29</i>
<i>C) Activité 2009-2010 relative aux UCSA.....</i>	<i>31</i>
4.2 ANALYSE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA FILE ACTIVE VALIDEE	32
<i>A) Analyse totale de la file active 2010.....</i>	<i>32</i>
a) Répartition par profil	33
b) Répartition par type de VIH.....	34
c) Répartition par sexe.....	35
d) Répartition par âge.....	36
e) Répartition par mode de contamination	37
f) Répartition par stade de la maladie	38
<i>B) Analyse sur les patients nouvellement dépistés.....</i>	<i>39</i>
a) Répartition par profil.....	39
b) Répartition par type de VIH.....	40
c) Répartition par sexe.....	41
d) Répartition par tranche d'âge.....	42
e) Répartition par mode de contamination	43
f) Répartition par stade de la maladie	44
g) Répartition par tranche de CD4.....	45
h) Répartition par Charge Virale.....	46
<i>C) Analyse sur les patients en cours de traitement.....</i>	<i>47</i>
a) Répartition par tranche de CD4.....	47
b) Répartition par Charge Virale.....	48
c) Répartition par type de traitement ARV.....	49
<i>D) Analyse sur les patients sans traitement.....</i>	<i>50</i>
a) Répartition par tranche de CD4.....	50
b) Répartition par Charge Virale.....	51
4.3 ANALYSE COMPARATIVE DES FILES ACTIVES VALIDEES 2008-2010	52
<i>A) Comparaison sur les files actives.....</i>	<i>52</i>
a) Répartition par sexe.....	53
b) Répartition par âge.....	53
c) Répartition par mode de contamination	54

<i>B) Comparaison sur les patients nouvellement dépistés</i>	55
a) Répartition par sexe.....	55
b) Répartition par âge.....	56
c) Répartition par mode de contamination.....	57
4.4 DONNEES ISSUES DU PMSI DES DIFFERENTS HOPITAUX DE LA COREVIH -EST.....	58
<i>A) Données relatives aux hospitalisations de plus de 24 heures</i>	58
a) Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par spécialité.....	59
b) Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par principale pathologie.....	60
<i>B) Données relatives aux hospitalisations de jour (HDJ < 24 heures)</i>	61
a) Répartition des HDJ par établissement.....	61
b) Répartition des HDJ par spécialité.....	62
<i>C) Comparaison entre des données PMSI de 2009 à 2010</i>	63
a) Pour les hospitalisations complètes (> 24 heures).....	63
b) Pour les hospitalisations de jour (< 24 heures).....	63
<i>D) Activité Soins de Suite et Réadaptation du Centre Médical de Bligny</i>	64
V ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE	66
5.1 ACTIVITE GLOBALE DE RECHERCHE CLINIQUE.....	67
<i>A) Comparaison du nombre de patients suivis dans des essais et/ou cohortes en 2008/2010</i>	68
<i>B) Activité de Recherche Clinique menée dans le cadre de l'ANRS</i>	70
a) Essais.....	70
b) Cohortes.....	71
<i>C) Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS</i>	72
a) Essais.....	72
b) Cohortes.....	74
5.2 ANALYSE DETAILLEE DE LA RECHERCHE CLINIQUE.....	76
<i>A. Activité de recherche clinique menée dans le cadre de l'ANRS</i>	76
a) Essais.....	76
b) Cohortes.....	77
<i>B / Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS : (Industrie Pharmaceutique)</i>	78
a) Essais.....	78
b) Cohortes.....	79
VI FONCTIONNEMENT	80
6.1 COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL.....	80
<i>A) Présentation générale des commissions</i>	80
<i>B) Présentation thématique des commissions</i>	80
Commission « Addiction ».....	80
Commission « Migrants ».....	80
Commission « Psy ».....	81
Commission « Education Thérapeutique et Prévention » (ETP).....	82
Commissions « Soins ».....	84
Commission Recherche Clinique.....	86
Commission ARV et Pharmacovigilance.....	86
Commission Inter COREVIH « Prison ».....	88
Commission « Dépistage ».....	89
Commission « Filière d'aval ».....	90
6.2 BILAN DE FONCTIONNEMENT DE LA COREVIH.....	91
<i>Le fonctionnement des instances</i>	91
<i>Objectifs réalisés au 31 décembre 2010 par rapport à 2008/2009</i>	91
<i>Etat des lieux de l'offre de soins sur le territoire de la COREVIH IDF Est</i>	92
6.3 CONVENTIONS SIGNEES ENTRE ETABLISSEMENTS POUR L'ORGANISATION ET LES MOYENS.....	95
VII DIVERS EVENEMENTS ET MANIFESTATIONS	96
<i>La Journée inter-COREVIH d'Ile-de-France</i>	96
<i>La première rencontre nationale des coordonnateurs de COREVIH</i>	96
<i>La première journée nationale des COREVIH, organisée par la SFLS</i>	97
<i>Forum e-Nadis®</i>	98
<i>Les Etats Généraux sur la prise en charge globale des PVVIH en IDF, organisés par l'ARS d'IDF</i>	98
<i>Alimentation de la « boîte à outils » (BAO) de la SFLS</i>	99

VIII DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES.....	100
<i>Glossaire général</i>	<i>102</i>
<i>Glossaire Recherche Clinique.....</i>	<i>107</i>
<i>Annexe n° 1 : Liste des structures hospitalières rattachées à la COREVIH IDF Est</i>	<i>111</i>
<i>Annexe n°2 : Composition du Comité.....</i>	<i>112</i>
<i>Annexe n°3 : Courrier à Claude EVIN</i>	<i>114</i>
<i>Annexe n°4 : Tableau Récapitulatif des Commissions et leur Projets</i>	<i>116</i>
<i>Annexe n°5 : Programme formation « Education Thérapeutique et Prévention ».....</i>	<i>119</i>
<i>Annexe n°6 : Liste des Fibroscans en service sur le territoire de la COREVIH Ile-de-France EST</i>	<i>120</i>
<i>Annexe n° 7 : Résultats de l'enquête sur la prise en charge des AES professionnels.....</i>	<i>121</i>
<i>Annexe n°8 : Plaquette Pharmacovigilance des ARV « Rien à déclarer ? ».....</i>	<i>125</i>
<i>Annexe n°9 : Etat des lieux de la prise en charge en détention, au titre de l'année 2009.....</i>	<i>127</i>
<i>Annexe n°10 : Programme Journée Inter COREVIH d'Ile de France.....</i>	<i>131</i>
<i>Annexe n°11 : Programme de la première rencontre nationale des coordonnateurs des COREVIH.....</i>	<i>133</i>

I Identification de la COREVIH IDF Est

1.1 Région administrative

Les Coordinations régionales de la lutte contre le VIH ont vocation à intervenir à l'échelle régionale. Il existe 28 COREVIH pour couvrir le territoire français (DOM-TOM et DFA inclus). Compte tenu de la forte prévalence du VIH/Sida en Ile-de-France (30 % de la file active nationale en 2009), cette région compte 5 COREVIH dont la COREVIH IDF Est qui, elle, couvre 30 % de la file active francilienne (données 2009).

1.2 Territoire de référence

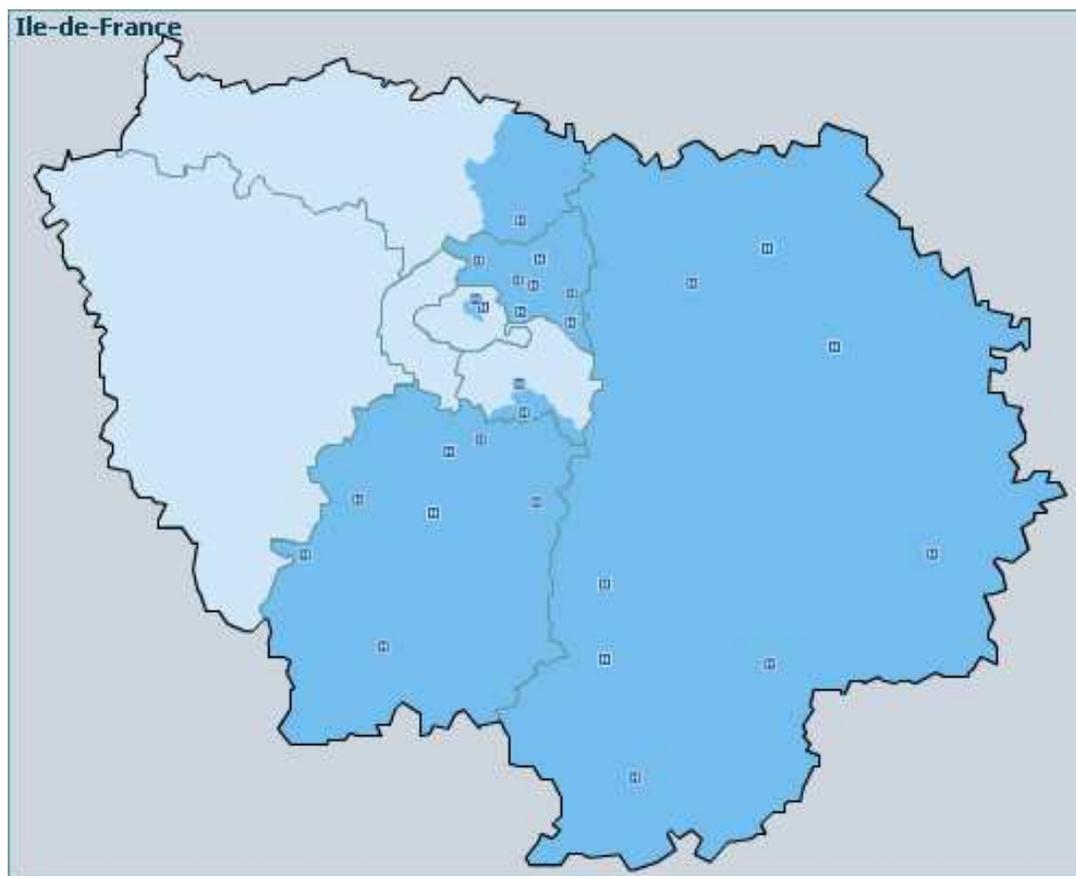
Le territoire de la COREVIH IDF Est a été défini par l'arrêté SANH0624149A du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.

La 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 : Alfortville, Boissy-Saint-Léger, Bonneuil-sur-Marne, Bry-sur-Marne, Champigny-sur-Marne, Charenton-le-Pont, Chennevières-sur-Marne, Créteil, Joinville-le-Pont, Maisons-Alfort, Marolles-en-Brie, Nogent-sur-Marne, Noisieu, Noisy-le-Grand, Ormesson-sur-Marne, Le Perreux-sur-Marne, Le Plessis-Trévisé, La Queue-en-Brie, St Maur-des-Fossés, Saint-Maurice, Santeny, Sucy-en-Brie, Villiers-sur-Marne.

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.

La représentation cartographique est la suivante :



Le territoire du COREVIH IDF EST correspond à la partie droite de l'Ile de France en bleu foncé

1.3 Etablissements de santé

A/ Etablissement siège :

L'établissement siège de la COREVIH IDF Est est le Centre hospitalier universitaire Saint Louis, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont le numéro FINESS est le suivant : 750100075.

B/ Etablissements hospitaliers

Selon le découpage défini par l'arrêté du 4 octobre 2006, 28 établissements publics de santé sont rattachés au territoire de la COREVIH IDF Est dont 26 prennent en charge des personnes vivant avec le VIH.

La liste desdits établissements figure en **annexe n°1**.

1.4 Le Comité

A) La Composition

La composition du Comité de la COREVIH IDF Est (**annexe n°2**) 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.

Il faut noter que depuis sa publication, 22 sièges sont devenus caducs sur les 84 personnes nommées.

B) Les Réunions

Conformément à la législation en vigueur trois séances plénières ont eu lieu au cours de l'année 2010.

A la première réunion, du **8 mars 2010**, 24 membres étaient présents dont 17 personnes ont permis au quorum, fixé à 16, d'être atteint. Ils ont débattu des points suivants :

- Approbation du PV des séances plénières des 29 juin et 14 décembre 2009
- Election de deux nouveaux membres du bureau (Elise KLEMENT et Didier TROISVALLETS)
- Présentation des formulaires de demande de requête d'exploitation de la base E- NADIS®
- Information par le collège 3 sur les restructurations hospitalières
- Présentation des projets de certaines commissions

La deuxième réunion qui a eu lieu le **24 juin 2010** a réuni 18 membres dont 16 comptaient pour le quorum et ont abordé les sujets suivants :

- Approbation du PV de la séance plénière du 8 mars
- Restructurations hospitalières suite à la loi HPST
- Election d'un nouveau membre du bureau (Laurence MALAGANNE)
- Présentation et validation du rapport d'activité 2009

La troisième réunion s'est déroulée le **25 novembre 2010** où 25 membres étaient présents parmi lesquels 23 ont été comptabilisés pour le quorum. Comme chaque année conformément à la réglementation, les tutelles ont été invitées mais aucune n'était représentée.

L'ordre du jour était le suivant:

- Approbation du PV de la séance plénière du 24 juin
- Etat des effectifs de la COREVIH
- Présentation relative aux ACT
- Information sur les Etats Généraux (du 26 et 27 novembre)
- Information sur les modifications des législations en cours (Mariani, LOPPSI...)
- Présentation du Plan National de Lutte contre le Sida.

1.5 Le Bureau

A) Sa Composition

En 2010, trois membres ont été remplacés :

- Hervé BIDEAULT suite à sa démission a été remplacé par Elise KLEMENT,
- Christian NICOLAS, étant nommé directeur du CHU Lariboisière-Fernand Widal, a donné sa démission faute de disponibilité Didier TROISVALLETS lui a succédé,
- Alain DEVIDAS actuellement indisponible pour raison de santé a été remplacé par Laurence MALAGANNE.

Didier TROISVALLETS et Elise KLEMENT ont été élus lors de la Séance Plénière du 8 mars 2010 alors que Laurence MALAGANNE a pris ses fonctions suite à la réunion du 24 juin 2010.

Il est à noter que Bernard BASSAMA, faute de disponibilité, a démissionné de ses fonctions de membre du Bureau en décembre 2010 et sera remplacé lors de la séance plénière du 17 mars 2011.

Les membres du bureau sont donc actuellement :

- **Président** : M. le Pr Willy ROZENBAUM, service maladies infectieuses et tropicales CHU St Louis et Président du Conseil National du Sida (CNS) ; **collège 1**
- **Vice Président** : M. Alain BONINNEAU, Président Aides 93, Vice président de Aides et Président de la Fédération Nationale d'Hébergement VIH et autres pathologies (FNHVIH) ; **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**
- M. Bernard BASSAMA, administrateur Chrétiens et Sida ; **collège 3**
- Mme le Pr Nicole CIRARU-VIGNERON, service Gynécologie Obstétrique du CHU Lariboisière-F. Widal ; **collège 4**
- Mme Patricia HONORE, Technicienne d'Etudes Cliniques au CHU Avicenne ; **collège 1**
- M. le Dr Didier TROISVALLETS, Service de maladies infectieuses et tropicales, CH Gonesse ; **collège 4**
- Mme le Dr Elise KLEMENT ; CM Bligny et AlterSanté ; **collège 1**
- Mme Laurence MALAGANNE ; ACT Paris-SOS Habitat et soins ; **collège 2**

B) Les Réunions

Le Bureau s'est réuni à huit reprises en 2010 alors que le règlement intérieur prévoit dix réunions annuelles. Il est à noter qu'une seule fois le quorum, fixé à 5 membres, n'a pas été atteint.

Le bureau a organisé à deux reprises des élections pour le remplacement de 3 de ses membres (*cf liste supra*) en séances plénières.

Les réunions du Bureau ont souvent été consacrées aux sujets suivants :

- points fréquents sur les effectifs : mouvement de personnels, postes vacants, recrutements...
- points réguliers sur le budget (personnel et fonctionnement)
- suivi du déploiement de E- Nadis®
- examen différentes sollicitations faites à la COREVIH
- finalisation et validation du rapport d'activité 2009 avant validation par les membres du Comité courant juin 2010 pour diffusion

De plus, les commissions ont été épaulées par le bureau autant que possible dans leurs projets (rencontre avec certains pilotes et rédaction de lettres de mission) pour pallier certaines difficultés de fonctionnement (cf chapitre « commissions »).

En fin d'année, d'autres préoccupations ont été abordées :

- Mise en place d'un bulletin d'information dont la 1^{ère} parution aura lieu dès janvier 2011
- Participation aux Etats Généraux relatifs à la prise en charge globale des PVVIH en IDF qui ont eu lieu les 26 et 27 novembre 2010 et ont réuni environ 450 personnes (professionnels, patients, associations...)
- Amendement dit « Mariani » au projet de loi immigration pour lequel l'Appel « accessibilité effective » a été lancé et signé par 1400 médecins
- Projet de loi dite LOPPSI (Loi d'Orientation et de Programmation Pour la Sécurité Intérieure) qui prévoit un test de dépistage du VIH contraint pour les auteurs d'agression sur les forces de l'ordre
- Plan national VIH/SIDA 2010-2014 dont les objectifs sont très ambitieux et méritent d'être déclinés localement.

II Moyens de la COREVIH IDF Est

2.1 Etat des recettes et dépenses au titre de l'année 2010

Voici un tableau récapitulatif établi sur la base des éléments qui ont été communiqués par les directions financières des sites gérant des crédits ou du personnel travaillant pour la COREVIH IDF Est à savoir les CHU de St Louis et Lariboisière, le Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil/Evry) et le Centre Hospitalier de St Denis.

2010	Crédits MIGAC	Postes budgétés (ETP)	Postes pourvus (ETP)	Dépenses			Différentiel crédits/dépenses	
				Titre 1	Titre3/ Titre 4	Charges indirectes		Total
AP-HP	1 215 459	17	14	650 710	42 797	46 275	739 782	475 677
Sud Francilien	219 173	4	3,9	168 090	4 305	47 617	220 012	-839
Saint Denis	0	0	1	57 575	0	0	57 575	-57 575
Total	1 434 632	21	18,9	876 375	47 102	93 892	1 017 369	417 263

La comptabilité publique dont relève l'administration hospitalière et donc la COREVIH connaît des règles et une nomenclature assez stricte.

- Le **titre 1** concerne les dépenses liées aux personnels.
- Dans la mesure où la COREVIH n'est pas opérateur de soins, il n'y a pas de dépense sur le titre 2 qui correspond à celles liées à l'activité de soins (par exemple les médicaments).
- Le **titre 3** concerne les dépenses de fonctionnement c'est-à-dire les biens non amortissables (consommables, alimentaires...)
- Le **titre 4** renvoie aux dépenses d'investissement c'est-à-dire aux biens amortissables (mobilier, équipement informatique...)
- Les **charges indirectes** sont calculées selon un retraitement comptable à partir des dépenses de l'année antérieure. Elles correspondent à des dépenses indirectes et sont très variées (liste non exhaustive) : coût des services administratifs (DRH, économat...), dépenses d'énergie, prestation ménage... Ces dépenses sont calculées selon des méthodes de comptabilité analytique c'est-à-dire ventilées selon diverses clefs de répartition (ETP, m²...)

Ces dépenses sont détaillées par titre ci-après. A la lecture de ce tableau, plusieurs constats peuvent être dressés d'emblée :

- ↳ La totalité des crédits ne sont pas centralisés au niveau de l'hôpital Siège
- ↳ L'hôpital Delafontaine de Saint Denis (93) ne perçoit pas de dotation MIGAC depuis 2008, date de la création effective des COREVIH, mais a des dépenses de personnel à hauteur d'1 ETP (titre 1)
- ↳ La totalité des postes ne sont pas pourvus pour diverses raisons détaillées ci-dessous
- ↳ Les dépenses liées au fonctionnement relèvent essentiellement du titre 3 en l'absence de crédit d'investissement (titre 4)
- ↳ Le boni qu'affiche l'hôpital siège avec l'utilisation de 60 % des crédits s'explique par le nombre de postes vacants (2 à 3 en moyenne) et par une utilisation partielle (80%) des crédits de fonctionnement.
- ↳ Les charges indirectes du Sud Francilien sont plus élevées que celles de l'AP-HP alors qu'il y a 4 fois moins de personnels et que ceux-ci sont, pour la plupart, mis à disposition sur d'autres établissements.

2.2 Ressources humaines participant aux missions de la COREVIH

	Fonction	Grade	Typologie	ETP	Affectation	Dates
Gestion par établissement Siège (CHU St Louis)	Coordo admin.	AAH	Titulaire	1	Central	janv - dec
	Secrétaire	ASH/ Sec. Med.	Titulaire	1	Central	janv - juin/ nov- dec
	Coordonateur E-Nadis®	Tech Labo	Titulaire	1	Central	janv- dec
	Biostatisticienne	Ingénieur	CDD	1	Central	janv - nov
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	St Louis	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	St Louis	janv - juin
	TEC	IDE	Titulaire	1	St Louis	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Avicenne	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Jean Verdier	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Aulnay/Gonesse	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Montreuil/Montfermeil	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Lagny, Meaux/Provins, Coulommiers	janv - nov
Gestion par autre établissement AP-HP Lariboisière	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Lariboisière	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Lariboisière	janv - dec
Gestion par autre établissement non AP-HP	TEC	NC	CDI	1	Sud francilien, Longjumeau, Arpajon, Etampe, Dourdan	janv - dec
	TEC	NC	CDI	1	Bligny, Melun, Fontainebleau, Nemours, Montereau	janv - dec
	TEC	NC	CDI	1	Créteil, Juvisy, Villeneuve St Georges	janv - dec
	Ex-coordo CISIH	NC	CDI	0,8	Sud francilien	janv - dec
	Médecin	PH	*	0,1	Sud Francilien	janv - dec
	CH Saint Denis	TEC	Diététicienne	Titulaire	1	St Denis

Le tableau ci-dessus vous détaille la situation des personnels en poste au cours de l'année 2010, année qui a donné lieu à de nombreux mouvements.

Sur 21 postes budgétés seuls 18,9 postes étaient pourvus, deux à trois postes étaient donc vacants en moyenne.

On constate que la gestion des effectifs n'est pas totalement centralisée au niveau de l'hôpital siège ce qui n'est pas sans poser de difficultés (manque de lisibilité financière, absence de maîtrise des crédits, disparité de traitement des personnels en termes de salaire, d'accès à la formation, de promotion professionnelle, de mobilité...)

Pour mémoire, l'instruction ministérielle relative au financement des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH du 23 Avril 2009 dispose dans son paragraphe 2 que « *les COREVIH sont financées par la dotation nationale de financement des MIGAC. La gestion des crédits est confiée à l'établissement de santé siège de la COREVIH, ces crédits devant permettre de réaliser les trois missions transversales sur l'ensemble du territoire couvert par la COREVIH. Il est rappelé que le financement MIGAC attribué à l'établissement siège de la COREVIH peut financer des personnels affectés dans des établissements non siège de la COREVIH dans le cadre de conventions entre établissements de santé* ».

Ainsi fin 2009, il restait 8 effectifs à transférer à l'hôpital St Louis, établissement siège de la COREVIH IDF Est. Or, au cours de l'année 2010, seul le transfert de la personne exerçant à Avicenne (AP-HP) est intervenu. Les deux emplois de Lariboisière n'ont pas été transférés vers Saint Louis dans la mesure où à terme, un seul Groupe Hospitalier subsistera et que, dans cet intervalle, nous disposons des éléments financiers.

En revanche, concernant les personnels gérés par des établissements hors AP-HP la situation est au statut quo. En effet, cette situation existe depuis la création de la COREVIH (décembre 2007) et les nombreuses sollicitations du Président et de la coordinatrice administrative de la COREVIH pour rapatrier les crédits et les emplois hors AP-HP vers l'établissement siège, notamment depuis la mise en place de l'Agence Régionale de Santé, n'ont pour l'instant pas abouti. (**Annexe n°3** courrier adressé à Claude Evin en date du 28 octobre 2010).

Cette situation est d'autant plus préoccupante que depuis 2008, le poste de TEC de l'hôpital St Denis n'est plus financé par des crédits MIGAC dédiés, ce qui nous laisse supposer qu'il est actuellement imputé sur le budget du service de maladies infectieuses et tropicales de cet établissement. De plus, les personnels gérés par le CH Sud Francilien qui sont en CDI -non titulaires de la Fonction Publique- ont été informés qu'en cas de non renouvellement des crédits MIGAC, par définition non pérennes, ils se verraient licencier pour motif économique.

Mouvements intervenus au cours de l'année 2010 :

En milieu d'année, deux personnes ont demandé une disponibilité pour convenance personnelle (TEC + secrétaire). L'arrivée d'une nouvelle secrétaire a permis de solutionner les problèmes récurrents d'absentéisme que la COREVIH avait connu jusque là. En fin d'année, deux personnes ont également quitté la COREVIH (TEC + biostatisticienne). La COREVIH a donc connu une situation de sous-effectif au cours du second semestre et a fonctionné à flux tendu.

Mouvements prévisionnels pour l'année 2011 :

Dès le début de l'année 2011, de nombreux mouvements sont intervenus : départ à la retraite du coordonateur de E- Nadis® remplacé au bout d'un mois par un TIM (Technicien d'Information Médicale). Deux TEC ont souhaité bénéficier d'une mobilité interne à la COREVIH.

Par ailleurs, les décisions suivantes relatives au personnel ont été entérinées par le Bureau :

- réduction du temps de TEC sur J. Verdier de 1 à 0.5 ETP faute de recueil épidémiologique standardisé selon les normes définies par la COREVIH
- renfort de 0.5 ETP de TEC sur Avicenne
- création d'1 poste supplémentaire de TEC pour couvrir les sites de Corbeil, Villeneuve-St-Georges et Melun
- renfort à hauteur d'1 ETP pour les sites d'Aulnay et Gonesse
- non remplacement du poste de Montreuil/Montfermeil faute de recueil épidémiologique standardisé selon les normes définies par la COREVIH
- non remplacement du poste de biostatisticienne pour l'instant (base non exploitable biostatistiquement)
- embauche d'un CDD de 6 mois pour le site de Melun afin d'alimenter la base e-Nadis® des antécédents des données médicales.
- l'ex-coordonnatrice du CISIH Sud Francilien, dont le poste était devenu caduc, semble avoir changé de service ce qui libèrerait un poste mais la COREVIH n'en a pas la maîtrise et ne peut donc procéder à un recrutement

Lorsque les recrutements sur les postes suscités auront abouti, la COREVIH tendra vers une situation de plein emploi avec une vingtaine de postes pourvus.

Toutefois, il faut rappeler que malgré le versement d'une partie 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 ce fait, les établissements sièges sont tenus de respecter scrupuleusement le Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés (TPER) ce qui est de nature à ralentir voire rendre impossible les recrutements de cette structure à vocation supra hospitalière.

2.3 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement de la COREVIH

Comme l'année précédente, la COREVIH IDF Est s'est vu allouer, au niveau de l'hôpital Siège, au titre de l'année 2010, un budget de fonctionnement de **108 710 €**. Ce budget est essentiellement dédié aux dépenses de fonctionnement relevant du **titre 3**.

Néanmoins, rappelons qu'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)*».

Cela explique qu'il peut y avoir des dépenses sur le **titre 4** ; mais le niveau de dépenses reste faible compte tenu des difficultés rencontrées pour mener ce genre de commandes.

Contrairement aux années précédentes, cette année nous sommes en mesure de vous présenter les dépenses de l'ensemble des sites gérant du personnel et/ou des crédits pour la COREVIH.

En revanche, les données rétrospectives 2008 et 2009 ne sont disponibles que concernant l'hôpital Siège.

	2008	2009	2010		
Titre 3 (Fonctionnement)	St Louis	St Louis	St Louis	SF	St Denis*
Fournitures bureau et informatique	3 351	776	1 490	16	0
Fournitures papier et reprographie	822	336	0	26	0
Consommables informatiques	0	0	0	172	0
Aliments, boissons	0	41	181	0	0
Entretien, maintenance matériel	18	74	236	648	0
Voyages et déplacements	317	100	1 378	3 370	0
Organisation formation ETP	0	0	2 000	0	0
Prestations informatiques (E- Nadis® + hébergement + site internet)	32 995	46 214	34 020	0	0
Téléphonie	NC	NC	618	0	0
Affranchissement	117	1 035	1 175	0	0
Frais de réception	0	0	292	0	0
Frais divers	0	385	578	0	0
Total T3	37 620	48 961	41 968	4 232	0
Titre 4 (Investissement)					
Mobilier	0	0	0	73	0
Bureautique informatique	0	0	829	0	0
Total T4	0	0	829	73	0
Total T3 + T4	37 620	48 961	42 797	4 306	0
Charges indirectes	25 500	34 399	46 275	47 617	0
Total Général	63 120	83 360	89 072	51 923	0
Crédits disponibles	91 304	108 710	108 710	NC	0
Différentiel	28 184	25 350	19 638	-	0

*Dans la mesure où l'hôpital de Saint Denis n'a pas de crédit identifié pour la COREVIH, il n'a pas communiqué de dépenses de fonctionnement ; celles-ci devant être supportées par le service de maladies infectieuses et tropicales comme pour le poste de TEC.

Il semble que l'intégralité des dépenses ne soit pas imputée sur le budget de la COREVIH, toutefois il s'agit de faibles montants restant à la marge. Au total, plus de 80% du budget dédié au fonctionnement aura été dépensé au niveau de l'hôpital Siège.

Il faut noter que le site internet, réalisé par l'agence web AEI, a été financé partiellement à hauteur de 20 % sur les deniers de la COREVIH. Cette dépense a été imputée sur le budget de fonctionnement (Titre 3).

Le financement complémentaire interviendra l'année prochaine et sera assuré par une subvention fléchée (de 6 500 € TTC) des laboratoires Merck Sharp & Dhome-Chibret (MSD) pour laquelle une convention a été passée.

Vous trouverez ci-dessous le détail relatif au calcul des charges dites indirectes.

Charges indirectes 2010	Clé de répartition St Louis	Montant des charges St Louis	Clé de répartition SF	Montant des charges SF	Montant des charges St Denis
Services administratifs liés au personnel (PNM, service social, crèche...)	Charges de personnel	18 345 €	NC	NC	0 €
Services administratifs à caractère général (Direction, informatique, économat, magasin hôtelier...)	Charges de personnel puis abattement de 50 %	15 201 €	NC	NC	0 €
Charges à caractère hôtelier (Sécurité, eau, énergie, service technique...)	m2 utilisés (44 m2) puis abattement de 50%	7 728 €	NC	NC	0 €
Participation aux charges communes de fonctionnement (Siège, formations centrales, centrale d'achat...)	Forfait	5 000 €	NC	NC	0 €
Total	*	46 274 €	*	47 617 €	0 €

Le montant des charges communes est calculé à partir d'un retraitement comptable basé sur les dépenses indirectes de l'année antérieure et ventilé selon des clefs de répartition spécifique.

On peut constater que ces charges augmentent d'une année sur l'autre ; cela est dû à :

- l'augmentation des prix notamment ceux des dépenses d'énergie
- l'augmentation de la masse salariale (ETP) en raison du recrutement de personnels supplémentaires.

On constate que les dépenses induites de l'hôpital Sud Francilien sont beaucoup plus élevées que celles de l'hôpital siège alors que la masse salariale est beaucoup plus faible (3.9 ETP contre 14).

CONCLUSION :

Une solution doit être trouvée en 2011 pour éviter la dispersion des crédits et de leur gestion qui représente actuellement un problème de lisibilité comptable, de management et d'encadrement des équipes.

Cette solution doit permettre en outre de financer le poste de TEC de l'hôpital de Saint Denis.

Les règles de comptabilité de l'AP-HP sont particulièrement contraignantes concernant notamment le recrutement des personnels et la prise en charge financière de formation ou de frais des personnels non salariés de la COREVIH (TEC hors AP HP ou membres du Comité), alors que ces crédits sont à vocation extrahospitalière.

III OUTILS DEVELOPPES PAR LA COREVIH IDF EST

Compte tenu du nombre de structures et de la taille du territoire couvert par la 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) Le Site Internet

- **Nombre de pages vues** : 11 189 (moyenne = 31 pages vues / jour, pic de consultations = 152 pages vues le 11 janvier), en progression de 3,5 % par rapport à l'année précédente
- **Nombre de visiteurs** : 2 993 (moyenne = 8.2 visiteurs / jour, pic de consultation = 56 visiteurs le 3 septembre), soit une progression de 31,3 % par rapport à l'année précédente

- **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 semaine suivante.

- **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).

- **Temps moyen de navigation par visite** : 5'16 minutes.

- **Accès au site** : L'accès au site se partage principalement entre l'accès par moteur de recherche (59 %) et l'accès direct au site (39.5 %). Confirmation de l'information relevée l'année dernière, les personnes qui n'arrivent pas sur le site via un moteur de recherche ont dans leur très large majorité mémorisé l'adresse du site dans leurs favoris, seules 14 % de ces personnes sont arrivées sur le site via un lien externe. A noter parmi ces fournisseurs de visites les sites lecrips-idf.net, epigest.com et enfin le site de la SFLS : sfls.aei.fr...

Pour résumer ce point : toujours une bonne fidélisation des internautes.

En ce qui concerne les moteurs de recherche, la suprématie actuelle de Google se confirme d'année en année : 92.9 % du trafic. Pour les réfractaires à Google, le site de la COREVIH est néanmoins bien indexé puisque Yahoo, Bing, LiveSearch ou encore AOL fournissent quand même des résultats de recherche dirigeant les internautes vers le site !

Les mots clés utilisés dans ces moteurs de recherche pour nous trouver sont les suivants :

- toutes combinaisons autour du mot « COREVIH » (IDF, Est, Paris, Centre, etc...) : **64 %**
- noms propres de personnes associées à la COREVIH Est IDF (Willy ROZENBAUM, Sophie CAUSSE ...) : **15 %**
- le reste se partage entre une large gamme de termes associés au VIH et à sa prise en charge (dépistage, SIDA, VIH ...)

Sur les **centres d'intérêts par catégorie de contenu** : la rubrique « Présentation » génère le plus de consultations (22.31 %), suivie des pages « génériques » que sont les pages d'accueil, de contact, les mentions légales, le plan de site (19.26 %). Viennent enfin derrière les « Commissions » avec 18.14 % du trafic. **Attention** : les clics de téléchargement de fichiers mis à disposition dans cette grosse rubrique ne sont pas comptabilisés, on peut donc très facilement supposer que les Commissions sont en fait les pages qui génèrent le plus de trafic dans leur ensemble.

Enfin, parce que techniquement la rubrique la plus souvent mise à jour, les « actualités » absorbent 14.28 % du trafic.

B) Le Bulletin d'Information

Au cours de l'année 2010, l'équipe de la COREVIH IDF Est a décidé de mettre en œuvre un bulletin d'information. Afin de toucher un maximum d'acteurs notamment ceux qui n'auraient pas d'accès internet ou pour lesquels nous n'avons pas leur adresse électronique, il a été décidé dans un premier temps d'éditer une version papier en plus d'une version électronique. Le rythme de parution sera trimestriel, ce qui mériterait de constituer un Comité éditorial. Le premier numéro est paru en janvier 2011.

C) Autres outils

En cas de délais particulièrement courts ou d'imprévus, il arrive que la COREVIH organise des **réunions téléphoniques**. Ce système, qui peut être utilisé notamment pour travailler en inter-COREVIH, reste cependant un mode de communication exceptionnel qui ne saurait remplacer les réunions physiques.

Compte tenu de la dimension du territoire, afin de faciliter les échanges sans obliger nécessairement les acteurs de la COREVIH à se déplacer, il pourrait être envisagé d'investir dans un système de **vidéoconférence** notamment pour la mise en place de staffs multi sites comme l'évoquent certaines Commissions.

Ce système est déjà employé dans d'autres COREVIH, il faudrait les interroger au préalable afin d'évaluer la faisabilité, le coût et l'utilité de ces méthodes.

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. En effet à terme, les enveloppes MIG finançant les COREVIH seront principalement calculées sur la base des données dites « validées » c'est-à-dire envoyées à l'INSERM via le DMI2 remplacé dans le futur par le DOMEVIH.

Or, 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, la COREVIH devait trouver une solution.

A cette fin, à sa mise en place, la COREVIH IDF Est a contractualisé avec la société FEDIALIS MEDICA qui a développé le logiciel e-NADIS®.

e-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 e-NADIS® vers le DMI2, transfert qu'il faut impérativement effectuer semestriellement afin d'abonder les données de l'INSERM.

Ainsi depuis la création de la COREVIH fin 2007, cet outil d'usage médical et de recueil des données épidémiologiques a été progressivement déployé sur les hôpitaux rattachés à la COREVIH IDF Est.

Celui-ci permet de mettre en commun les bases de données pour tendre vers une régionalisation de celles-ci. En effet, la base de données e-NADIS® est exploitable via un système de requêtes, e-Nadis® Eval', qui permet également de procéder à un contrôle qualité :

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

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

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

- ✓ 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 e-NADIS® se voient habilitées et attribuées un code personnel.
- ✓ Les données étaient jusqu'alors hébergées par un prestataire extérieur, SNR, spécialisé dans l'hébergement des données médicales. En 2011, la mission d'hébergement de ces données sera confiée à l'AP-HP.

Compte tenu de tous ces impératifs, le déploiement de ce logiciel constitue un enjeu majeur pour la COREVIH c'est pourquoi elle s'est fixée pour objectif de déployer progressivement ce dossier commun « partageable » sur l'ensemble des hôpitaux rattachés à son territoire. Initialement, au total 26 établissements, soit 30 services, étaient à équiper.

L'évolution de ce projet, détaillé ci-dessous, permet de constater que la COREVIH IDF Est a été confrontée à des résistances qui ne lui ont pas permis de « mailler » exhaustivement son territoire. A l'issue de la première mandature (2008-2011), certaines situations locales devront sans doute être examinées et susciter des interrogations sur le découpage des territoires des COREVIH franciliennes.

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

- 9 services équipés du DMI2 dont 3 équipés également de e-Nadis®
- 2 services équipés seulement de e-Nadis®
- 11 services dont le recueil se faisait via un fichier Excel
- 8 services sans recueil

Fin 2009, la situation se répartissait comme suit:

- 11 services déjà dotés de e-Nadis® totalement fonctionnel dont 5 disposant également du DMI2
- 8 services n'avaient que des données partielles sur la base e-Nadis®
- 4 services étaient dotés uniquement du DMI2
- 7 services exploités par un fichier Excel

Fin 2010, la situation a évolué comme suit :

- 3 services sont dotés du DMI2 : l'un d'eux est site pilote pour le DOMEVIH (Lariboisière) mais est également en cours d'installation pour e-Nadis® ; les deux autres sites n'ont à ce jour pas souhaité utiliser le dossier e-Nadis®
- 9 services sont dotés de e-Nadis® totalement fonctionnel, il faut noter que dans le cadre des restructurations 2 services ont été fusionnés avec un autre service (Les services maladies infectieuses et tropicales et l'activité VIH des services de médecine interne des hôpitaux de Saint Louis et Avicenne)
- 7 services n'ont que des données partielles sur la base e-Nadis® (la récupération des données antérieures se faisant manuellement) le reste de la file active est donc déclarative mais tend progressivement à être « validée »
- 3 services pour lesquels l'installation d'e-Nadis® avait été réalisée n'ont finalement pas souhaité utiliser ce dossier médical informatisé, les moyens leur ont été retirés et les files actives ne sont donc pas connues
- 5 établissements, avec des files actives moindres (170 patients sur 5 sites soit 1.4 % de la FA 2010), ont toujours un recueil via Excel mais le déploiement d'e-Nadis® est en cours

Le déploiement de ce dossier patient au sein des sites rattachés à la COREVH s'est également accompagné d'une extension dans certains 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. La COREVIH IDF Est compte 3 UCSA sur son territoire (cf infra) et cet objectif a été identifié comme prioritaire par la Commission Inter-COREVIH dédiée à la prise en charge des personnes détenues.

Tableau récapitulatif sur les systèmes de recueil épidémiologique :

Evolution système recueil	2008	2009	2010
e- Nadis® - données totales	5	11	9 *
e- Nadis® - données partielles	0	8	7
DMI2 / DOMEVIH	6	4	3
Excel	11	7	5
Absence de système	8	0	3**

* 9 services sont comptabilisés mais il faut noter 2 fusions de 2 services (l'une à St Louis, l'autre à Avicenne)

** Montreuil, Montfermeil et le service d'immunologie clinique de l'Hôpital St Louis ne participent pas au recueil standardisé informatisé.

Le déploiement de e-Nadis® se poursuivra en 2011 (cf tableau page suivante).

Il faut noter que 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 dont le fonctionnement est obsolète. En effet, il est très complexe de procéder à ces envois (extraction des données de la base e-Nadis® /contrôle des données pour concordance format DMI2 / envoi format DMI2).

Ainsi, fin 2010 sur les neuf services dotés du DMI2, trois ont pu leur adresser les données, trois seulement partiellement tandis que les trois autres n'ont pas été en mesure de les communiquer.

Lorsque le DOMEVIH sera opérationnel, la mise en place d'une passerelle e-Nadis® /DOMEVIH semble impérative et nécessitera probablement un important travail de mise en place.

En tout état de cause, deux cas de figure vont se poser :

- L'envoi des données par les centres historiquement dotés du DMI2 qui sont pour la plupart équipés également de e-Nadis®
- L'envoi des données par les centres disposant de e-Nadis® mais pas du DMI2 et qui seront, à terme, tous équipés du DOMEVIH.

Compte tenu des enjeux importants, à savoir les moyens alloués à la COREVIH IDF Est, ces différents contextes devront être considérés par les tutelles lors de la réévaluation des moyens mais également lors du déploiement prochain du DOMEVIH.

En effet, fort de l'expérience de quelques sites dotés de e-Nadis® et du DMI2, 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 informatique pour assister les TEC dans le bon déroulement de ces passerelles.

Le tableau ci-dessous présente l'état des lieux 2010 de l'installation par établissement :

ETAT DES LIEUX DE L'INSTALLATION DE E- NADIS® EN 2010	
CENTRES	REMARQUES
ARPAJON	e-Nadis®
AULNAY (Robert Ballanger)	e-Nadis® (données partielles)
BLIGNY	e-Nadis®
BOBIGNY (Avicenne)	e-Nadis® (intégration de l'activité VIH de MI avec le MIT)
BONDY (Jean Verdier)	DMI 2 - installation e-Nadis® en prévision.
COULOMMIERS	e-Nadis® (données partielles)
CRETEIL	e-Nadis®
DOURDAN	Pas d'installation prévue
ETAMPES	Installation prévue en 2011
FONTAINEBLEAU	e-Nadis®
GONESSE (Emanuel Rain)	e-Nadis® (données partielles)
JUVISY	Absence internet dans les box. Installation internet et e-Nadis® prévues en 2011
LAGNY SUR MARNE	e-Nadis® (données partielles)
LARIBOISIERE	DMI2 - site pilote DOMEVIH. Installation Nadis en cours
LONGJUMEAU	e-Nadis®
MEAUX / PROVINS	e-Nadis® installé (données partielles).
MELUN (Marc Jacquet)	e-Nadis® (données partielles)
MONTEREAU	Installation e-Nadis® prévue en 2011
MONTFERMEIL	e-Nadis® installé non utilisé.
MONTREUIL	e-Nadis® installé non utilisé.
NEMOURS	Installation prévue en 2011
SAINT DENIS	DMI 2 - pas installation e-Nadis® prévue
SAINT LOUIS (IMMUNO)	e-Nadis® installé non utilisé.
SAINT LOUIS (MST)	e-Nadis® (données partielles)
SAINT LOUIS (MIT)	e-Nadis® (intégration de l'activité VIH de MI avec le MIT)
SUD FRANCILIEN	e-Nadis®
VILLENEUVE ST GEORGES	e-Nadis®

IV Analyse des données médico-épidémiologiques

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

Fin 2010, la situation a évolué comme suit :

- 3 services sont dotés du DMI2/DOMEVIH
- 9 services (fusions de 2 services au sein de 2 hôpitaux) utilisent e-Nadis® pour la totalité des données
- 7 services n'ont que des données partielles sur la base e-Nadis®
- 3 services sont dotés d'e-Nadis® mais ne l'utilisent pas, les moyens leur ont donc été retirés
- 5 établissements font leur recueil via Excel

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

Pour 3 services, il n'y aura donc aucun élément fourni faute de recueil épidémiologique.

Sous le terme file active, il faut comprendre le nombre de patients vus au moins une fois entre le 01/01/2010 et le 31/12/2010.

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 de la COREVIH.

Le fichier de recueil des données 2010 reprend le modèle validé par les membres du Comité pour l'élaboration du premier rapport d'activité qui date de 2008. Toutefois depuis 2009, 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 compiler ces données.

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

Fort des pratiques menées à l'occasion du rapport 2009 (atelier pour apprendre à construire les requêtes pour le rapport d'activité), les TEC ont procédé sur les sites équipés d'e-Nadis® à des contrôles de qualité via le module e-Nadis® Eval'.

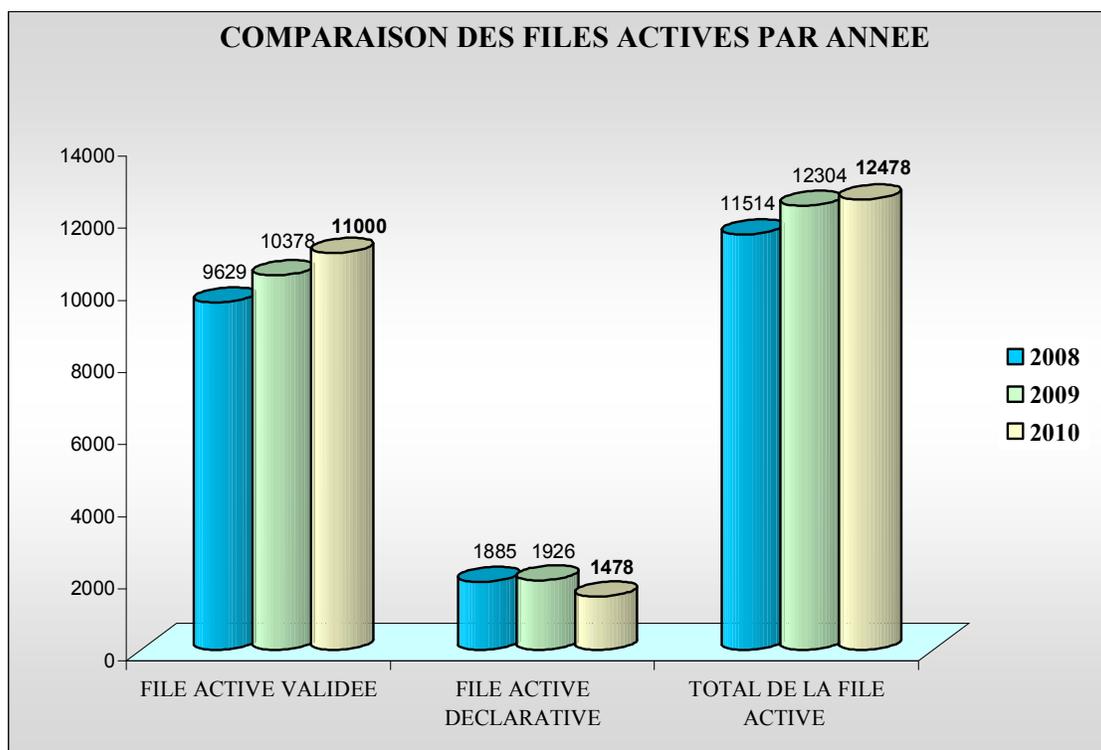
4.1 Répartition de la file active totale de la COREVIH IDF EST

A) Comparaison des files actives totales par année

Les chiffres de 2008 et de 2009 ci-dessous, ont été pondérés par le retrait des files actives de trois services pour lesquels nous ne disposons pas des données 2010.

	2008	2009	ECART 2009/2008		2010	ECART 2010/2009	
			valeur	%		valeur	%
FILE ACTIVE VALIDEE*	9629	10378	749	+7,78%	11 000	622	+5,99%
FILE ACTIVE DECLARATIVE	1885	1 926	41	+2,18%	1 478	-448	-23,26%
TOTAL DE LA FILE ACTIVE	11514	12 304	790	+6,86%	12 478	174	+1,41%

* *La file active « validée » correspond aux données vérifiées et vérifiables, c'est-à-dire obtenues via un système informatisé tels que le DMI2, e- Nadis® ou Excel.*



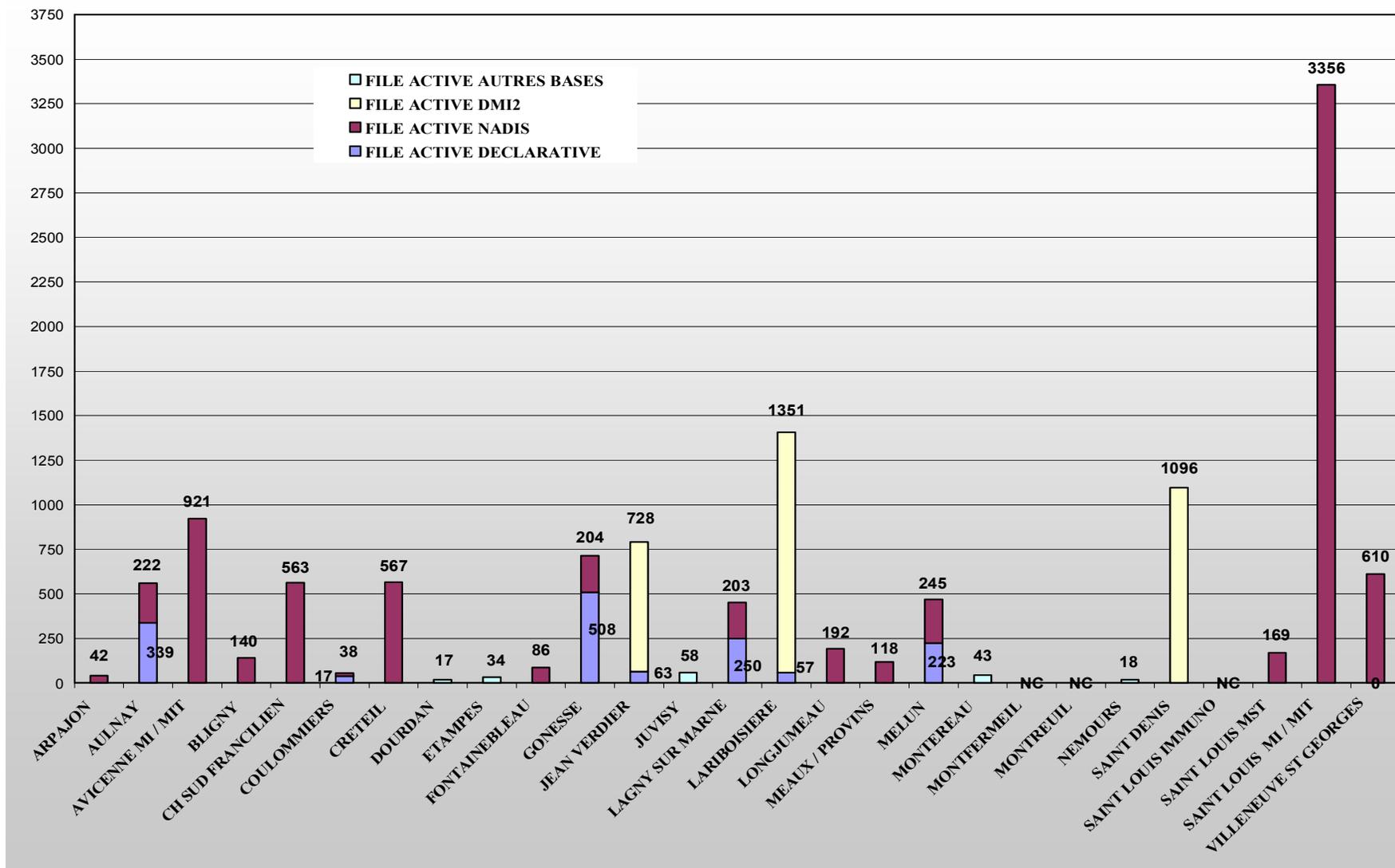
La **file active totale** de la COREVIH Est continue à augmenter en 2010 malgré l'absence de données de trois services faute de participation au recueil épidémiologique standardisé. On constate une forte baisse de la **file active déclarative** (-23 %) au profit de la **file active validée** (+ 6 %) ce qui atteste de la réussite du déploiement du dossier patient informatisé comme outil de recueil commun.

B) Répartition des files actives par établissement

DETAIL DE LA FILE ACTIVE PAR CENTRE - COMPARATIF 2009/ 2010

CENTRES	FILE ACTIVE DECLARATIVE			FILE ACTIVE NADIS			FILE ACTIVE DM12			FILE ACTIVE AUTRES BASES			FILE ACTIVE TOTALE			OBSERVATIONS	
	2009	2010	Diff	2009	2010	Diff	2009	2010	Diff	2009	2010	Diff	2009	2010	Diff		
ARPAJON					42	42					50		-50	50	42	-8	
AULNAY	412	339	-73	124	222	98								536	561	25	Transfert partiel Nadis®
AVICENNE MEDECINE INTERNE / MIT				942	921	-21								942	921	-21	
BLIGNY				150	140	-10								150	140	-10	
CH SUD FRANCILIEN				610	563	-47								610	563	-47	
COULOMMIERS	47	38	-9	3	17	14								50	55	5	Transfert partiel Nadis®
CRETEIL				547	567	20								547	567	20	
DOURDAN											18	17	-1	18	17	-1	
ETAMPES											31	34	3	31	34	3	
FONTAINEBLEAU				91	86	-5								91	86	-5	
GONESSE	717	508	-209	34	204	170								751	712	-39	Transfert partiel Nadis®
JEAN VERDIER		63	63				708	728	20					708	791	83	
JUVISY											54	58	4	54	58	4	
LAGNY SUR MARNE	580	250	-330	45	203	158								625	453	-172	Transfert partiel Nadis®
LARIBOISIERE		57	57				1327	1351	24					1327	1408	81	
LONGJUMEAU				195	192	-3								195	192	-3	
MEAUX / PROVINS	170		-170		118	118								170	118	-52	Transfert partiel Nadis®
MELUN		223	223		245	245					440		-440	440	468	28	Transfert partiel Nadis®
MONTEREAU											42	43	1	42	43	1	
NEMOURS											18	18		18	18		
SAINT DENIS							1032	1096	64					1032	1096	64	
SAINT LOUIS MST				38	169	131								38	169	131	
SAINT LOUIS MEDECINE INTERNE / MIT				3263	3356	93								3263	3356	93	
VILLENEUVE ST GEORGES				616	610	-6								616	610	-6	
TOTAL GENERAL	1926	1478	-448	6658	7655	997	3067	3175	108	653	170	-483	12304	12478	174		
Détail des services dont les chiffres de 2009 n'ont pas été pris en compte dans le tableau comparatif ci-dessus et dans l'analyse épidémiologique globale																	
MONTFERMEIL*	164		-164	94		-94								258		-258	Aucune donnée 2010
MONTREUIL *	702		-702	79		-79								781		-781	Aucune donnée 2010
SAINT LOUIS IMMUNO*							269		-269					269		-269	Aucune donnée 2010
SOUS TOTAL 3 sites*	866		-866	173		-173	269		-269					1308		-1308	
TOTAL GENERAL + 3 sites*	2792	1478	-1314	6831	7655	824	3336	3175	-161	653	170	-483	13612	12478	-1134		

REPARTITION DE LA FILE ACTIVE 2010 PAR MODE DE RECUEIL ET PAR ETABLISSEMENT



C) Activité 2009-2010 relative aux UCSA

ACTIVITE 2009/2010 UCSA										DEPISTAGE							
UCSA	Hôpital rattachement	Type établissement	Informatisation recueil épidémi	Nbre moyen détenus		Nbre moyen entrants		Nbre vaccination VHB		Nbre test dépistage réalisés		tests VIH +		tests VHB +		tests VHC+	
				2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Villepinte	CH Aulnay	Maison d'arrêt	Oui	970	900	1880	1713	165 pers	311	2238	662 tout confondu	746 dont 7 positifs soit 0,9% pers. testées	39% des détenus ont été testés	746 dont 12 positifs soit 1,6% pers. testées	39% des détenus ont été testés	746 dont 21 positifs soit 2,8% des pers. testées	39% des détenus ont été testés
Melun	CH Melun	Centre de détention	Non	300	308	-	123	10 doses	30 doses	56	VIH 15 VHC 22 VHB 2	22 dont 0 positif	0	16 dont 0 positif	0	15 dont 0 positif	22 dont 1 positif soit 4,5% pers. testées
Chauconin	CH Meaux	Maison d'arrêt	Non	783	828	1307	1381	ND	219 doses soit 170 pers.	2014	1553 tout confondu	670 dont 4 positifs soit 0,6% pers. testées	4 positifs soit 0,85%	668 dont 14 positifs soit 2,10% pers. testées	12 positifs soit 2%	676 dont 23 positifs soit 3,4% pers.	21 positifs soit 4,4%
Total 3 UCSA										4308	2254	11	4	26	12	44	22

Type établissement	FILE ACTIVE 2009/2010															
	VIH +		VIH + /VHB +		VIH+/VHC+		VHB+		VHC+		VHB+/VHC+		VIH+/VHB+/VHC+		Total pers. suivies	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Maison d'arrêt	7	5	0	0	5	7	12	15	21	23	0	1	0	1	96	52
Centre de détention	2	4	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5	5
Maison d'arrêt	NC	9	NC	0	NC	2	NC	12	NC	19 dont 8 traités	NC	0	NC	0	NC	42
	9	18	0	0	6	10	13	27	22	42	0	1	0	1	101	99

On dispose de peu de données sur l'infection à VIH et sa prise en charge en milieu carcéral. La prévalence des infections VIH/VHB et VHC y est plus élevée qu'au sein de la population générale.

L'enquête Prévacar réalisée en juin 2010 dans 27 centres tirés au sort et auprès de 1600 personnes détenues, permettra d'estimer plus précisément la prévalence du VIH et de mettre ces résultats en perspective avec ceux recueillis dans les UCSA rattachées à la COREVIH IDF EST.

L'ouverture d'une nouvelle prison à Réau (77) d'une capacité d'accueil de 800 détenu(e)s est prévue en 2011, l'UCSA sera rattachée au CH de Melun et donc probablement à la COREVIH IDF EST.

4.2 Analyse épidémiologique de la file active validée

Rappelons que la **file active « validée »** correspond aux données vérifiées et vérifiables, c'est-à-dire obtenues via un système informatisé tels que le DMI2, e-Nadis® ou Excel. A terme, seules les données qui seront adressées à l'INSERM seront prises en compte pour le calcul des moyens alloués aux COREVIH.

La file active validée de la COREVIH IDF Est compte 11 000 patients, l'analyse épidémiologique portera uniquement sur ces derniers.

En 2010, 964 patients ont été perdus de vue c'est-à-dire qu'ils ont été vus au moins une fois en 2009 mais pas depuis le 31 décembre 2009. Ce qui représente près de 9 % des patients.

Sur la file active 2010, 117 patients (VIH ou VIH & Hépatites) sont décédés pendant l'année.

Les chiffres relatifs aux patients nouvellement pris en charge sont à relativiser (cf infra).

A) Analyse totale de la file active 2010

File active validée	11 000
Nombre de patients perdus de vue en 2010 (1)	964
Nombre de patients décédés en 2010	117
Nombre de patients nouvellement pris en charge en 2010	1 233
Nombre de patients nouvellement dépistés parmi les nouveaux pris en charge en 2010	603
Nombre de patients sous traitement ARV (2)	9 494
Nombre de patients sans traitement ARV (3)	1 346

(1) Patients vus au moins une fois en 2009 et pas depuis le 31/12/2009

(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

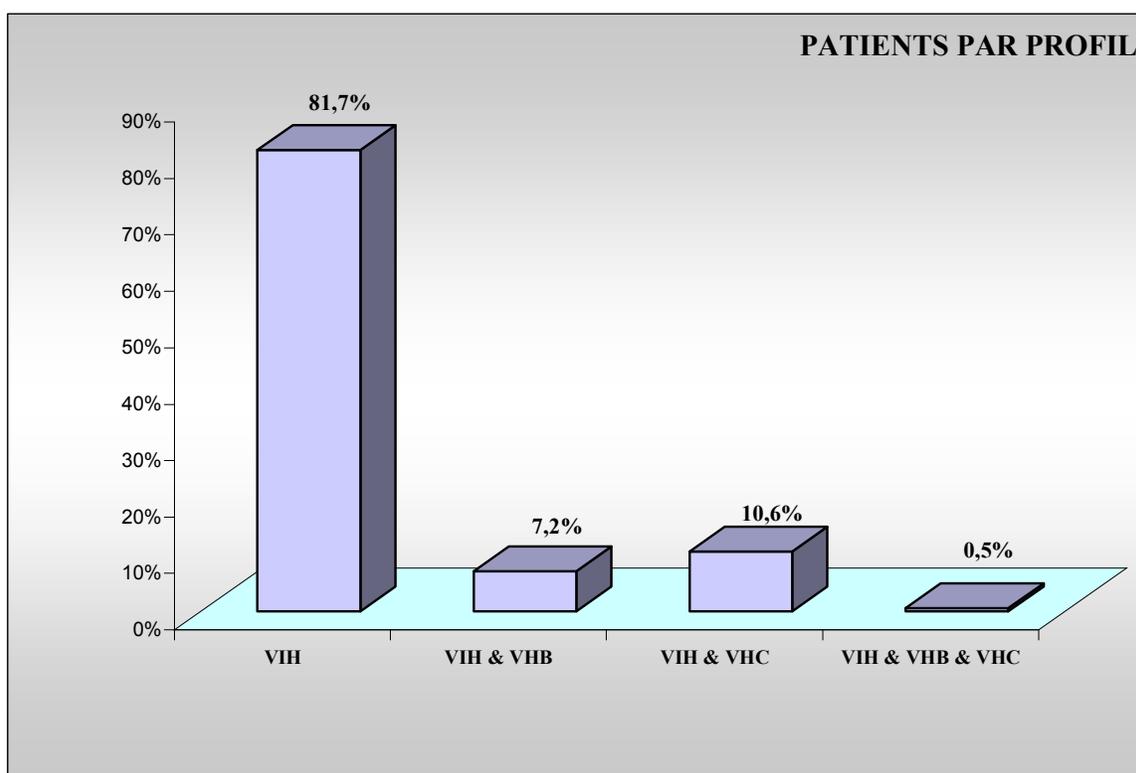
% de patients nouvellement pris en charge en 2010 / file active	11,21
% de nouveaux dépistés en 2010 / patients nouvellement pris en charge en 2010	48,90
% de nouveaux dépistés en 2010 / file active	5,48
% de traités en 2010/ file active	86,30
% non traités en 2010 / file active	12,23

Le nombre de **patients nouvellement pris en charge**, c'est-à-dire les personnes connaissant déjà leur statut sérologique et qui ont été nouvellement pris en charge dans un établissement de la COREVIH en 2010, est à relativiser à la baisse compte tenu de la récupération manuelle des données dans certains sites dotés de e-Nadis®. En effet, compte tenu du mode de remplissage des antécédents dans e-Nadis®, selon le mode de saisie, un dossier créé dans le logiciel en 2010 peut afficher un patient comme nouvellement pris en charge alors qu'il était suivi antérieurement. Ainsi, le nombre de patients nouvellement pris en charge représente 11% de la file active validée alors que le rapport constaté au niveau national est d'environ 4% (*source CNAMTS, rapport d'experts 2010*).

Cependant les **nouveaux dépistés** sont nécessairement des nouveaux pris en charge et représente près de 6 % des patients.

a/ Répartition par profil

		% DE LA FILE ACTIVE	% DE LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
VIH	8 957	81,4%	81,7%
VIH & VHB	784	7,1%	7,2%
VIH & VHC	1 161	10,6%	10,6%
VIH & VHB & VHC	60	0,5%	0,5%
NON RENSEIGNE	38	0,3%	-
TOTAL	11 000	100%	100%

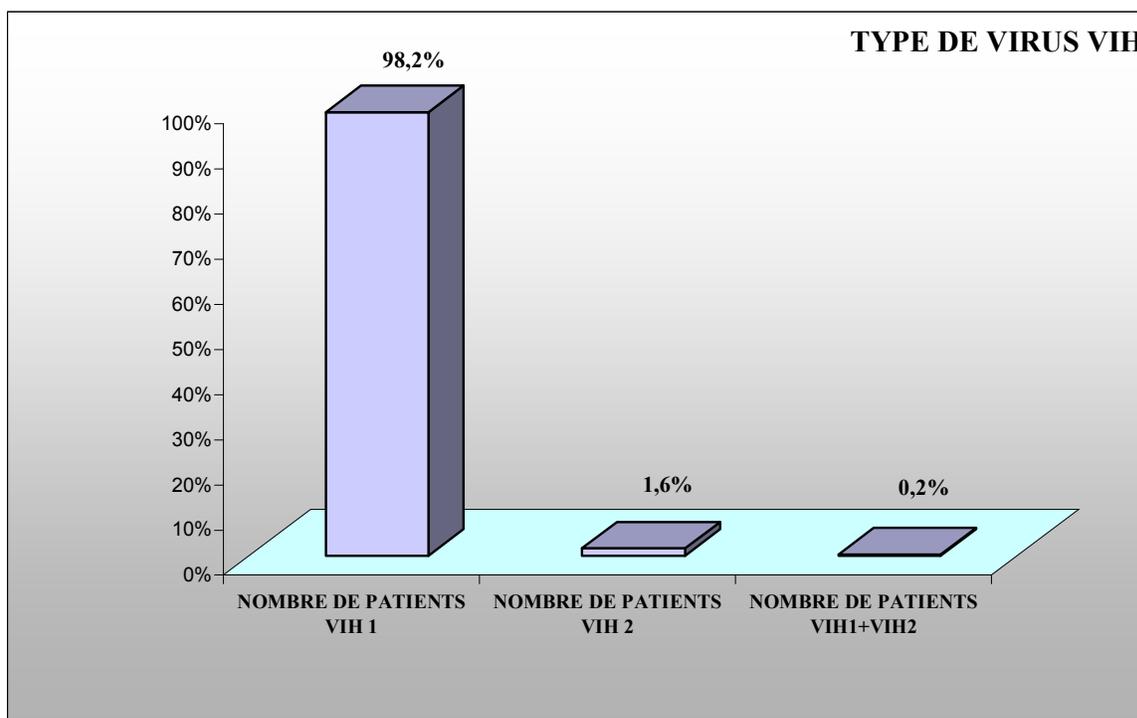


Sur l'ensemble de la file active (11 000), 81,7 % des patients sont mono infectés par le VIH.

Les co-infections VIH et Hépatites concernent 18,3 % des patients, avec une répartition de 10,6 % pour l'hépatite C, 7,2% pour l'hépatite B et 0,5 % pour les deux hépatites conjointes.

b/ Répartition par type de VIH

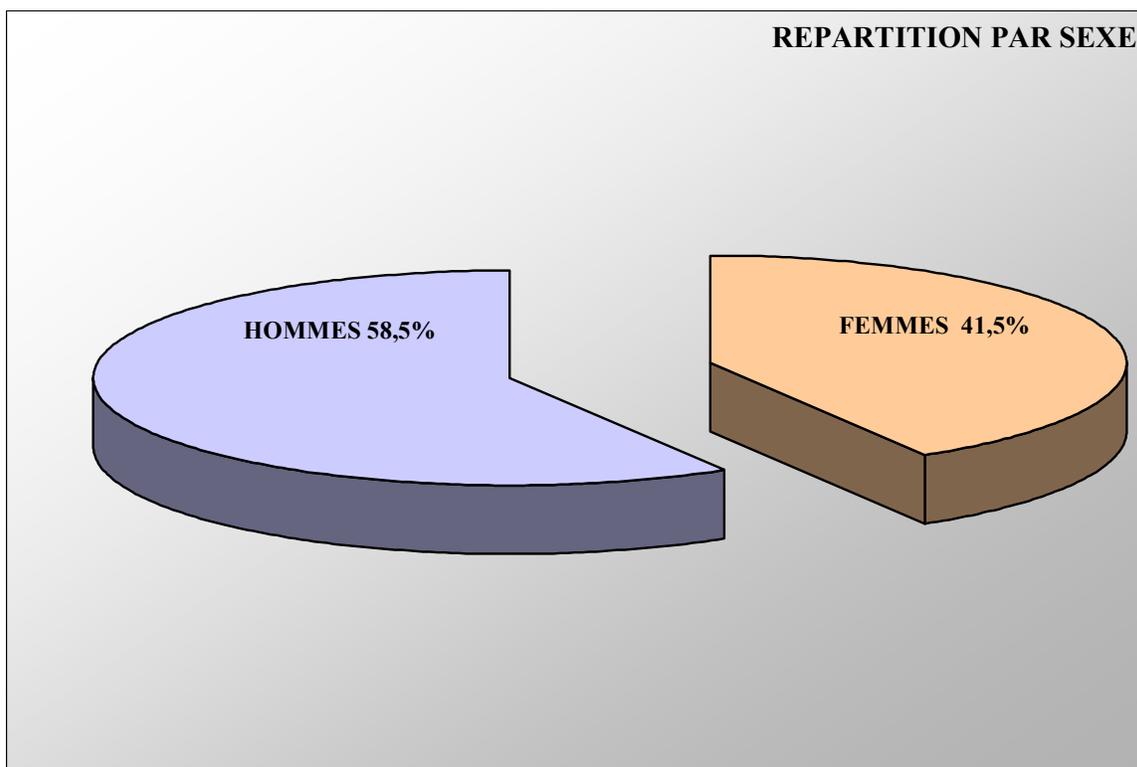
		% DE LA FILE ACTIVE
NOMBRE DE PATIENTS VIH 1	10 803	98,2%
NOMBRE DE PATIENTS VIH 2	174	1,6%
NOMBRE DE PATIENTS VIH1+VIH2	23	0,2%
TOTAL	11 000	100%



L'infection par le VIH1 est très largement majoritaire dans la file active avec 98,2 % des patients. L'infection par le VIH2 est observée chez 1,6 % des patients, une co-infection VIH1 et 2 est retrouvée chez 0,2 % d'entre eux.

c/ Répartition par sexe

		% DE LA FILE ACTIVE	% DE LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
FEMMES	4 559	41,4%	41,5%
HOMMES	6 433	58,5%	58,5%
NON RENSEIGNE	8	0,1%	-
TOTAL	11 000	100%	100%

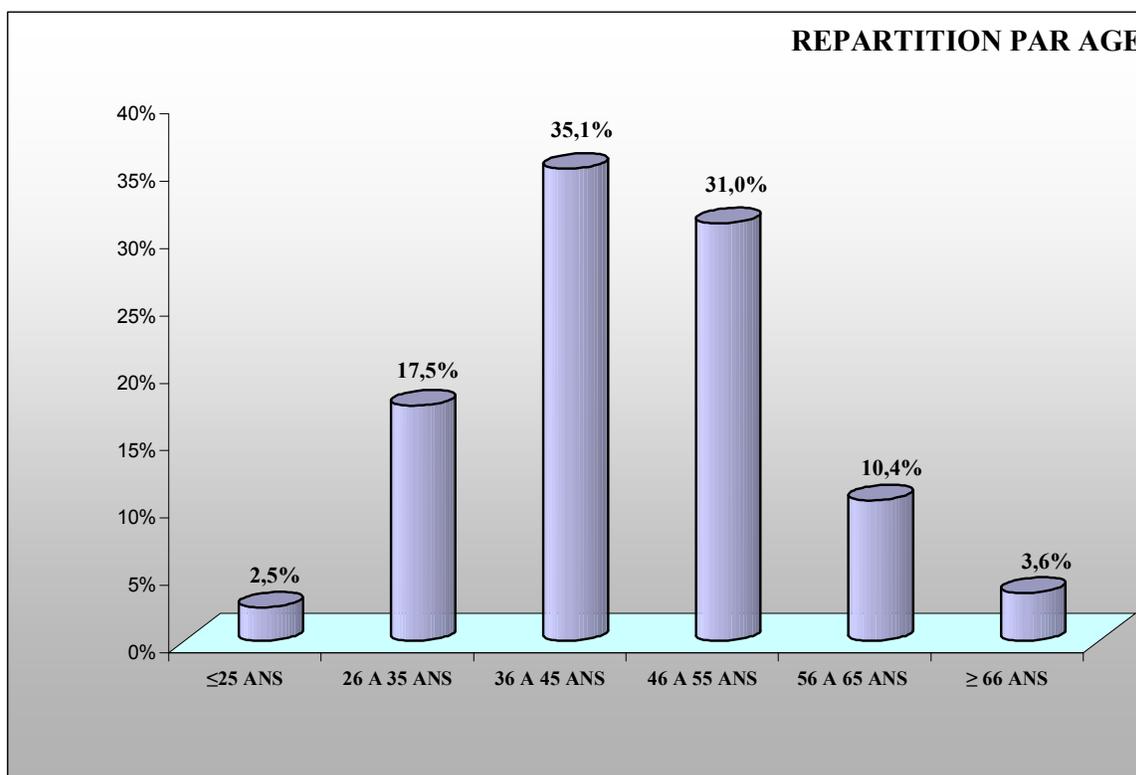


d/ Répartition par âge

		% DE LA FILE ACTIVE	% DE LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
≤25 ANS	272	2,47%	2,47%
26 A 35 ANS	1 921	17,46%	17,47%
36 A 45 ANS	3 856	35,05%	35,06%
46 A 55 ANS	3 410	31,00%	31,01%
56 A 65 ANS	1 147	10,43%	10,43%
≥ 66 ANS	391	3,55%	3,56%
NON RENSEIGNE	3	0,03%	-
TOTAL	11 000	100%	100%

MINIMUM	14 ans
MAXIMUM	87 ans
MOYENNE	44 ans

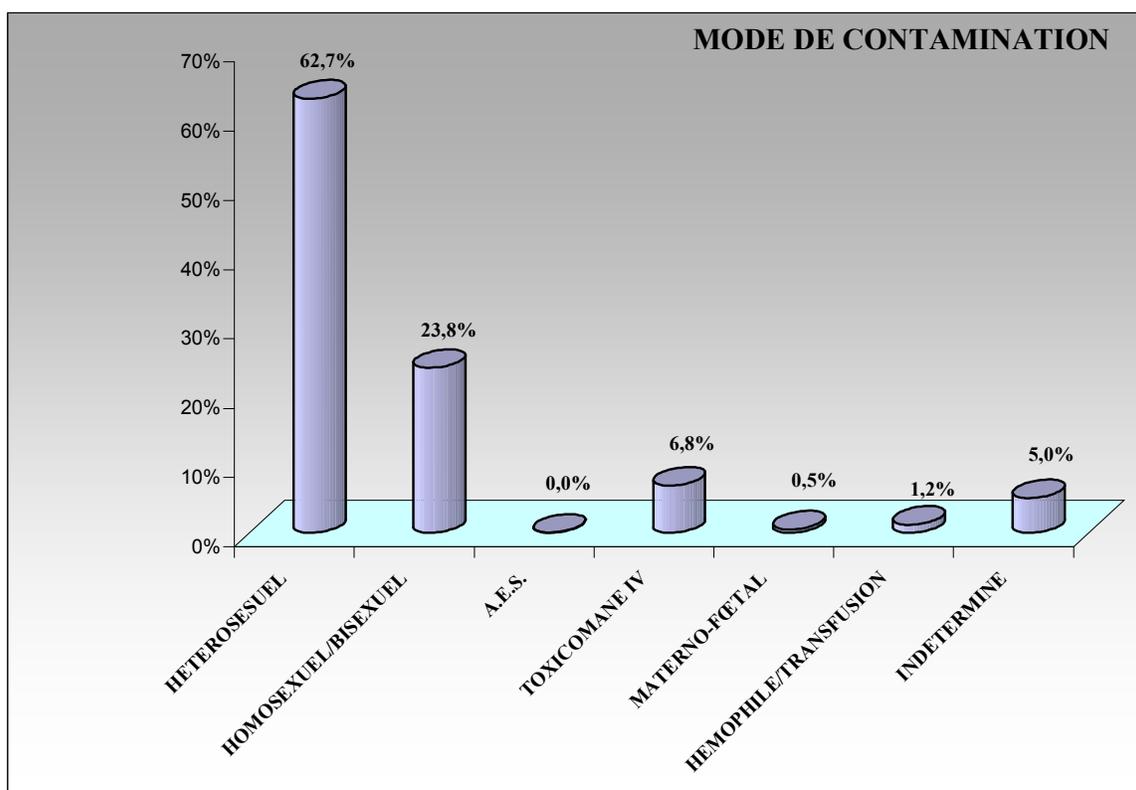
On notera que l'étude globale de la répartition des âges a été segmentée en tranches de 10 années à partir de l'âge de 16 ans, considérant que la plus grande majorité des patients sont adultes ou jeunes adultes.



e/ Répartition par mode de contamination

		% DE LA FILE ACTIVE	% DE LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
HETEROSESUEL	6 800	61,8%	62,7%
HOMOSEXUEL/BISEXUEL	2 584	23,5%	23,8%
A.E.S.	4	0,0%	0,0%
TOXICOMANE IV	740	6,7%	6,8%
MATERNO-FÛETAL	53	0,5%	0,5%
HEMOPHILE/TRANSFUSION	127	1,2%	1,2%
INDETERMINE	544	4,9%	5,0%
NON RENSEIGNE	172	1,6%	-
TOTAL	11 024	100,2%	100%

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



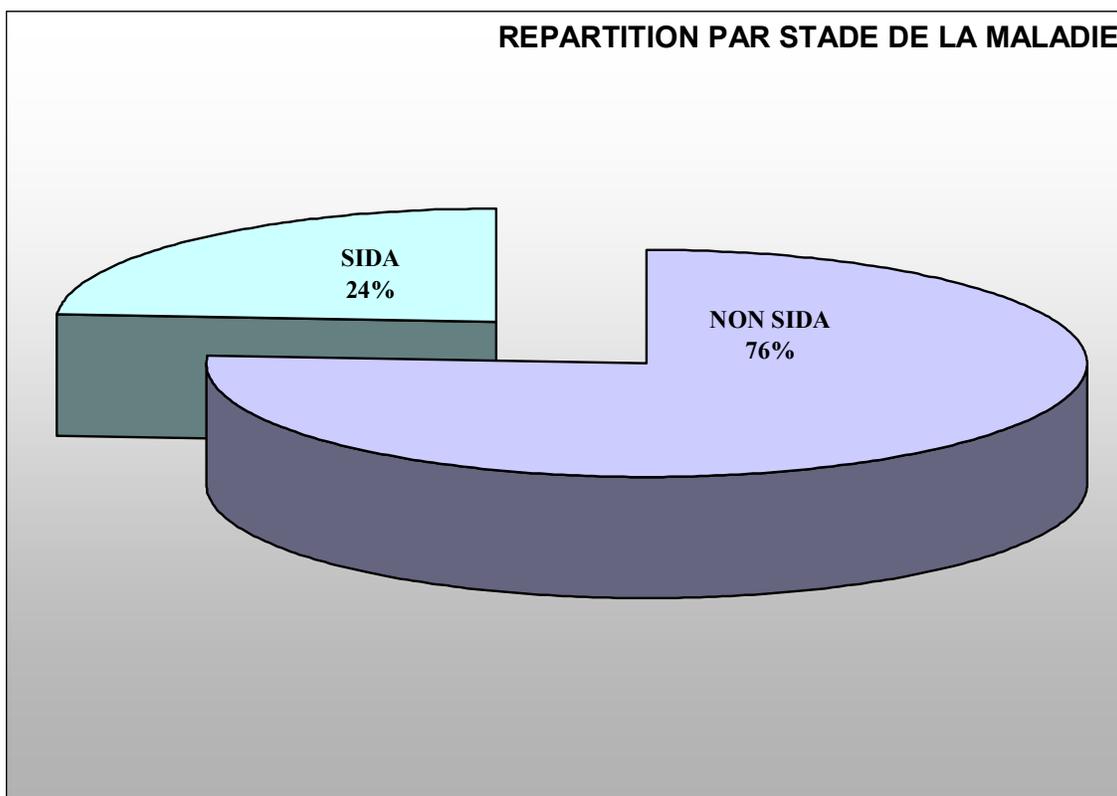
Dans la file active, la majeure partie des contaminations s'est faite par voie sexuelle, avec une répartition de 62,7 % par mode hétérosexuel et 23,8 % par mode homosexuel ou bisexuel.

La transmission par voie intraveineuse pour les usagers de drogue concerne 6,8 % de la file active.

Pour près de 7 % des patients, le mode de contamination est indéterminé ou non renseigné.

f/ Répartition par stade de la maladie

		% DE LA FILE ACTIVE	% DE LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES
NON SIDA	8 374	76,1%	76,1%
SIDA	2 626	23,9%	23,9%
TOTAL	11 000	100%	100%

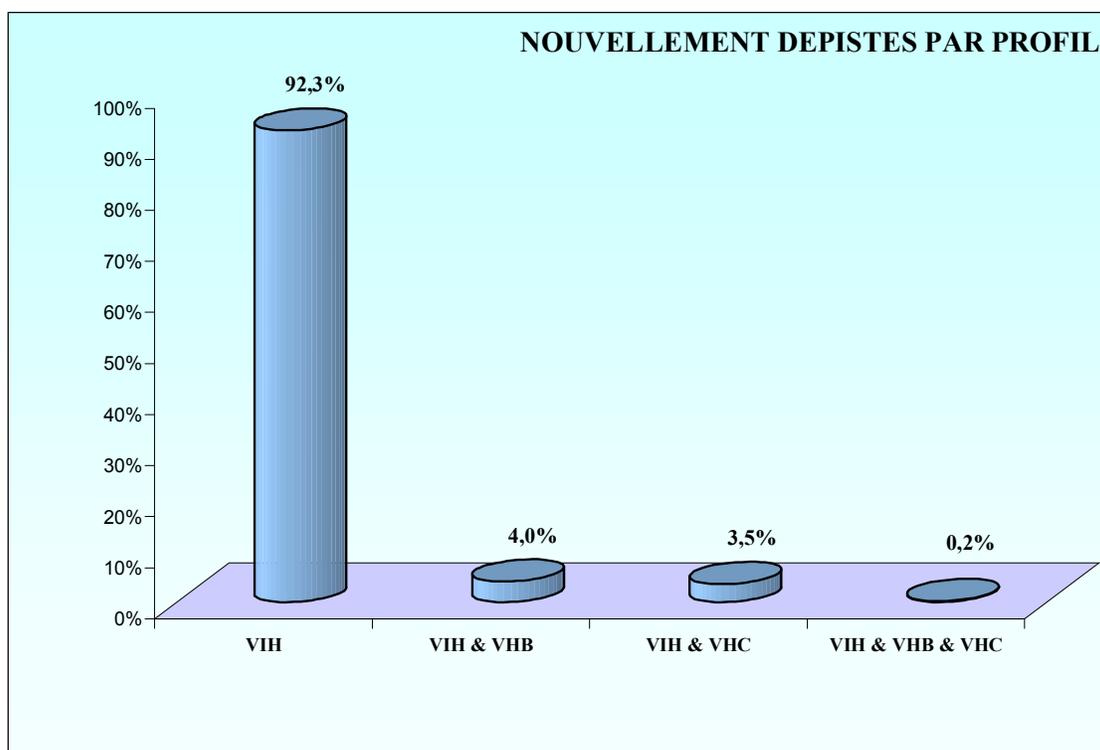


B/ Analyse sur les patients nouvellement dépistés

En 2010, on compte 603 personnes nouvellement dépistées ce qui représente 5,5 % de la file active validée.

a) Répartition par profil

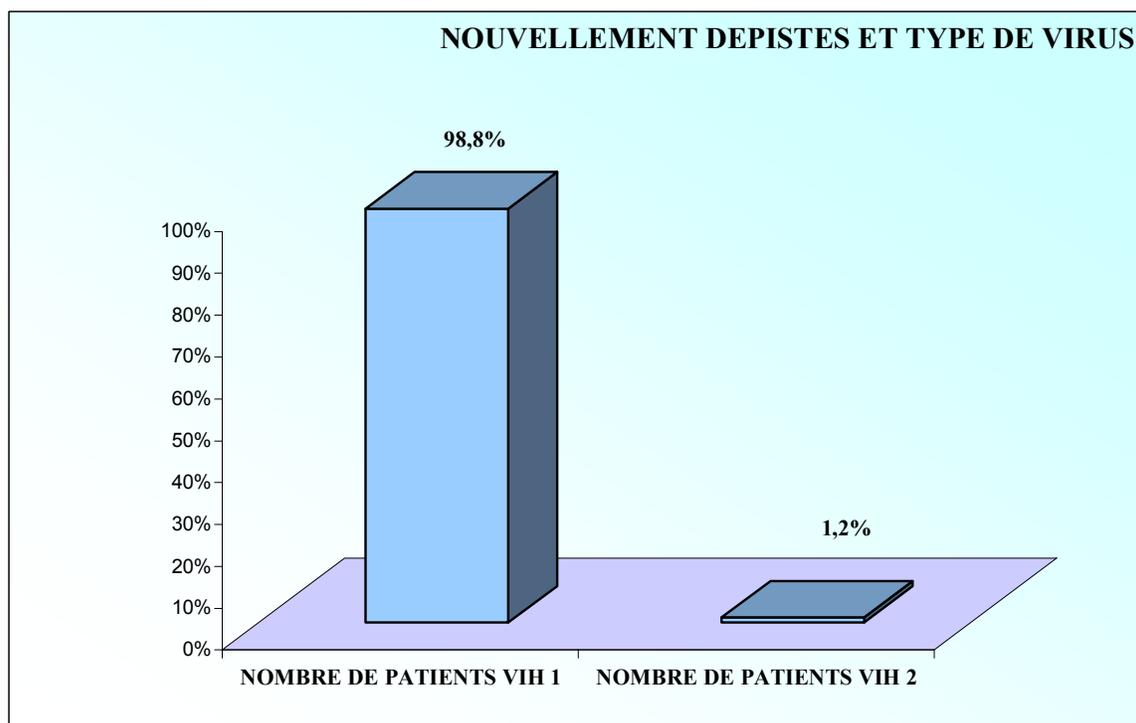
		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
VIH	555	5,05%	92,35%
VIH & VHB	24	0,22%	3,99%
VIH & VHC	21	0,19%	3,49%
VIH & VHB & VHC	1	0,01%	0,17%
NON RENSEIGNE	2	0,02%	-
TOTAL	603	5,5%	100%



Contrairement à l'année dernière, la co-infection avec le virus de l'hépatite B n'est plus majorée chez les nouveaux dépistés par rapport à la file active totale (2009 : 9,3 % contre 7,10 % et 2010 : 4 % contre 7,2 %). Par contre comme en 2009, la co-infection avec le virus de l'hépatite C reste bien moins importante que dans la file active totale (3,5 % contre 10,6 %).

b) Répartition par type de VIH

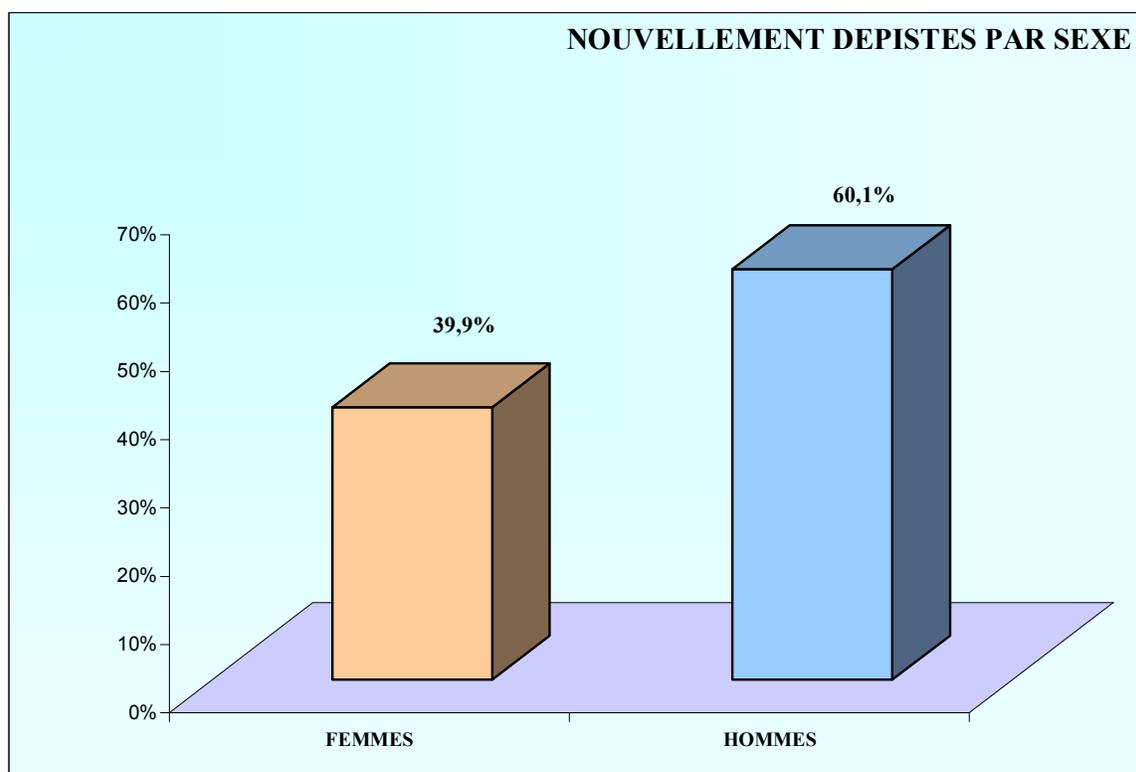
		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES
NOMBRE DE PATIENTS VIH 1	596	5,4%	98,8%
NOMBRE DE PATIENTS VIH 2	7	0,1%	1,2%
TOTAL	603	5,5%	100%



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

		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
FEMMES	240	2,2%	39,9%
HOMMES	362	3,3%	60,1%
TOTAL	603	5,5%	100,0%

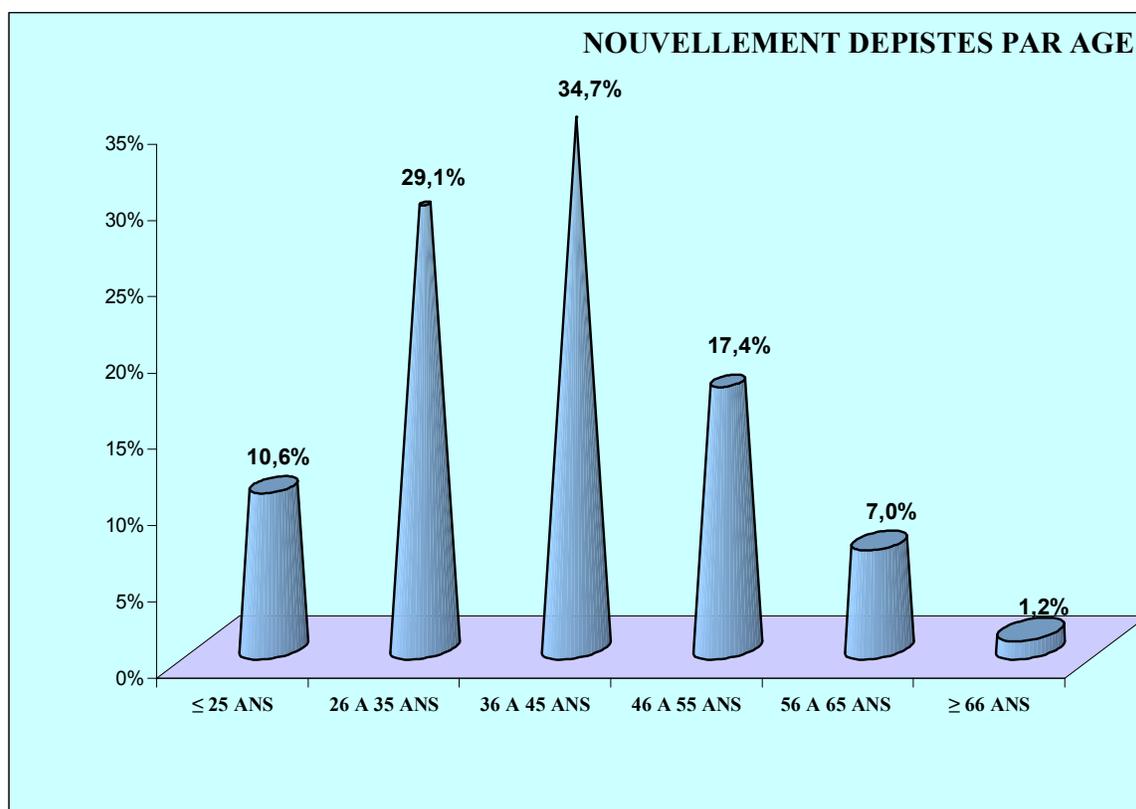


On observe sensiblement la même proportion d'hommes (60 % contre 58.5%) et de femmes (40% contre 41,5 %) infectés entre les patients nouvellement dépistés et la file active totale.

d) Répartition par tranche d'âge

		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
≤ 25 ANS	64	0,6%	10,6%
26 A 35 ANS	175	1,6%	29,1%
36 A 45 ANS	209	1,9%	34,7%
46 A 55 ANS	105	1,0%	17,4%
56 A 65 ANS	42	0,4%	7,0%
≥ 66 ANS	7	0,1%	1,2%
NON RENSEIGNE	1	0,0%	-
TOTAL	603	5,5%	100%

MINIMUM	14 ans
MAXIMUM	75 ans
MOYENNE	38 ans

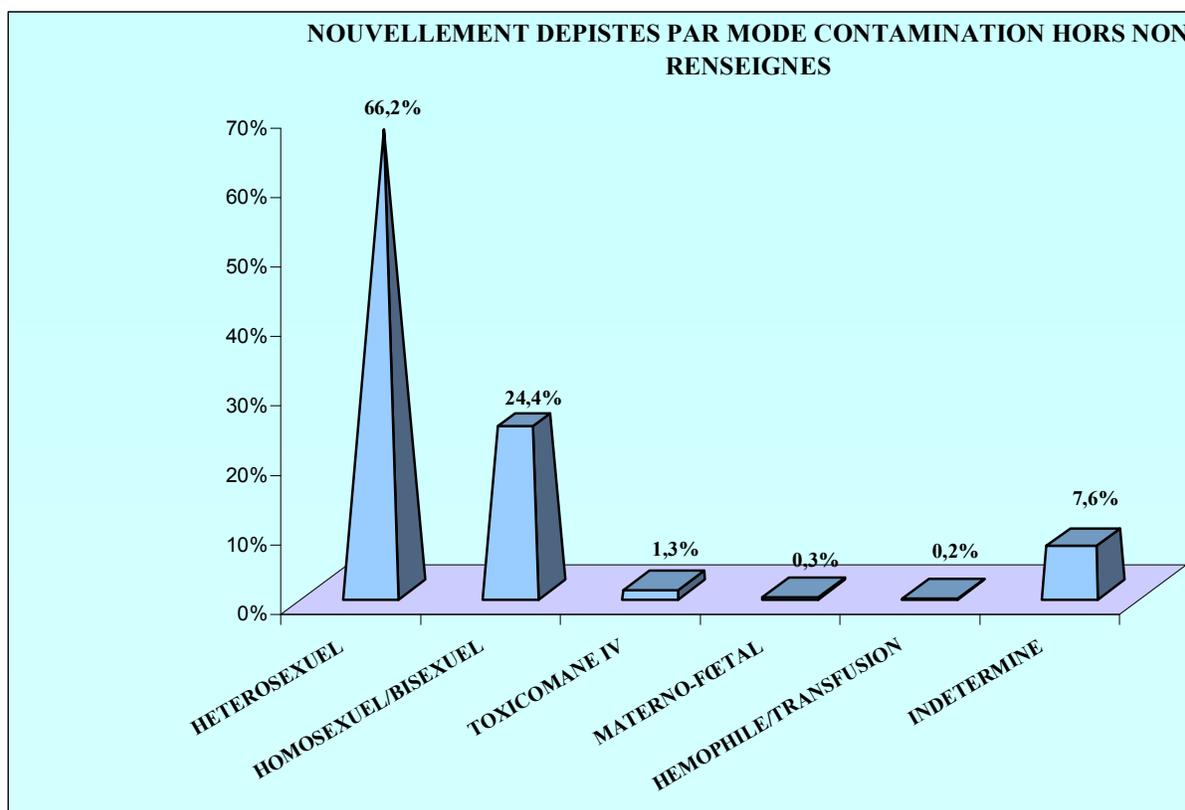


Chez les patients nouvellement dépistés, la tranche d'âge majoritaire est celle des 36-45 ans. Pour cette tranche d'âge la proportion des nouveaux dépistés est similaire à celle de la file active totale (34,7 % contre 35,1 % dans la file active totale). On note que les 16-25 ans sont 4,25 fois plus nombreux chez les nouveaux dépistés que dans la file active totale (10,6 % contre 2,5 %). Ces chiffres sont conformes aux données nationales où l'âge moyen de diagnostic est de 38 ans (*déclaration obligatoire, INVS*).

e) Répartition par mode de contamination

		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
HETEROSESUEL	393	3,6%	65,2%	66,2%
HOMOSEXUEL/BISEXUEL	145	1,3%	24,0%	24,4%
TOXICOMANE IV	8	0,1%	1,3%	1,3%
MATERNO-FËTAL	2	0,0%	0,3%	0,3%
HEMOPHILE/TRANSFUSION	1	0,0%	0,2%	0,2%
INDETERMINE	45	0,4%	7,5%	7,6%
NON RENSEIGNE	9	0,1%	1,5%	-
TOTAL	603	5,5%	100%	100%

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

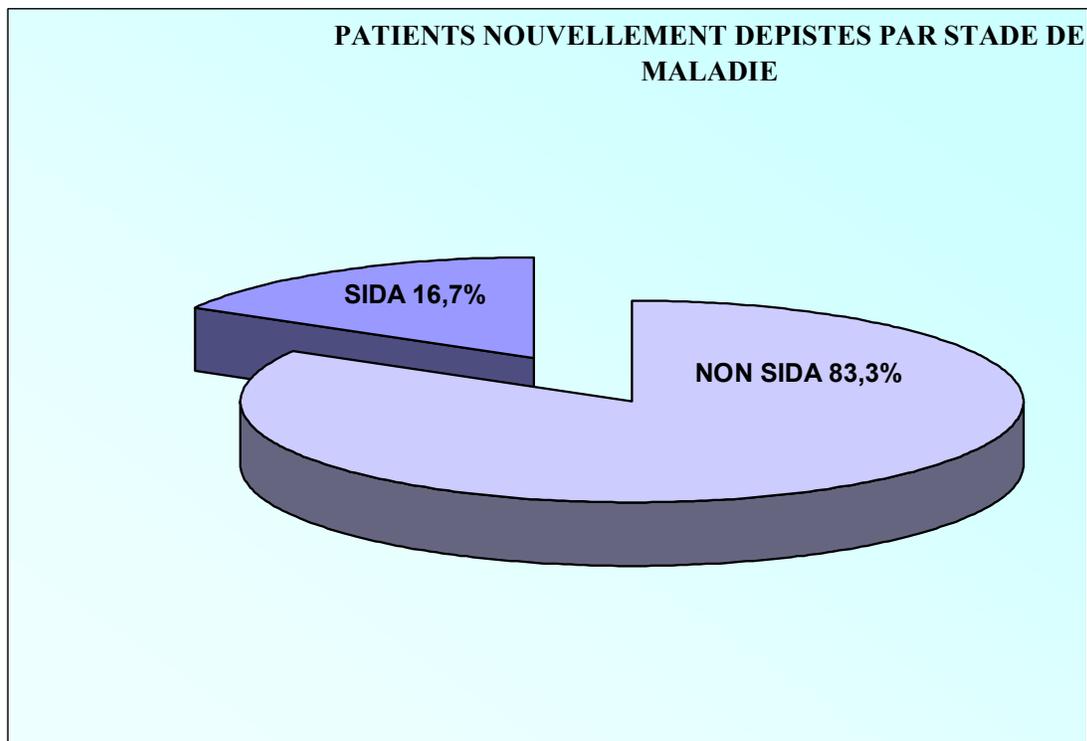


Le mode de contamination sexuelle demeure le mode de contamination prédominant.

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 pour les usagers de drogue par voie intraveineuse avec 1,3 % contre 6,8 % dans la file active totale.

f) Répartition par stade de la maladie

		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES
NON SIDA	502	4,6%	83,3%
SIDA	101	0,9%	16,7%
TOTAL	603	5,5%	100%



La proportion de patients en stade non SIDA est plus importante chez les nouveaux dépistés, avec 83 % contre 76 % dans la file active totale.

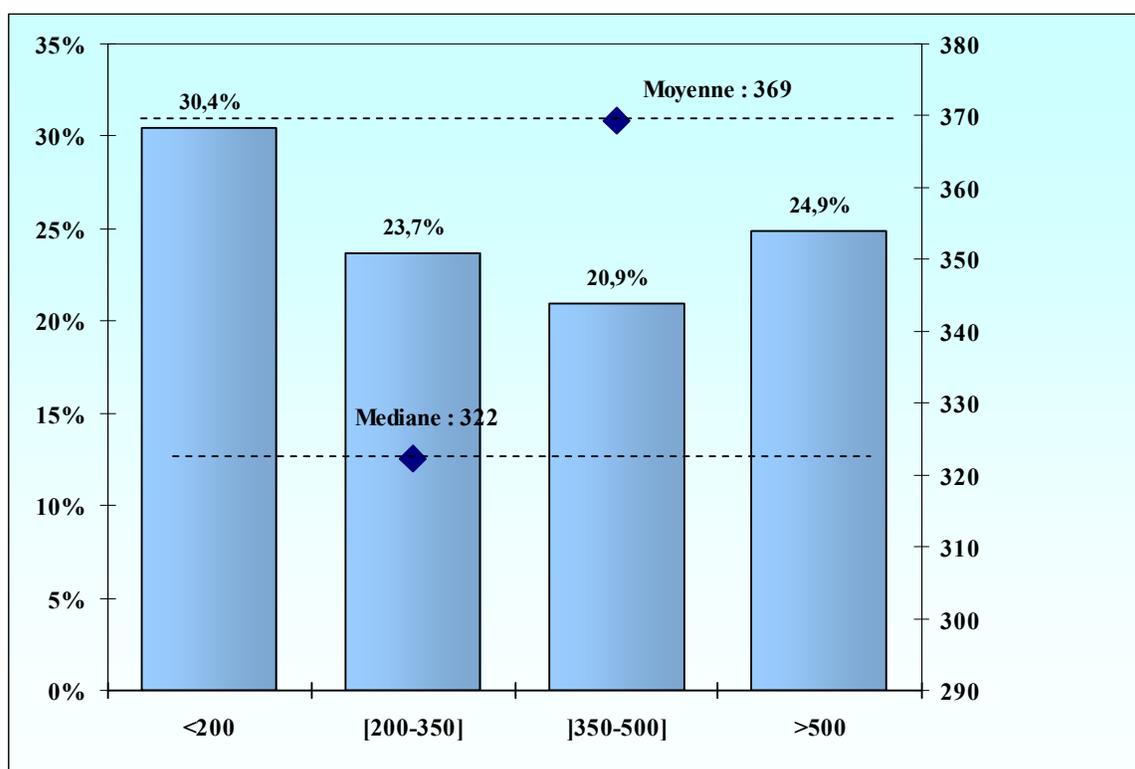
g) Répartition par tranche de CD4

Il s'agit de la première valeur de CD4 de 2010. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm^3 de sang total.

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, suivis ailleurs...).

		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
<200	154	1,4%	25,5%	30,4%
]200-350]	120	1,1%	19,9%	23,7%
]350-500]	106	1,0%	17,6%	20,9%
>500	126	1,1%	20,9%	24,9%
NON RENSEIGNE	97	0,9%	16,1%	-
TOTAL	603	5,5%	100,0%	100%

Médiane	322
Moyenne	369



On remarque qu'à leur prise en charge les patients nouvellement dépistés ont en **moyenne 369 CD4 / mm^3** de sang et une **médiane de 322 CD4 / mm^3** de sang.

On constate une répartition homogène des patients dans les différentes tranches de CD4. Cependant 54,1 % des patients ont moins de 350 CD4 et près de 50 % des patients sont dépistés à un stade tardif (< 350 CD4/ mm^3).

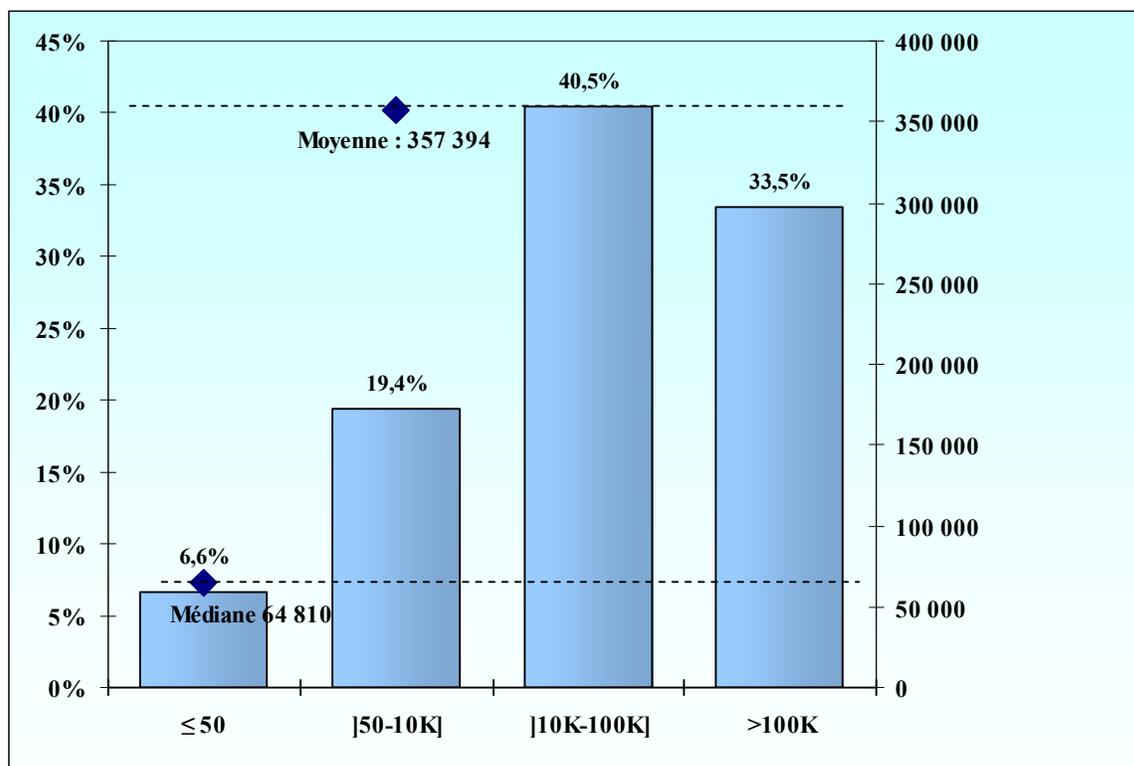
h) Répartition par Charge Virale

Il s'agit de la première valeur de la charge virale de 2010, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.

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, suivis ailleurs...).

		% DE LA FILE ACTIVE	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES	% SUR LES NOUVEAUX DEPISTES HORS NON RENSEIGNES
≤ 50	33	0,3%	5,5%	6,6%
]50-10K]	97	0,9%	16,1%	19,4%
]10K-100K]	202	1,8%	33,5%	40,5%
>100K	167	1,5%	27,7%	33,5%
NON RENSEIGNE	104	0,9%	17,2%	-
TOTAL	603	5,5%	100%	100%

Médiane	64 810
Moyenne	357 394



On remarque qu'à leur prise en charge les patients nouvellement dépistés ont une **charge virale moyenne de 357 394 copies/ml** et une **médiane de 64 810 copies/ ml**.

C) Analyse sur les patients en cours de traitement

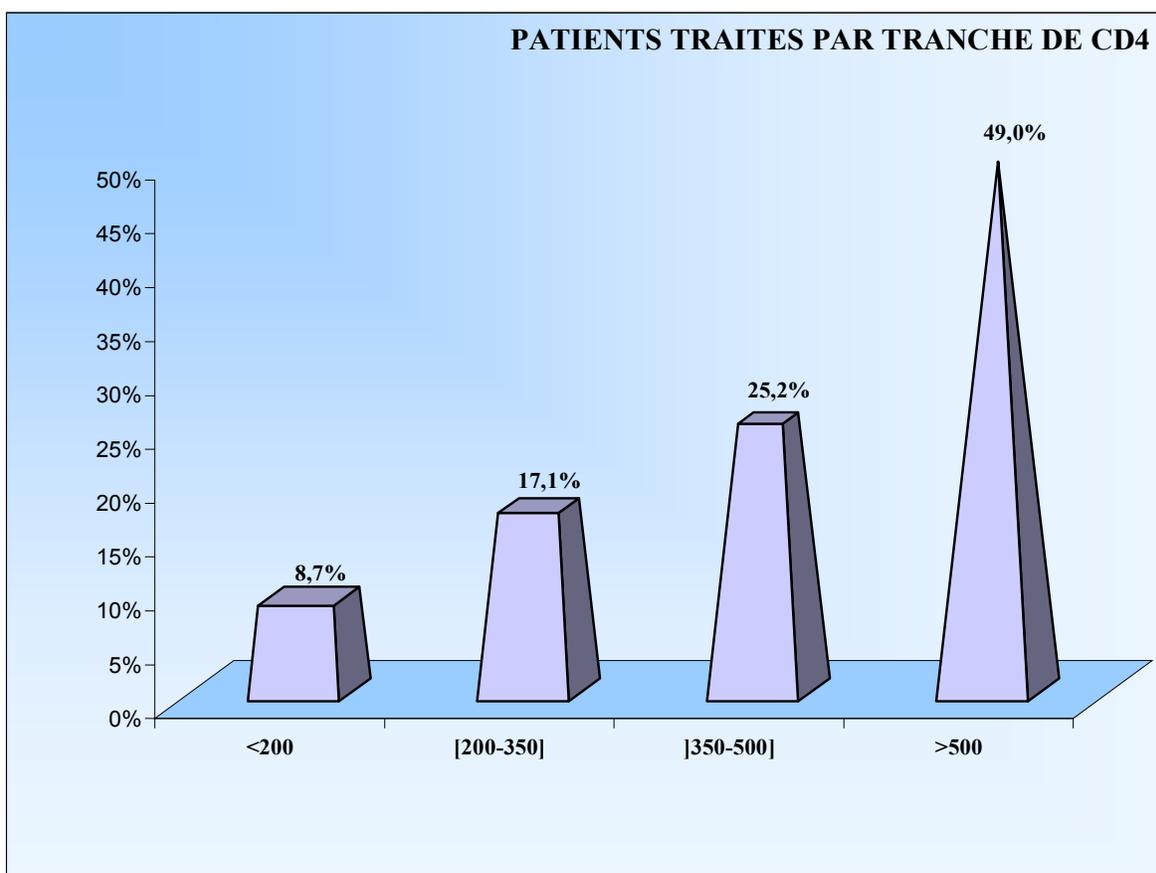
9 494 patients sur 10 840 analysables sont en cours de traitements antirétroviraux (patients en cours de traitement ou en arrêt de traitement depuis moins de 6 mois) ce qui représente 87,5 % des patients dont les données sont analysables.

a) Répartition par tranche de CD4

Il s'agit de la dernière valeur de CD4 de 2010. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm^3 de sang total.

L'analyse est faite sur les 9126 patients pour lesquels la valeur des CD4 est renseignée.

		% SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<200	794	8,7%
[200-350]	1 559	17,1%
[350-500]	2 299	25,2%
>500	4 474	49,0%
NON RENSEIGNE	368	-
TOTAL	9 494	100%



49 % des patients traités ont des CD4 supérieurs à $500/\text{mm}^3$ et 8,7 % en ont moins de $200/\text{mm}^3$ de sang.

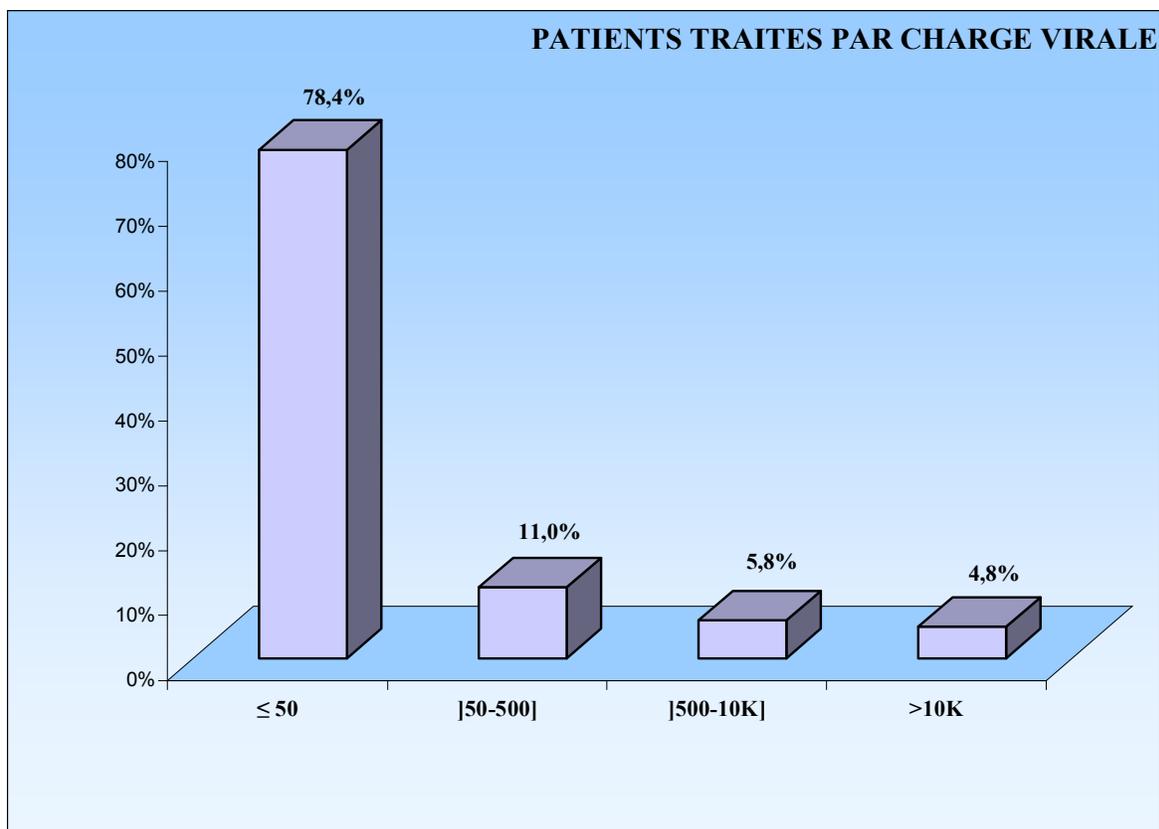
b) Répartition par Charge Virale

Il s'agit de la dernière valeur de la charge virale de 2010, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.

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, suivis ailleurs...).

L'analyse est faite sur les 9 000 patients pour lesquels la charge virale est renseignée.

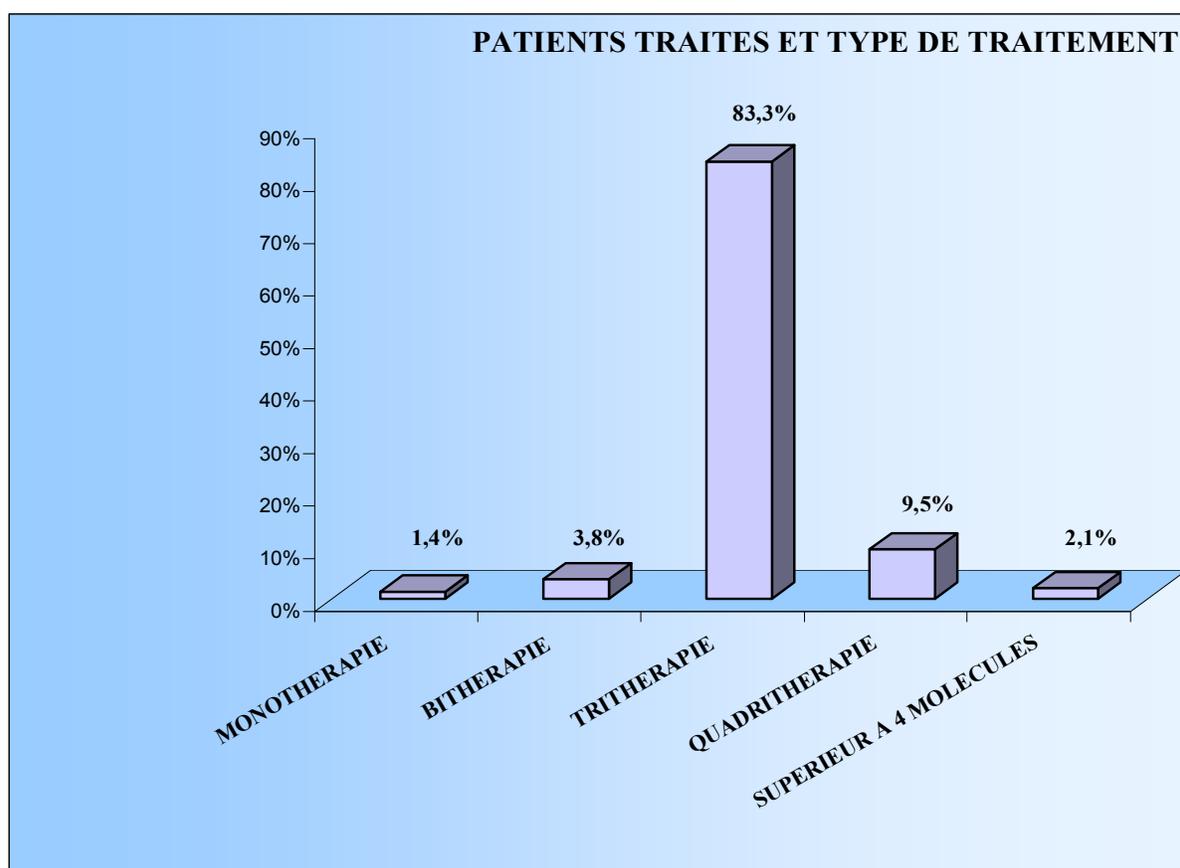
		% SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
≤ 50	7 053	78,4%
[50-500]	987	11,0%
[500-10K]	525	5,8%
>10K	435	4,8%
NON RENSEIGNE	494	-
TOTAL	9 494	100%



Parmi les patients traités, la charge virale est inférieure à 50 copies/ml dans 78,4 % des cas.

c) Répartition par type de traitement ARV

		% SUR LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
MONOTHERAPIE	132	1,4%
BITHERAPIE	359	3,8%
TRITHERAPIE	7 907	83,3%
QUADRITHERAPIE	898	9,5%
SUPERIEUR A 4 MOLECULES	196	2,1%
NON RENSEIGNE	2	-
TOTAL	9 494	100%



La trithérapie est majoritairement choisie comme combinaison de traitements antirétroviraux et 83,3 % des patients bénéficient de ce type de traitement.

D) Analyse sur les patients sans traitement

1 346 patients sur les 10 840 analysables sont sans traitement antirétroviral (patients naïfs de traitement ou en arrêt de traitement depuis moins de 6 mois) ce qui représente près de 12,5% des patients dont les données sont analysables .

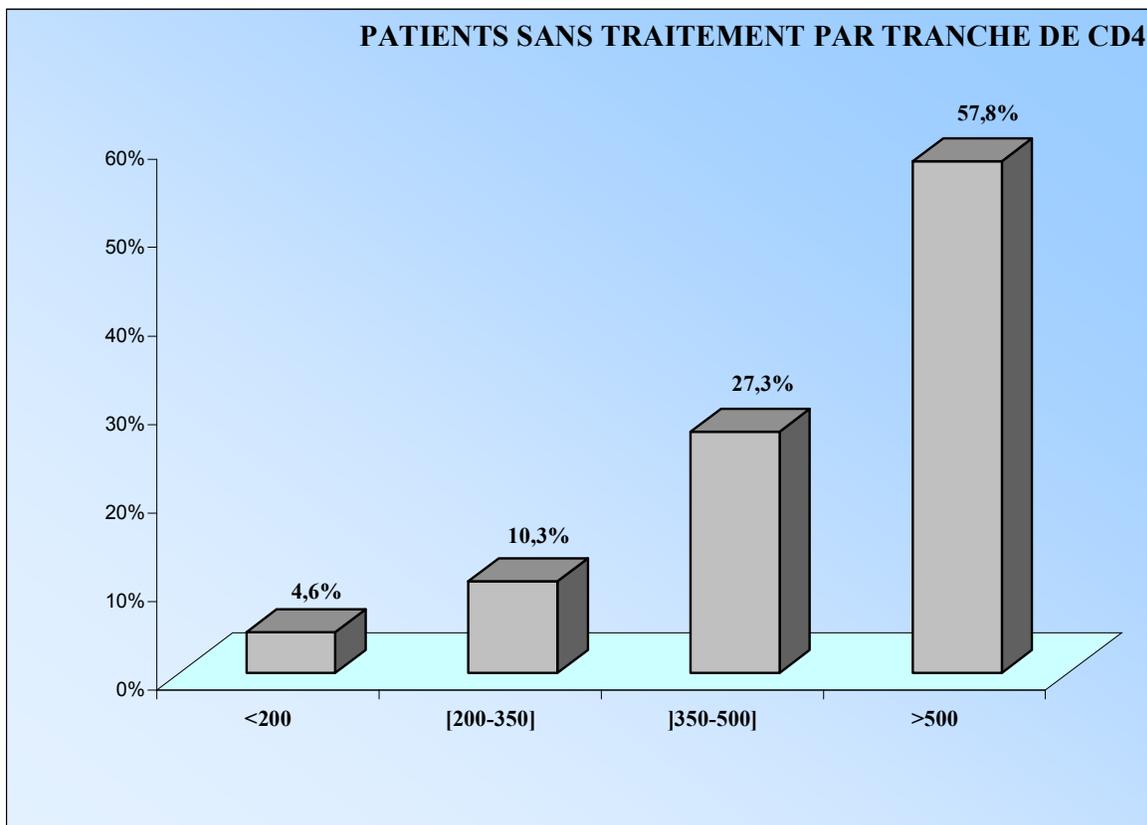
On notera que les données manquantes concernant les valeurs biologiques (taux de CD4 et charge virale) des tableaux ci-dessous, s'expliquent en partie par des patients non revenus depuis leur premier recours ou des patients suivis en ville après leur dépistage (perdus de vue, suivis ailleurs...).

a) Répartition par tranche de CD4

Il s'agit de la dernière valeur de CD4 de 2010. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm³ de sang total.

L'analyse porte sur 1 247 patients pour lesquels la valeur des CD4 est renseignée.

		% SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<200	57	4,6%
[200-350]	129	10,3%
]350-500]	340	27,3%
>500	721	57,8%
NON RENSEIGNE	99	-
TOTAL	1 346	100%



On observe que 42,2 % des patients sans traitement ont moins de 500 CD4/mm³ alors que l'indication thérapeutique de mise sous traitement est fixée actuellement à 500 CD4/mm³.

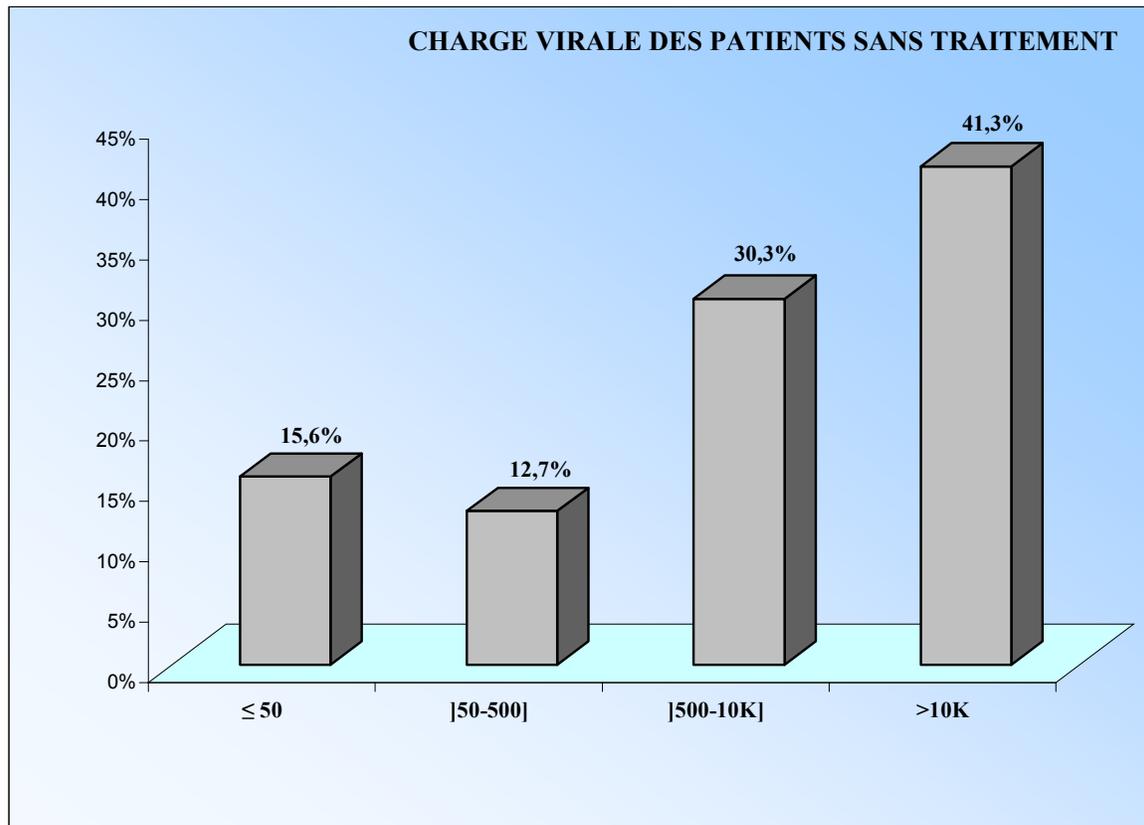
b) Répartition par Charge Virale

Il s'agit de la dernière valeur de la charge virale de 2010, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.

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, suivis ailleurs...).

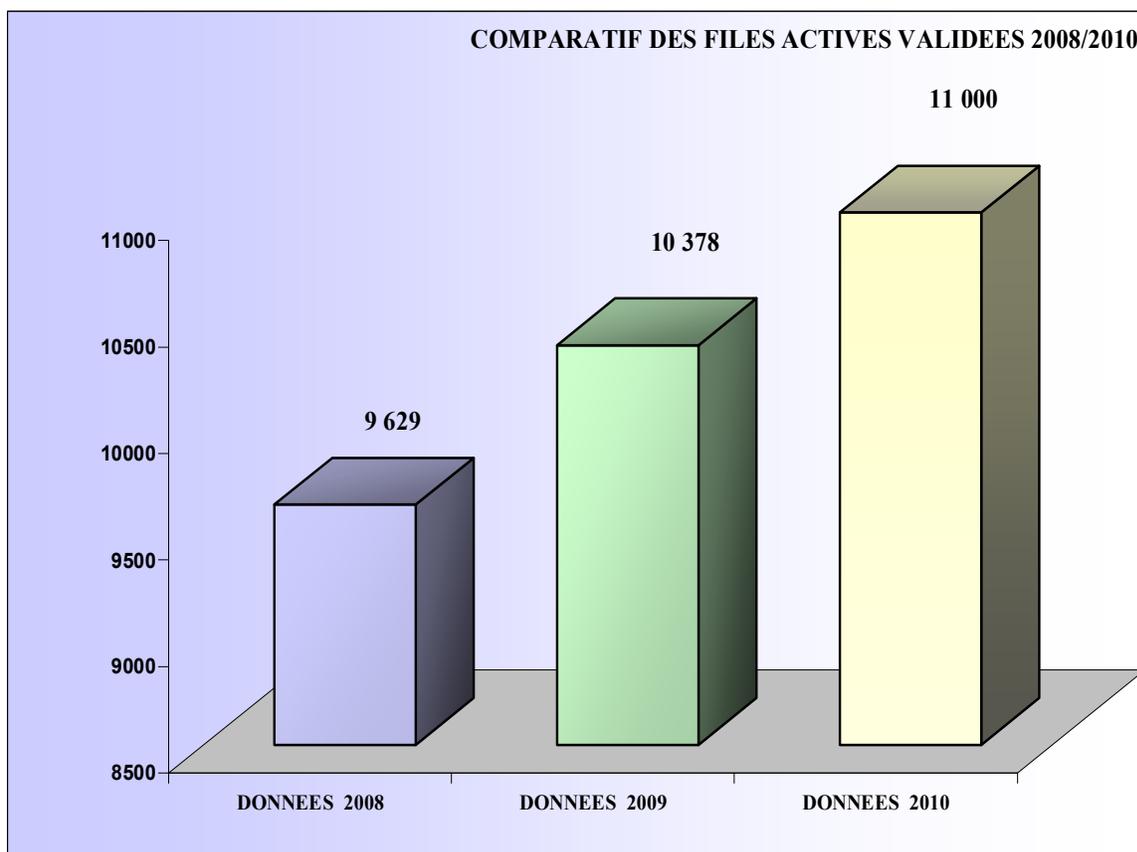
L'analyse porte sur 1 154 patients pour lesquels la charge virale est renseignée.

		% SUR LES PATIENTS SANS TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
≤ 50	180	15,6%
]50-500]	147	12,7%
]500-10K]	350	30,3%
>10K	477	41,3%
NON RENSEIGNE	192	-
TOTAL	1 346	100%



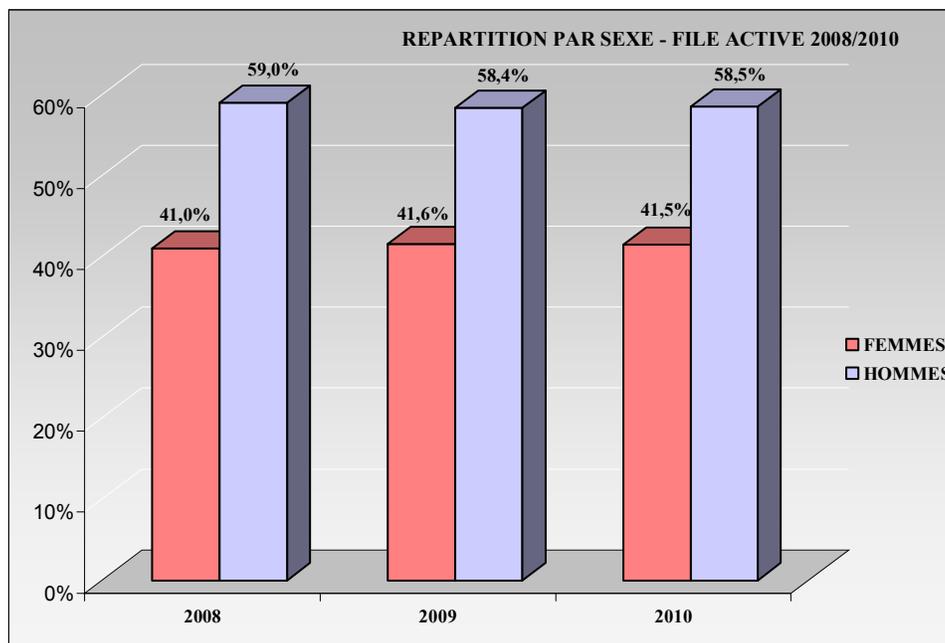
4.3 Analyse comparative des files actives validées 2008-2010

A) Comparaison sur les files actives



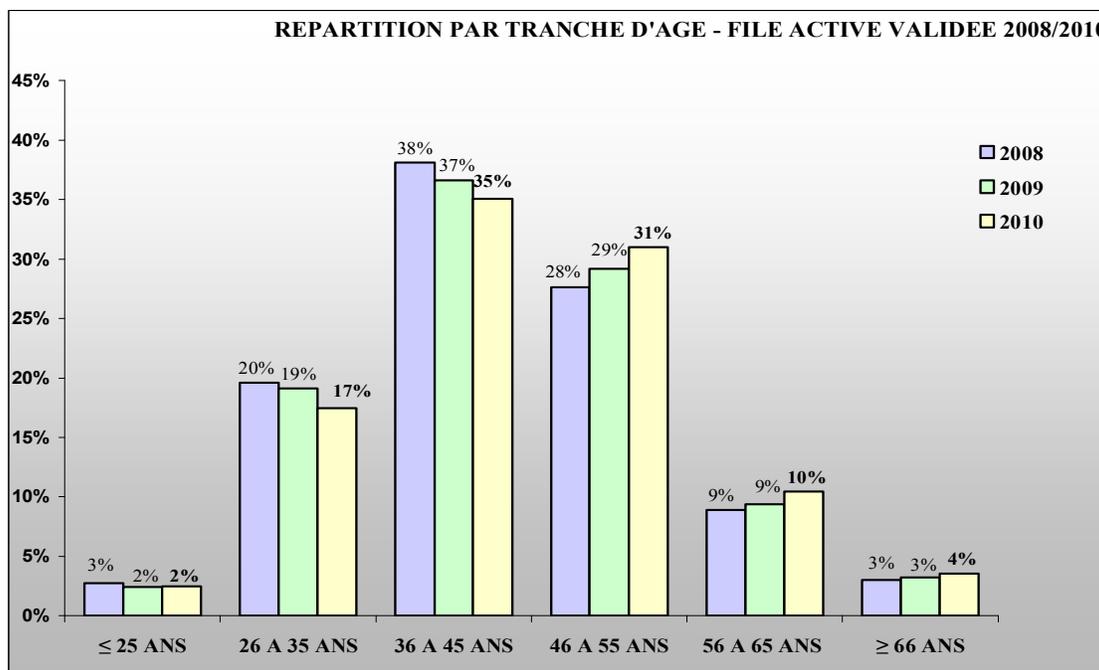
La file active validée 2010 a augmenté de 622 patients par rapport à l'année précédente soit 6 %.

a) Répartition par sexe



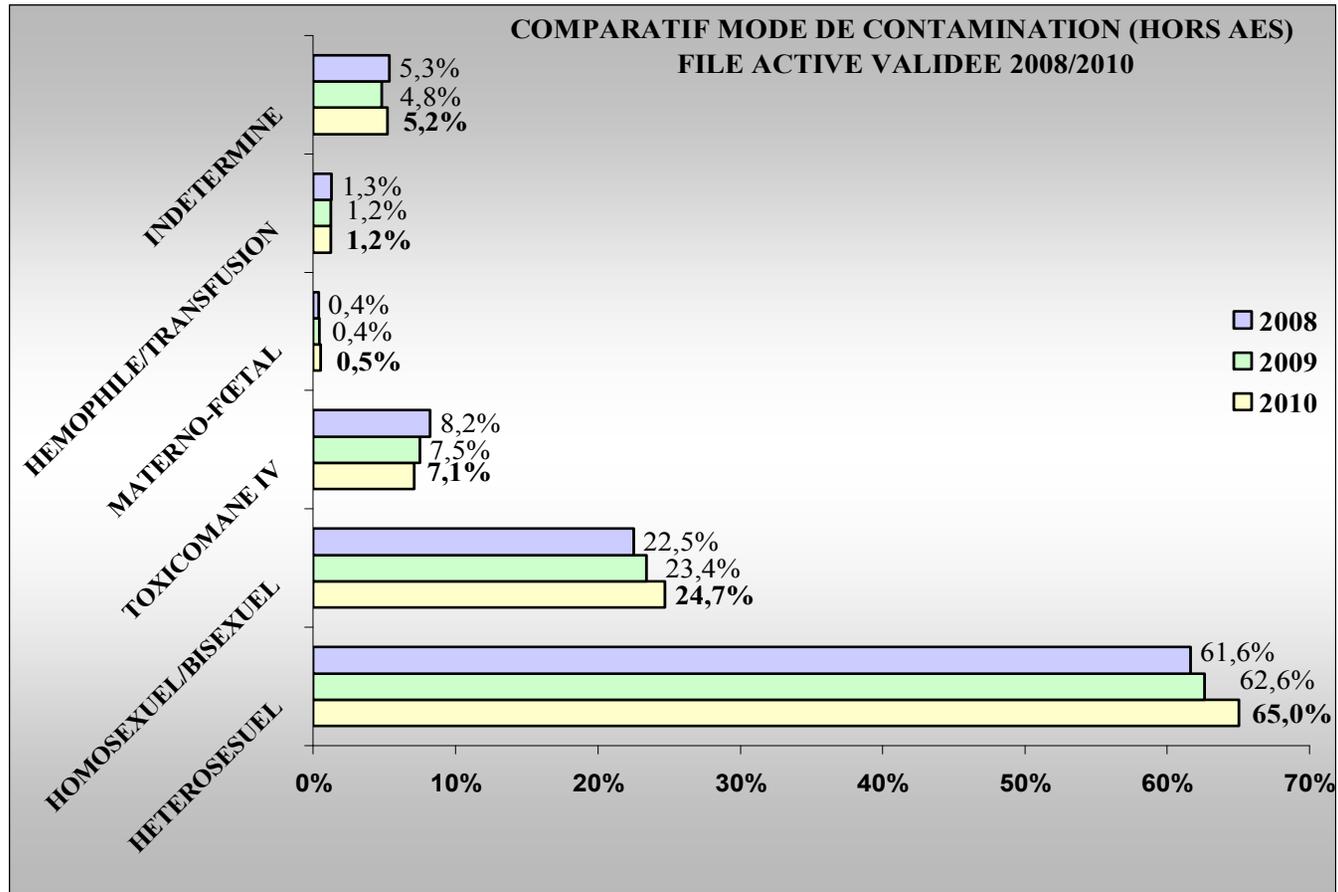
On constate une stabilité entre la proportion hommes / femmes depuis trois ans avec en moyenne 58,5 % d'hommes et 41,5 % de femmes.

b) Répartition par âge



Nous constatons depuis trois ans une diminution du nombre de personnes contaminées pour la tranche 36-45 ans tandis que la tranche 46-55 ans a tendance à augmenter. Les autres tranches d'âge restent relativement stables. Au final, il apparaît un vieillissement de la population vivant avec le VIH.

c) Répartition par mode de contamination

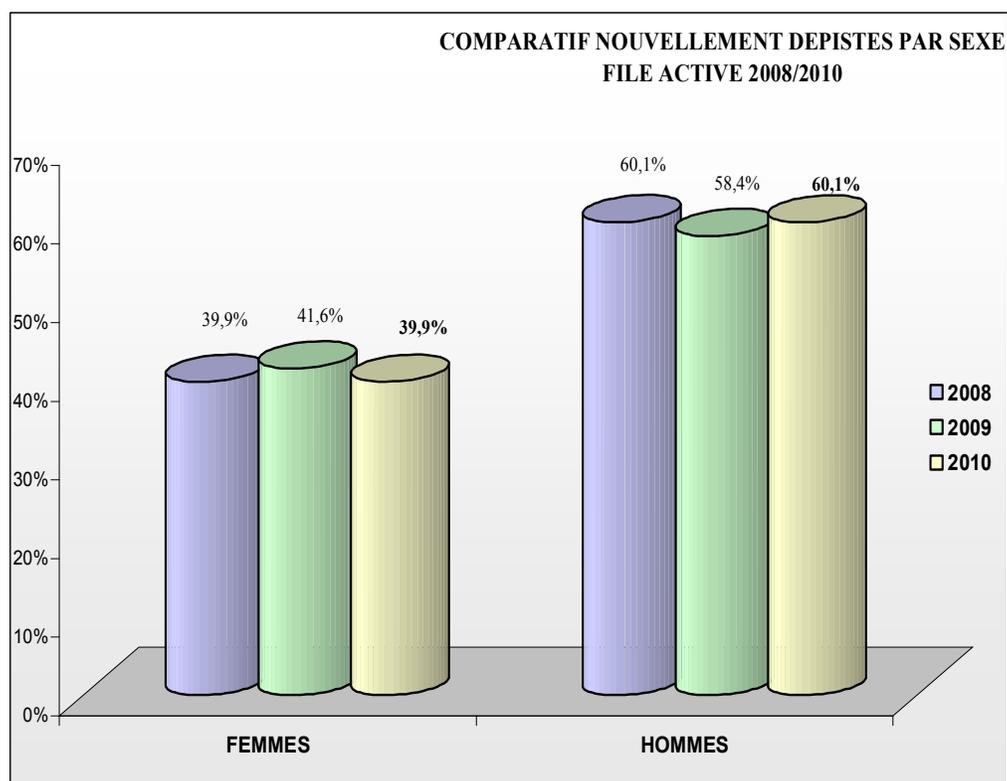


On constate depuis 2008 une augmentation des cas de contamination par voie hétérosexuelle (+ environ 4 %)

B) Comparaison sur les patients nouvellement dépistés

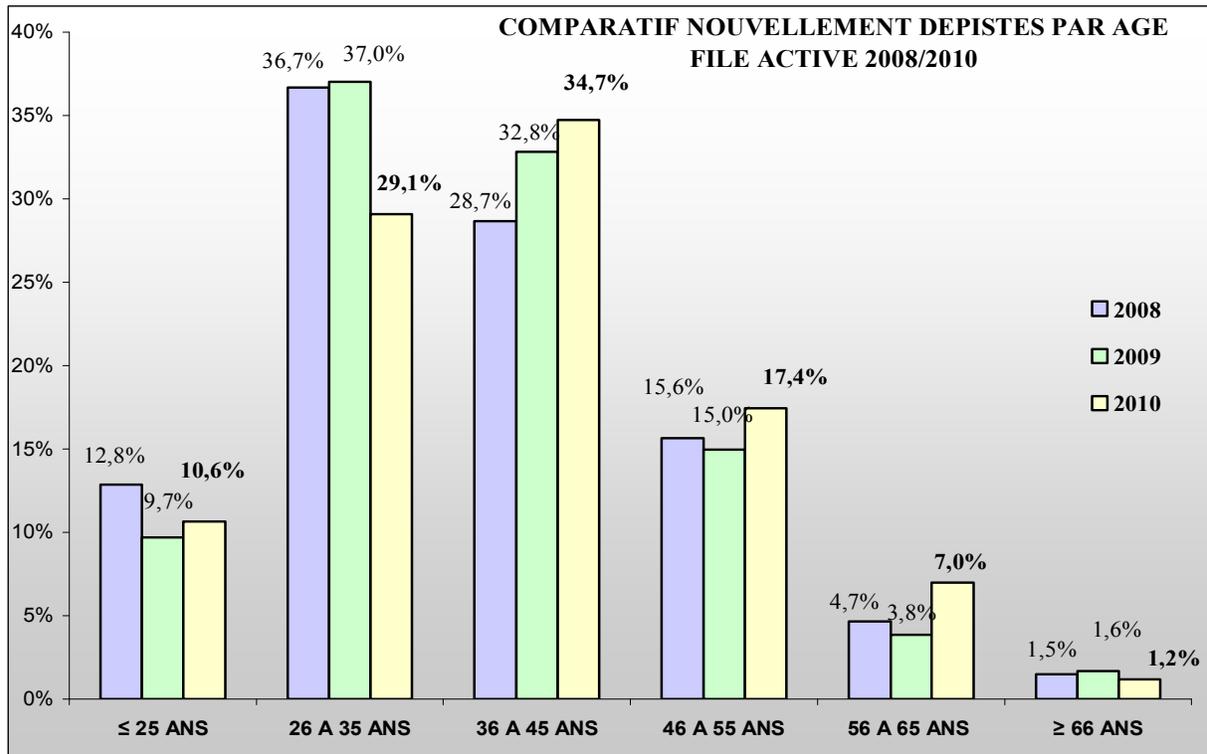
	2008	2009	2010
% DES PATIENTS NOUVELLEMENT DEPISTES/FILE ACTIVE	5,61%	5,37%	5,48%

a) Répartition par sexe



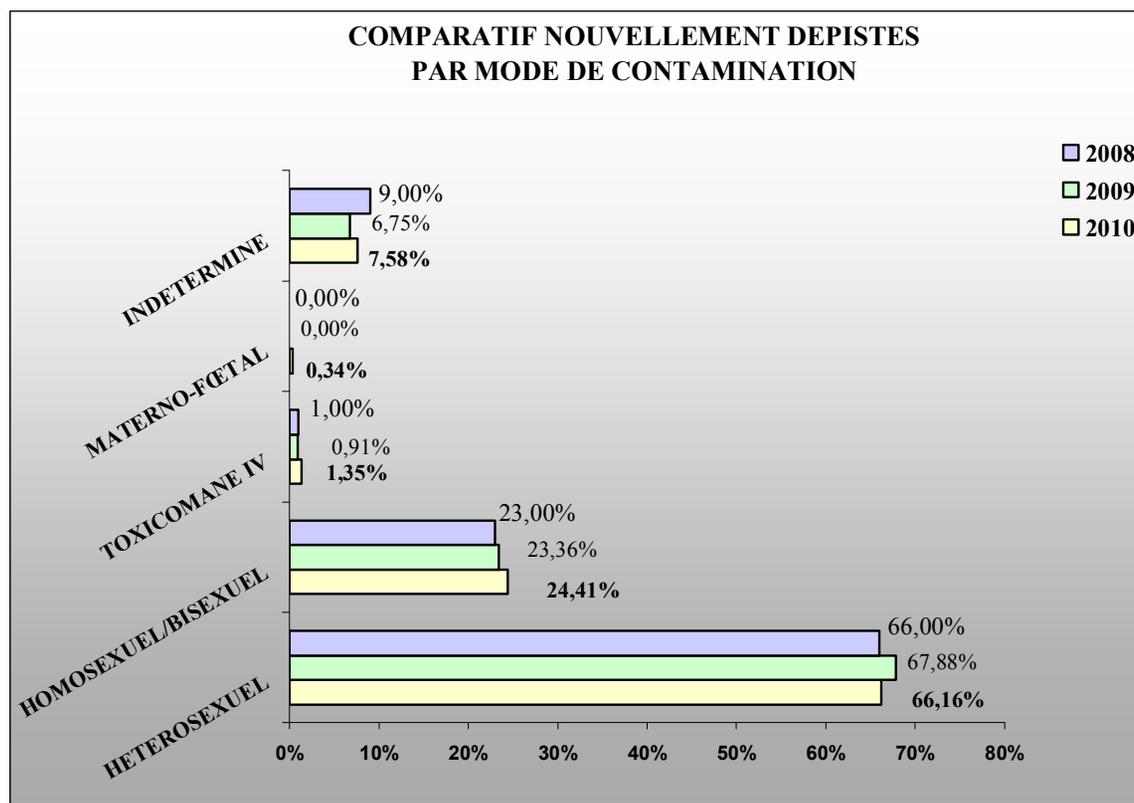
Comme pour la file active totale, la répartition hommes/ femmes chez les nouveaux dépistés reste stable.

b) Répartition par âge



Une augmentation des nouveaux dépistés apparaît chez les 36-45 ans (+ environ 2 %) et une baisse d'environ 8 % pour les 26-35 ans.

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 2010 concernant le sexe et le mode de contamination.

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

Ces données concernent uniquement l'activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des 27 Établissements de santé (hors EPS Ville Evrard) de la COREVIH IDF Est prenant en charge des PVVIH.

Les données relatives au Centre Médical de Bligny dont l'activité VIH est essentiellement du « Soins de Suite et de Réadaptation » (SSR) sont relatées à la fin de ce chapitre dans la mesure où l'information médicale est traitée de manière différente.

Une étude plus approfondie sera menée en 2011 afin de recenser la prise en charge des PVVIH par les PMSI SSR et PSY sur l'ensemble des sites.

A) Données relatives aux hospitalisations de plus de 24 heures

Ces données représentent les séjours qui ont été codés avec un Diagnostic Principal ou un Diagnostic Relié ou un Diagnostic Associé lié au VIH.

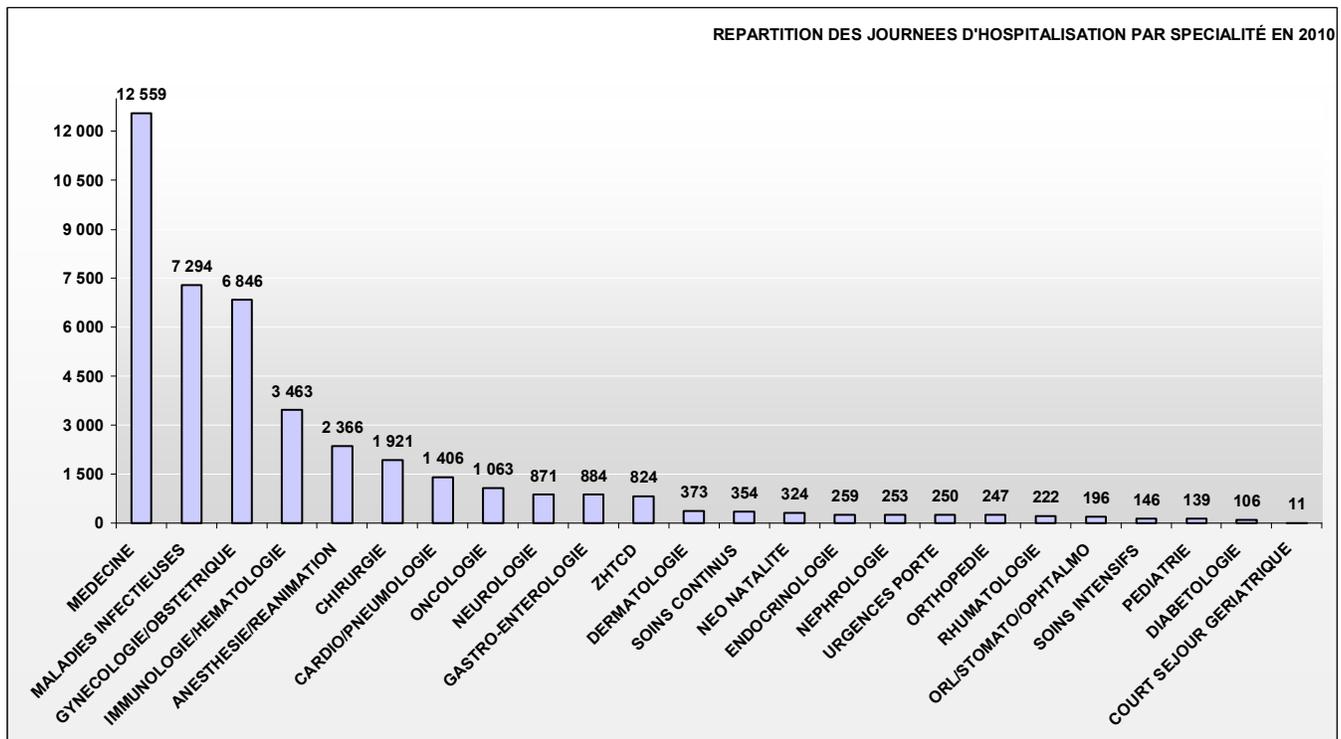
En 2010, 3 513 patients ont été hospitalisés pour des problèmes de santé nécessitant une prise en charge liée à leurs pathologies (VIH), ce qui représente 5 005 séjours pour un total de 44 647 journées d'hospitalisation.

HOPITAL	HOSPITALISATIONS COMPLETES 2010			
	NOMBRE DE PATIENTS	NOMBRE DE SEJOURS	DUREE MOYENNE DE SEJOUR	NBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION PAR SERVICES
ARPAJON	19	23	8,30	192
AULNAY	112	148	12,05	1 784
AVICENNE	170	370	11,30	2 753
COULOMMIERS	26	41	7,80	320
CRETEIL	149	197	8,60	1 381
DOURDAN	9	9	4,80	43
ETAMPES	13	20	7,70	153
FONTAINEBLEAU	36	40	4,10	255
GONESSE	131	174	13,52	2 207
JEAN VERDIER	130	173	8,60	1 258
JUVISY	NC	12	5,58	67
LAGNY	82	149	7,89	1 176
LARIBOISIERE	342	437	12,35	5 001
LONGJUMEAU	20	31	11,39	353
MEAUX	50	55	7,93	444
MELUN	161	178	4,00	674
MONTEREAU	4	7	6,30	44
MONTFERMEIL	70	182	8,81	1 613
MONTREUIL	72	77	12,30	1 298
NEMOURS	4	4	2,50	11
ORSAY	15	15	6,00	58
PROVINS	4	7	4,00	28
SAINT DENIS	1 092	1 139	6,60	7 075
SAINT LOUIS	578	1 184	14,00	11 009
SUD FRANCILIEN	62	73	7,44	782
VILLENEUVE	162	260	17,95	4 668
TOTAL	3 513	5 005	/	44 647

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

Sur 44 647 journées d'hospitalisation, 42 640 ont pu être réparties entre les différents services accueillant des patients VIH. Il faut noter que quatre établissements n'ont pas communiqué leurs chiffres pour cette répartition.

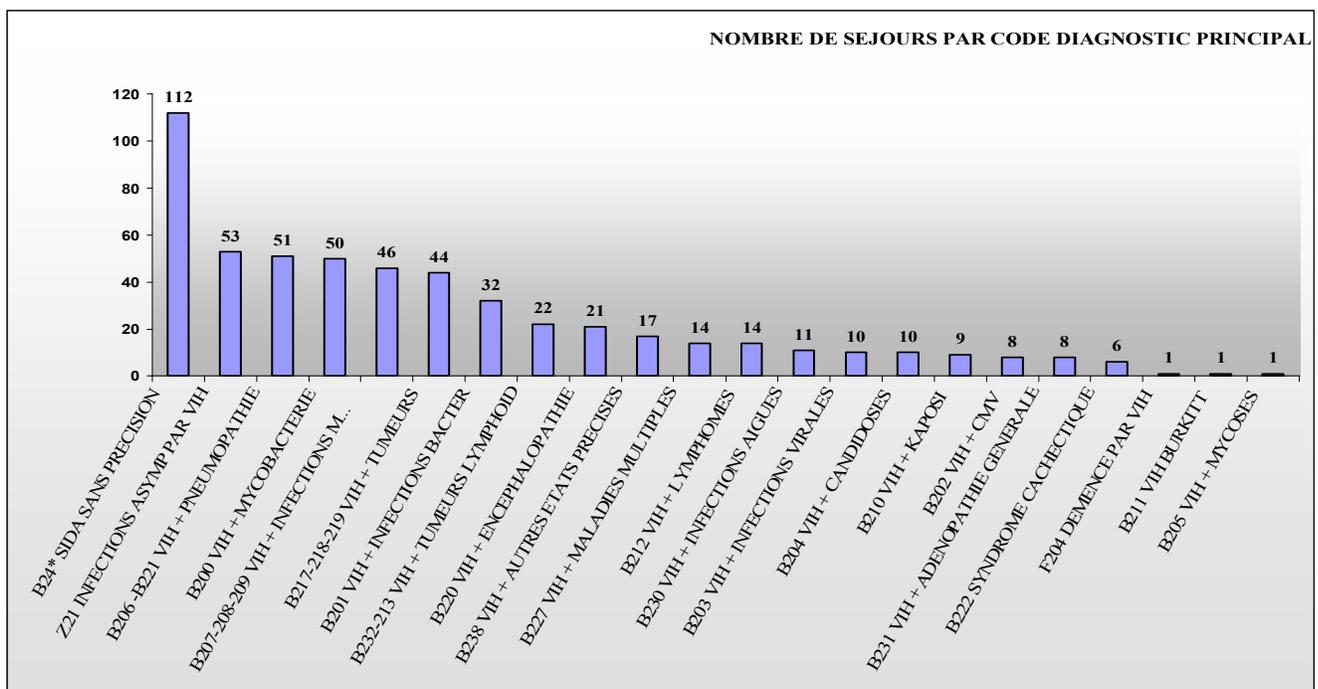
MEDECINE	12 559
MALADIES INFECTIEUSES	7 294
GYNECOLOGIE/OBSTETRIQUE	6 846
IMMUNOLOGIE/HEMATOLOGIE	3 463
ANESTHESIE/REANIMATION	2 366
CHIRURGIE	1 921
CARDIO/PNEUMOLOGIE	1 406
ONCOLOGIE	1 063
NEUROLOGIE	871
GASTRO-ENTEROLOGIE	884
ZHTCD	824
DERMATOLOGIE	373
SOINS CONTINUS	354
NEO NATALITE	324
ENDOCRINOLOGIE	259
NEPHROLOGIE	253
URGENCES PORTE	250
ORTHOPEDIE	247
RHUMATOLOGIE	222
ORL/STOMATO/OPHTALMO	196
SOINS INTENSIFS	146
PEDIATRIE	139
DIABETOLOGIE	106
NEUROCHIRURGIE	26
COURT SEJOUR GERIATRIQUE	11



b) Répartition des hospitalisations de plus de 24 heures par principale pathologie

Les données ci-dessous représentent le nombre de séjours dont la prise en charge a été codée avec un Diagnostic Principal lié au VIH.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET LIBELLE	NOMBRE
B24+1 SIDA avéré sans précision	82
Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]	53
B200 Maladie par VIH à l'origine d'une infection mycobactérienne	50
B206 Maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à Pneumocystis	43
B201 Maladie par VIH à l'origine d'autres infections bactériennes	32
B219 Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision	31
B208 Maladie par VIH à l'origine d'autres maladies infectieuses et parasitaires	27
B24+0 Pré-SIDA (A.R.C.) sans précision	22
B220 Maladie par VIH à l'origine d'une encéphalopathie	21
B232 Maladie par VIH à l'origine d'anomalies hématologiques et immunologiques, non classées ailleurs	20
B238 Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés	17
B227 Maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs	14
B212 Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens	14
B230 Syndrome d'infection aiguë par VIH	11
B207 Maladie par VIH à l'origine d'infections multiples	10
B218 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes	10
B204 Maladie par VIH à l'origine de candidose	10
B210 Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi	9
B209 Maladie par VIH à l'origine d'une Maladie infectieuse ou parasitaire non précisée	9
B221 Maladie par VIH à l'origine d'une pneumopathie lymphoïde interstitielle	8
B203 Maladie par VIH à l'origine d'autres infections virales	10
B202 Maladie par VIH à l'origine d'infections à cytomégalovirus	8
B231 Maladie par VIH à l'origine d'adénopathies généralisées (persistantes)	8
B24+9 Infection par le V.I.H., sans précision	8
B222 Maladie par VIH à l'origine d'un syndrome cachectique	6
B217 Maladie par VIH à l'origine de tumeurs malignes multiples	3
B213 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentes	2
B211 Maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt	1
F024 Démence par VIH	1
B205 Maladie par VIH à l'origine d'autres mycoses	1
TOTAL	541



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

7 976 séjours en d'hospitalisation de journée ont été totalisés pour 2010.

a) Répartition des HDJ par établissement

HOPITAL	HOSPITALISATIONS PARTIELLES
	2010
	NOMBRE DE SEJOURS
ARPAJON	29
AULNAY	65
AVICENNE	817
BLIGNY	4
CORBEIL SUD FRANCILIEN	417
COULOMMIERS	101
CRETEIL	235
DOURDAN	4
ETAMPES	1
FONTAINEBLEAU	37
GONESSE	1 272
JEAN VERDIER	71
JUVISY	15
LAGNY	519
LARIBOISIERE	586
LONGJUMEAU	0
MEAUX	18
MELUN	153
MONTEREAU	0
MONTFERMEIL	29
MONTREUIL	2
NEMOURS	0
ORSAY	1
PROVINS	5
SAINT DENIS	989
SAINT LOUIS	1 682
VILLENEUVE	924
TOTAL	7 976

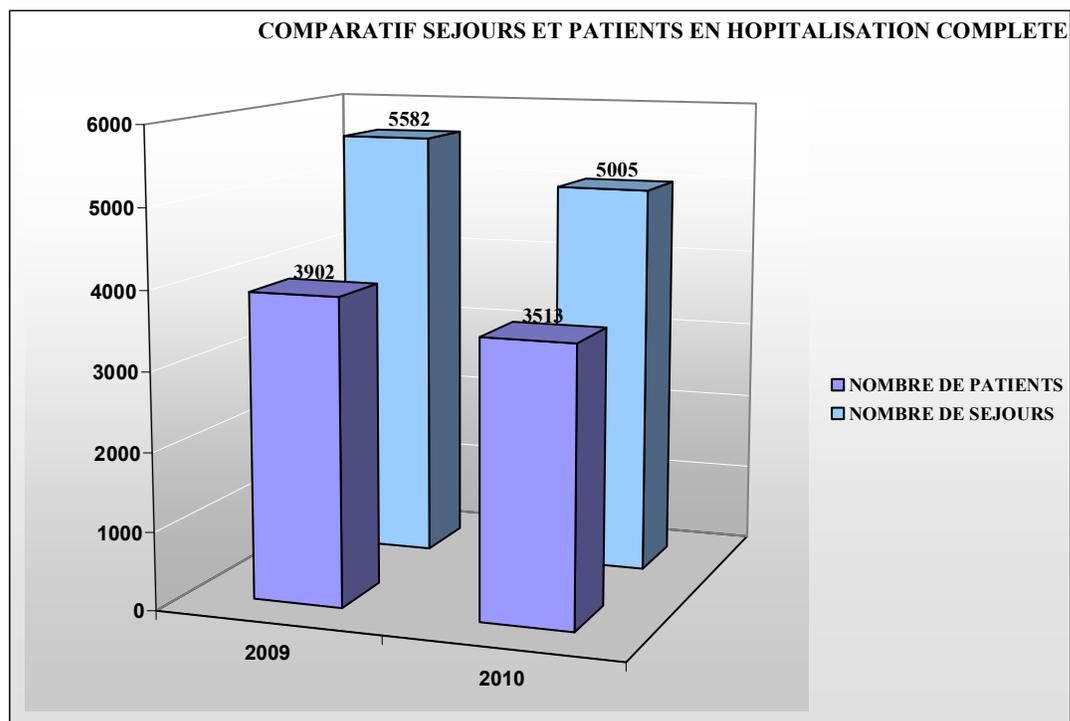
b) Répartition des HDJ par spécialité

Sur les 7 976 séjours d'hôpital de jour, 7 319 ont été répartis au sein de différents services. Il faut noter que 5 établissements n'ont pas communiqué leurs chiffres.

MALADIES INFECTIEUSES	3 129
MEDECINE	2 344
PNEUMOLOGIE	849
HEMATOLOGIE	416
IMMUNOPATHOLOGIE	136
PEDIATRIE	108
HEMODIALYSE	46
CENTRE DE DIAGNOSTIC	42
CHIRURGIE	41
GASTRO-ENTEROLOGIE	44
DERMATOLOGIE	32
CARDIO/PNEUMOLOGIE	36
ENDOCRINOLOGIE/DIABETO	28
GYNECOLOGIE/OBSTETRIQUE	24
ONCOLOGIE	11
RHUMATOLOGIE	9
OPHTALMOLOGIE	8
NEPHROLOGIE	5
UROLOGIE	5
TRANSFUSION	3
NEUROLOGIE	2

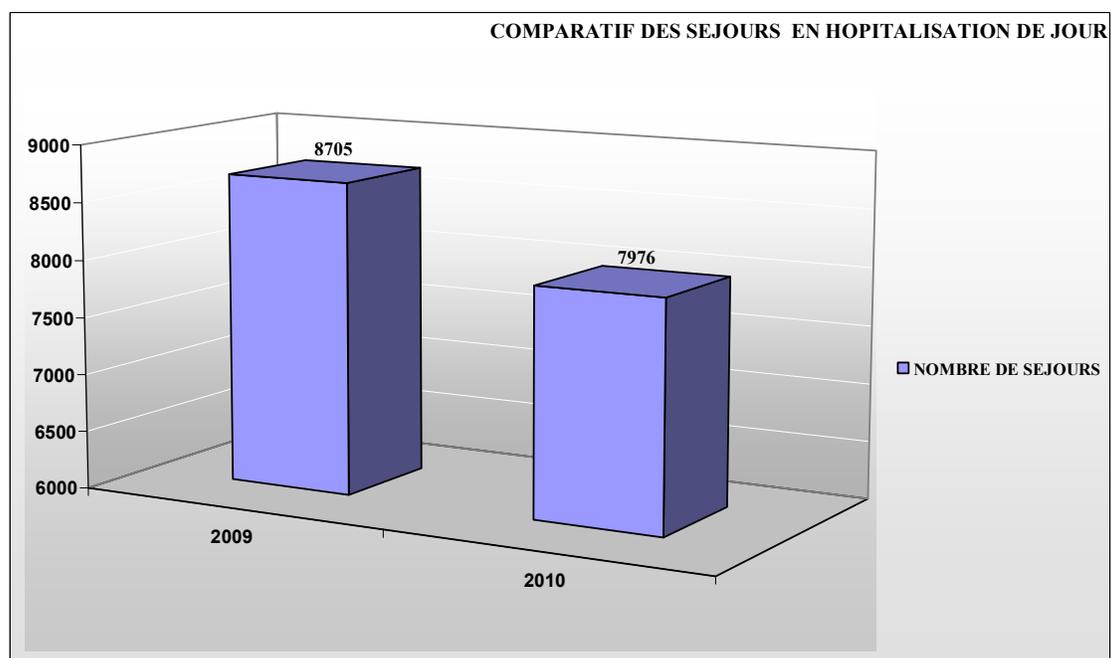
C) Comparaison entre des données PMSI de 2009 à 2010

a) Pour les hospitalisations complètes (> 24 heures)



Concernant les hospitalisations de plus de 24 h, le nombre de patients (-10 %) ainsi que le nombre de séjours (-10,3%) sont en baisse par rapport à 2009.

b) Pour les hospitalisations de jour (< 24 heures)



L'activité d'hospitalisation de jour a baissé de 8,4% avec 729 séjours de moins.

D) Activité Soins de Suite et Réadaptation du Centre Médical de Bligny

Activité Totale

	2009	2010
Nombre de patients	175	155
Nombre de séjours	222	224
DMS	42,82	42,49

Répartition des journées d'hospitalisation par service et par MMP pour 2010

MANIFESTATIONS MORBIDES PRINCIPALES	SAN1	SAN2	MISSR	HSSR	TOTAL
B200 - Maladie par VIH à l'origine d'une infection mycobactérienne	138	85	50		273
B202 - Maladie par VIH à l'origine d'infections à cytomégalovirus			4		4
B205 - Maladie par VIH à l'origine d'autres mycoses			3		3
B207 - Maladie par VIH à l'origine d'infections multiples		20			20
B210 - Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi			4		4
B212 - Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens				19	19
B213 - Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés			7		7
B220 - Maladie par VIH à l'origine d'une encéphalopathie			15		15
B222 - Maladie par VIH à l'origine d'un syndrome cachectique			9		9
B227 - Maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs			17		17
B231 - Maladie par VIH à l'origine d'adénopathies généralisées (persistantes)			8		8
B232 - Maladie par VIH à l'origine d'anomalies hématologiques et immunologiques, non classées ailleurs			83		83
B238 - Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés			47		47
B24+1 - SIDA avéré sans précision			201		201
TOTAL	138	105	201	19	710

Répartition des journées d'hospitalisation par services et par GMD pour 2010

GROUPES DE MORBIDITE DOMINANTES	SAN1 ¹	SAN2 ¹	MISSR ²	HSSR ³	TOTAL
01A20 - Autres affections de l'appareil respiratoire, âge supérieur à 18 ans	44	73	28		145
02A20 - Autres affections de l'appareil circulatoire, âge supérieur à 18 ans			1		1
11A02 - Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire et affections respiratoires liées au VIH, âge supérieur à 18 ans	21	13			34
12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans			5		5
12A22 - Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans			51		51
13A03 - Troubles dépressifs et anxieux, âge supérieur à 18 ans			5		5
13A20 - Autres troubles mentaux, âge supérieur à 18 ans			4		4
14A07 - Affections de la peau et tissus souscutanés, âge supérieur à 18 ans			11		11
15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans			13	19	32
15A02 - Maladies infectieuses et affections immuno-hématologiques, âge supérieur à 18 ans	72	17	245		334
16A02 - Arthropathies infectieuses et inflammatoires, ostéites et affections musculaires, âge supérieur à 18 ans			2		2
16A20 - Autres affections non traumatiques du système ostéoarticulaire, âge supérieur à 18 ans			13		13
17A04 - Fractures, entorses, luxations et lésions tendineuses traumatiques du poignet et de la main, âge supérieur à 18 ans			2		2
18A20 - Autres amputations, âge supérieur à 18 ans	1	2			3
20A22 - Soins palliatifs, âge supérieur à 18 ans			3		3
40A22 - Réadaptation et réinsertion, âge supérieur à 18 ans			13		13
50A06 - Dénutritions majeures, âge supérieur à 18 ans			8		8
60A22 - Autres affections, âge supérieur à 18 ans			44		44
TOTAL	138	105	448	19	710

¹ : Sanatorium

² : Maladies Infectieuses et Tropicales

³ : Hématologie

Indice de Valorisation de l'Activité (point IVA)

Définition IVA ou Indice de valorisation de l'activité :

Cet indice, construit à partir de certaines données du RHS (Résumé Hebdomadaire Standardisé), valorise en nombre de points/ jour de présence et nombre de points hebdomadaires RHS.

L'activité tient compte :

- du classement du RHS dans un GMD (Groupe De Morbidité Dominante)
- des dépendances physiques et relationnelles
- de la tranche d'âge
- de la finalité de prise en charge
- de l'indication ou non de certaines pathologies ou certains actes jugés valorisants
- de la prise en charge en hospitalisation complète ou partielle.

On peut alors additionner tous les RHS d'un même secteur pour calculer le total des points IVA : unité médicale, service, pôle, hôpital, région, nation.

L'indice IVA/jour est un indice de technicité. Il est actuellement à 1500 points IVA/jour au niveau national.

Le capital de points IVA produits sur une année intervient pour moduler l'allocation budgétaire à hauteur de 5% actuellement.

IVA 2010 :

SERVICES	IVA-Jour	Total IVA
23 - Sana 1 - SAN1	1 353	1 137 658
24 - Sana 2 - SAN2	1 325	929 567
30 - Mal.Infect. MISSR	1 590	4 156 410
35 - Hémato SSR - HSSR	1 088	127 827
Total	1 491	6 351 462

V ACTIVITE 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 2010, (FA 12 478) 2,4 % de patients ont été suivis dans des essais ANRS et 7,44 % de patients dans des cohortes ANRS.

Ainsi, parmi la file active 2010, au total 9,8 % des patients suivis ont pris part à des études ANRS.

2,1 % de patients ont participé à des études hors ANRS sur l'ensemble des patients suivis en 2010.

Par conséquent, on compte 12 % de patients inscrits dans des études sur l'ensemble de la file active 2010.

Pour information sur certains sites, les données de recherche clinique n'ont pas été communiquées faute de personnels TEC sur place. Par ailleurs, il faut noter que certains sites ne font pas de recherche clinique en raison de files actives trop restreintes.

5.1 Activité globale de recherche clinique

Le tableau ci-dessous présente un état des lieux de la recherche clinique dans les différents centres hospitaliers rattachés à la COREVIH Ile-de-France EST :

	Lariboisiere	St Denis	Sud Francilien	Meaux	Lagny	Coulommiers	St Louis MIT	St Louis MST	St Louis Immuno
FA 2010 par site	1 408	1 096	563	118	453	55	3 356	169	NC
Nombre d'essais et cohortes par site	17	14	9	0	5	0	37	2	NC
Nombre de patients suivis par site	178	168	47	0	25	0	647	14	NC
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2010	12,6%	15,3%	8,3%	0,0%	5,5%	0,0%	19,3%	8,3%	NC

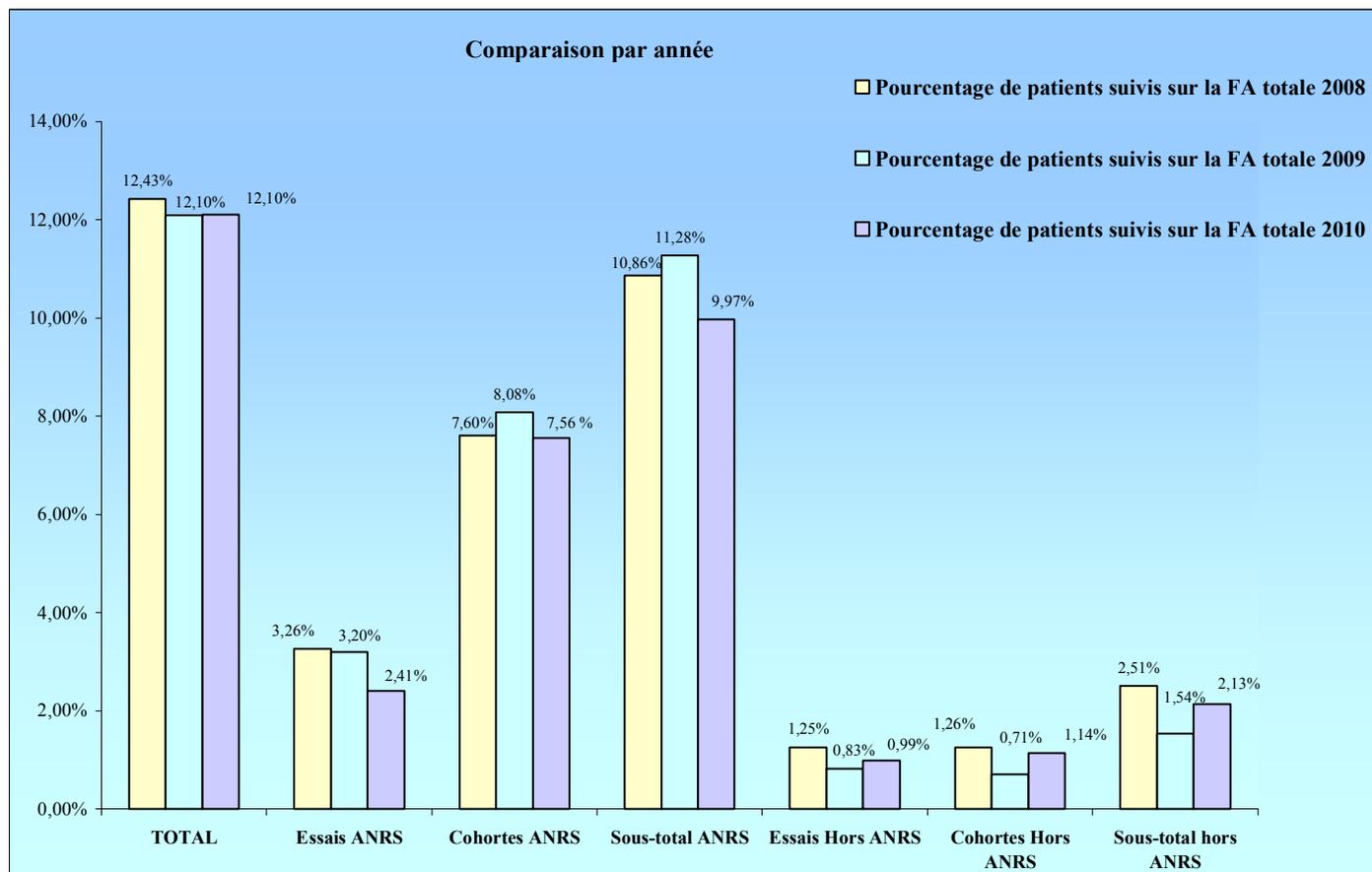
	Jean Verdier	Créteil	Fontainebleau	Bligny	Melun	Aulnay	Gonesse	Arpajon	Avicenne
FA 2010 par site	791	567	86	140	468	561	712	42	921
Nombre d'essais et cohortes par site	12	15	1	6	2	4	2	0	26
Nombre de patients suivis par site	56	64	6	23	28	23	18	0	273
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2010	7,1%	11,3%	7,0%	16,4%	6,0%	4,1%	2,5%	0,0%	29,6%

	Juvisy	Nemours	Montereau	Dourdan	Etampes	Montfermeil	Montreuil	Villeneuve	Longjumeau
FA 2010 par site	58	18	43	17	34	NC	NC	610	192
Nombre d'essais et cohortes par site	0	0	0	0	0	NC	NC	0	1
Nombre de patients suivis par site	0	0	0	0	0	NC	NC	0	1
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2010	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NC	NC	0,0%	0,5%

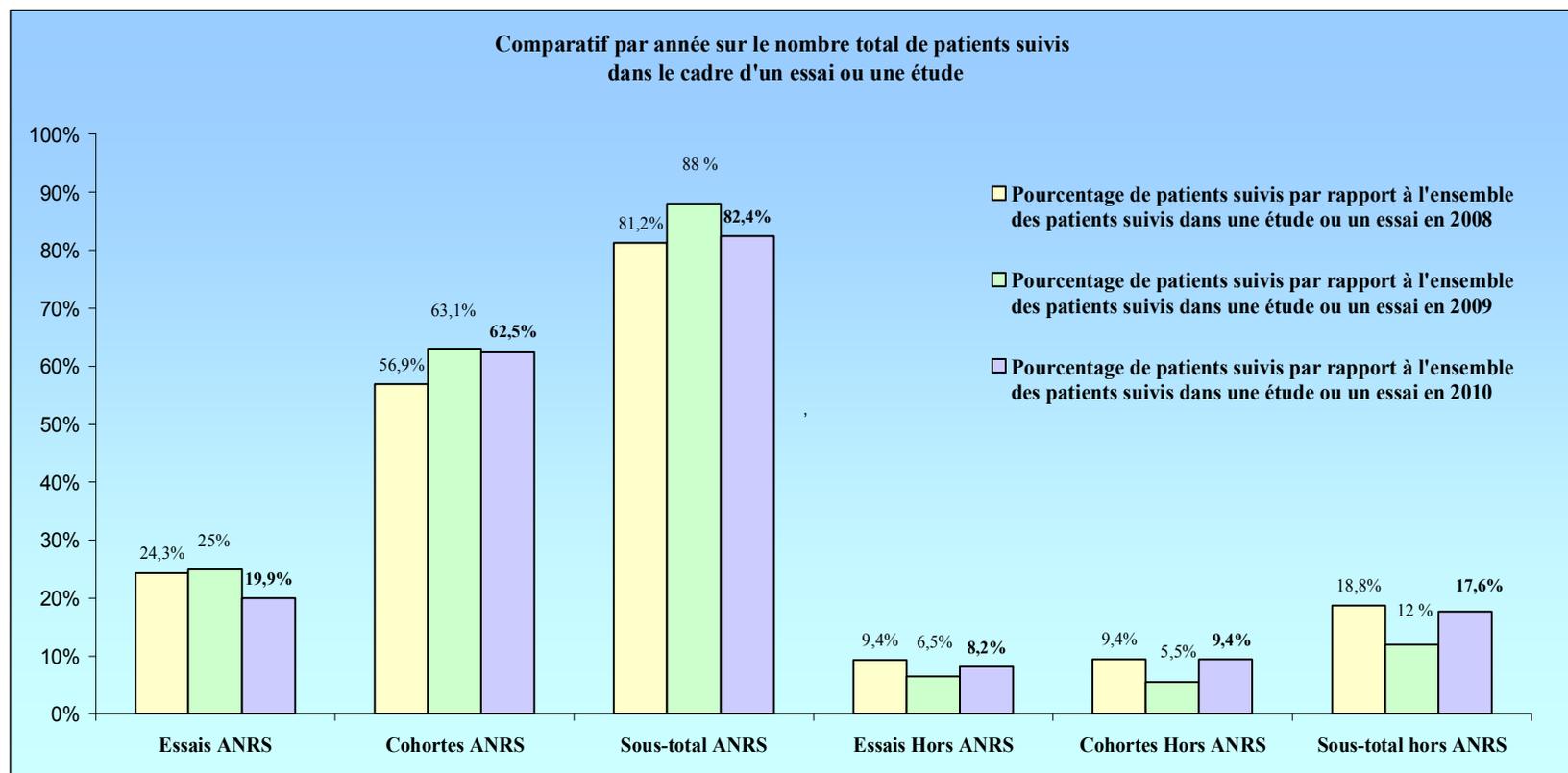
Comparaison 2008-2010 :

	DEMARCHES			Nombre de patients suivis		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Etudes en partenariat avec l'ANRS						
Essais	69	49	46	411	371	301
Cohortes	66	69	59	960	937	943
Sous Total ANRS	135	118	105	1 371	1 308	1 244
Etudes hors ANRS						
Essais	36	25	26	158	96	124
Cohortes	913	9	21	159	82	142
Sous Total hors ANRS	49	34	47	317	178	266
TOTAL	184	152	152	1 688	1 486	1 510

A) Comparaison du nombre de patients suivis dans des essais et/ou cohortes en 2008/2010



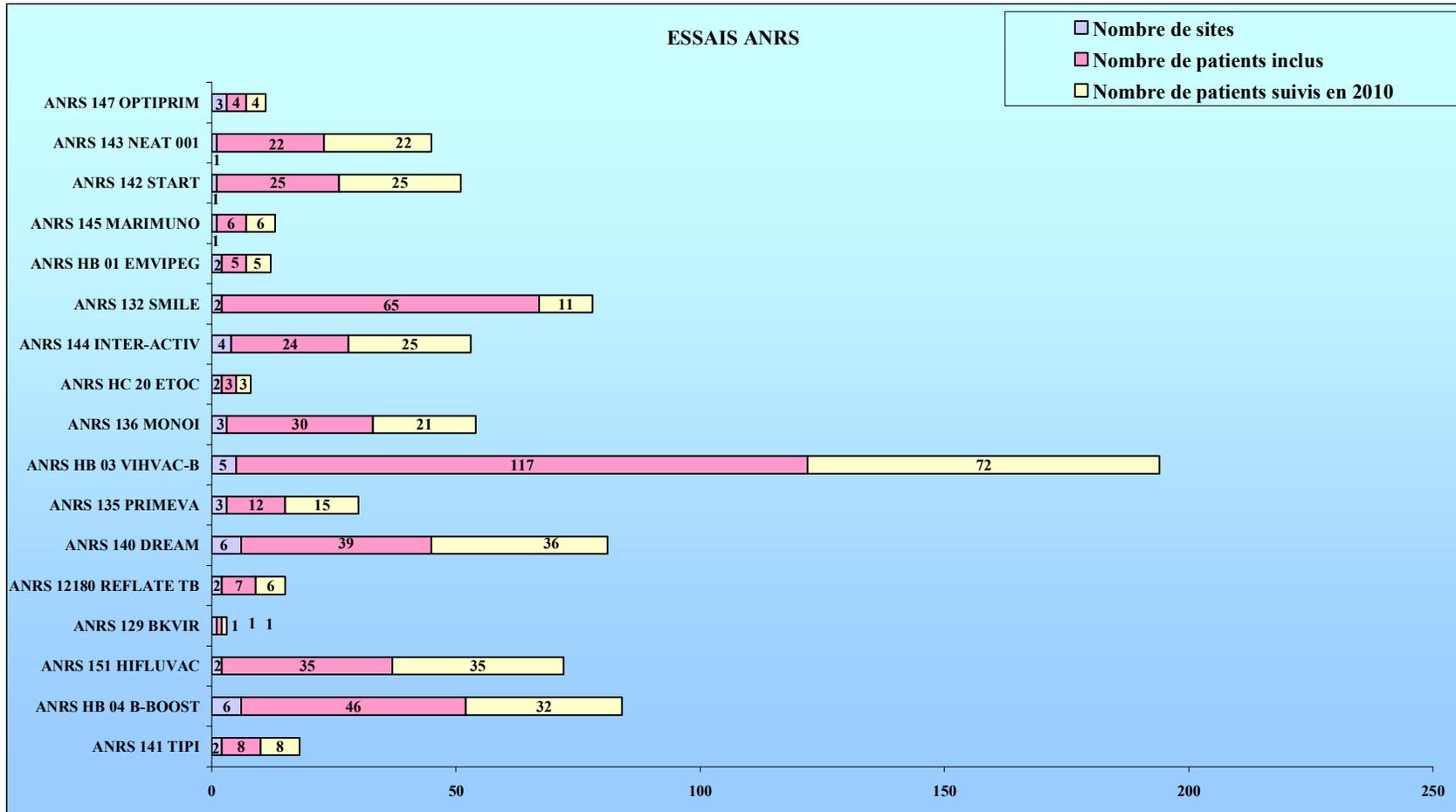
Au regard des files actives globales, le pourcentage de patients suivis dans une étude ou un essai est stable surtout ces deux dernières années (12,10 %). On constate une légère baisse de patients suivis dans le cadre des protocoles (essais et cohortes) de l'ANRS.



Dans l'ensemble, le nombre de patients suivis dans les essais ou études est plutôt stable. Toutefois, on remarque une légère baisse au niveau des essais ou cohortes de l'ANRS alors que ceux hors ANRS ont augmenté.

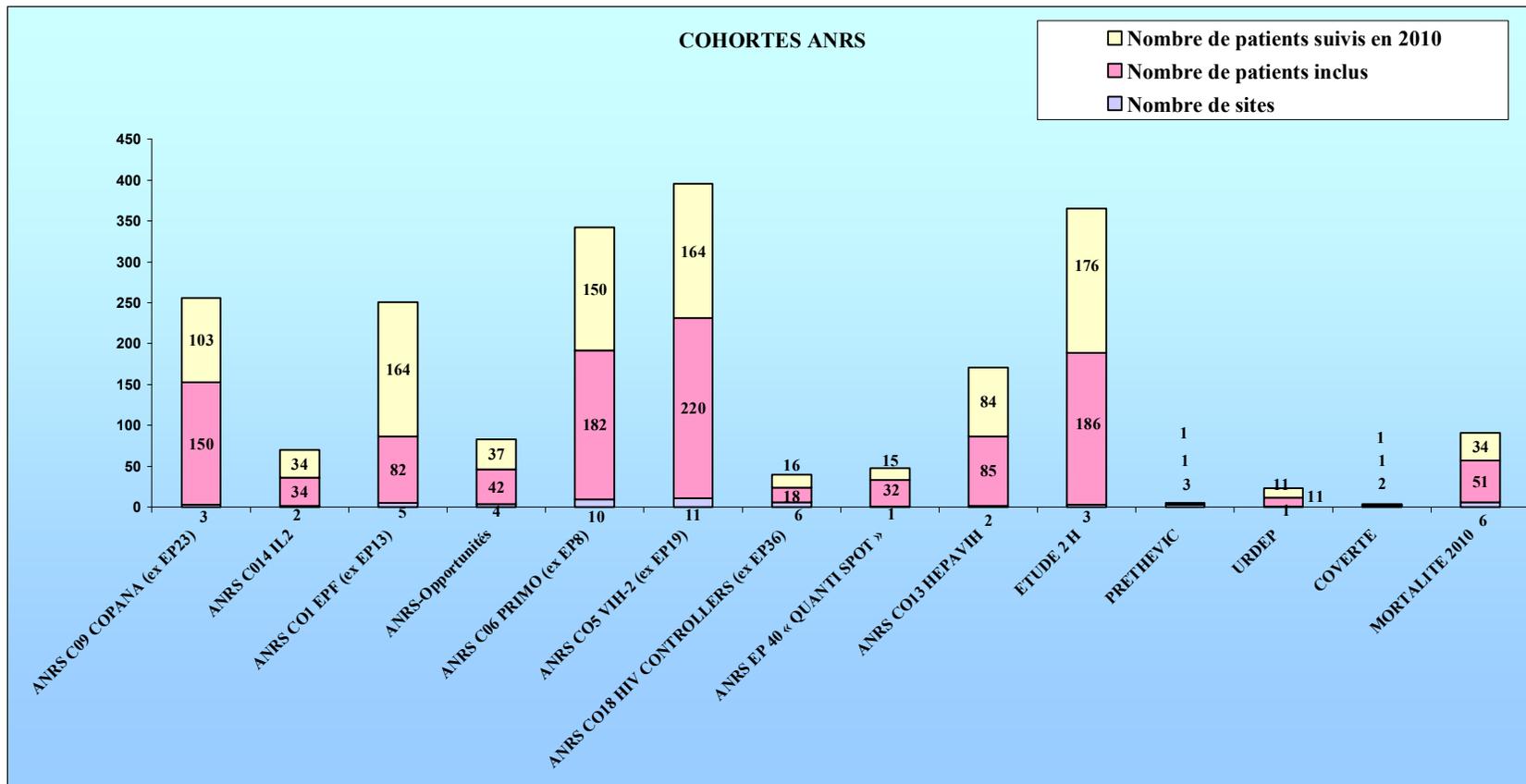
B) Activité de Recherche Clinique menée dans le cadre de l'ANRS

a) Essais



Au total, 46 essais ont été effectués dans le cadre de l'ANRS. Les essais VIHAC-B, SMILE et B-BOOST sont ceux qui ont été les plus « attractifs ».

b) Cohortes

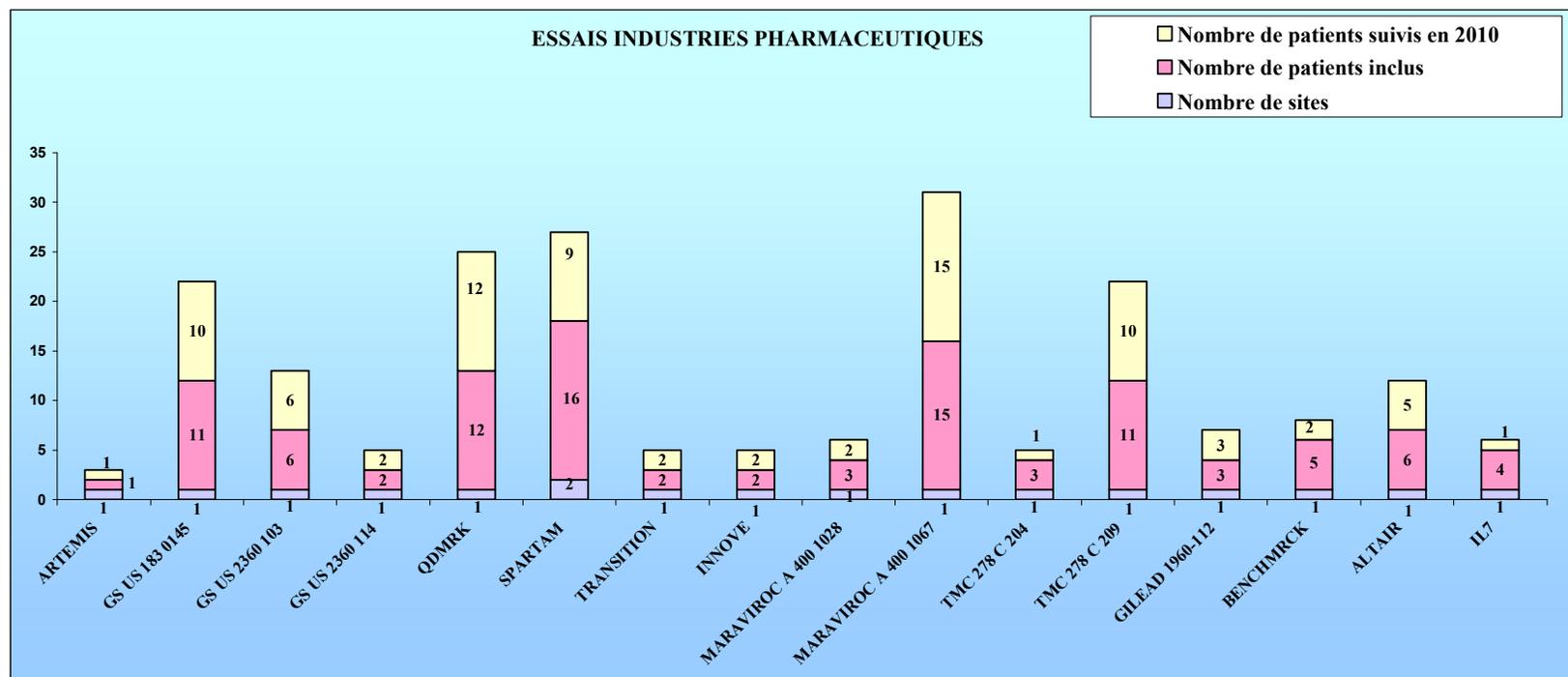


C) Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS

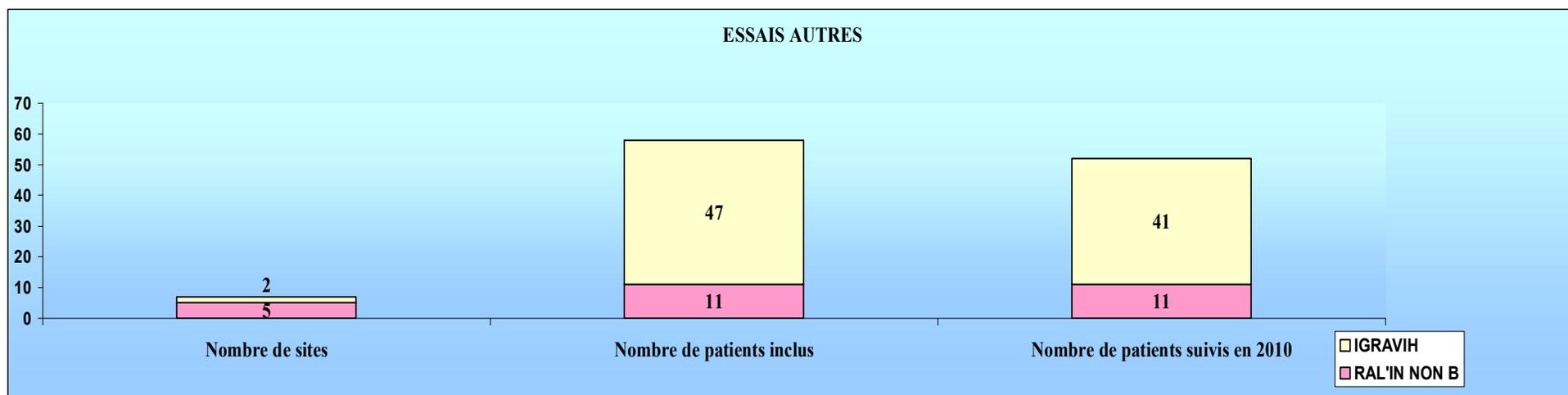
(Industrie pharmaceutique et autres c'est-à-dire à l'initiative des centres hospitaliers)

a) Essais

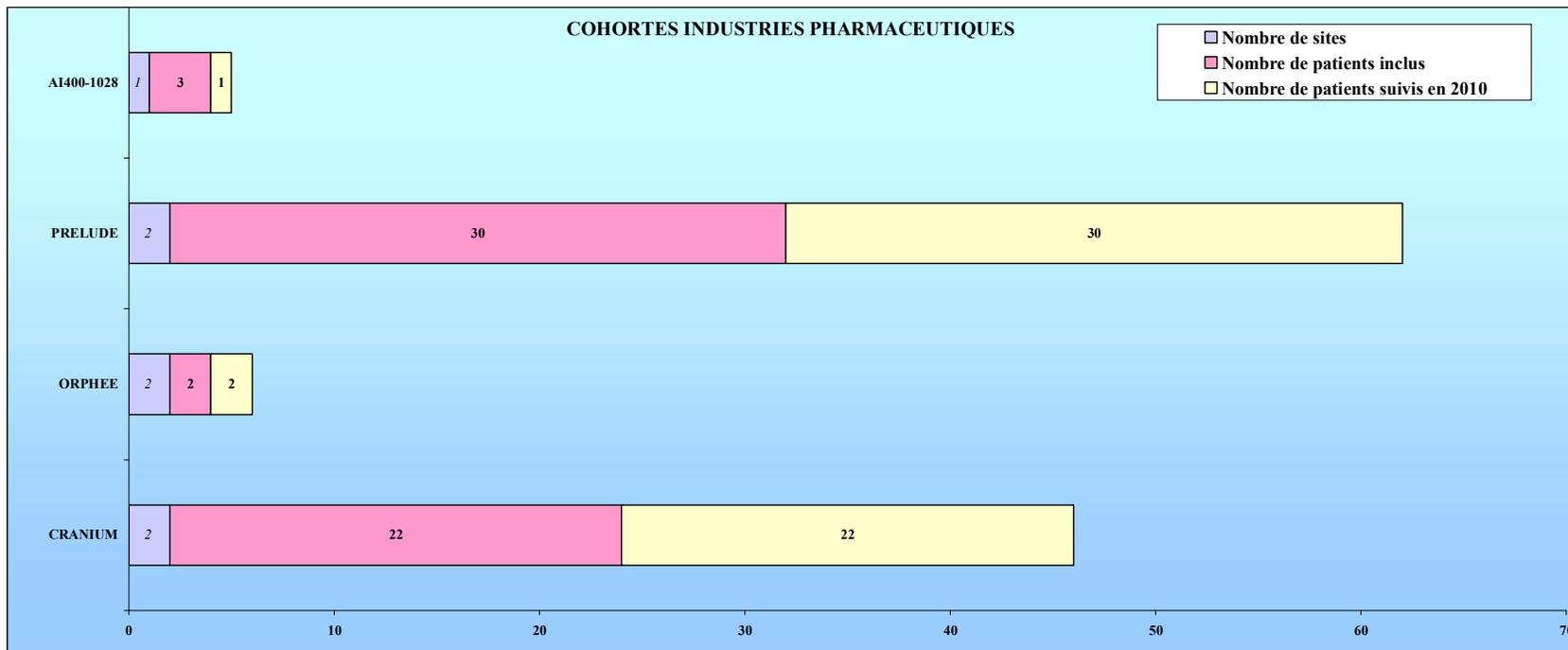
Concernant les essais menés par les industries pharmaceutiques, on remarque que peu d'établissements participent aux mêmes essais. Cependant, le nombre de patients suivis dans ces essais reste important.



En comparaison avec les essais initiés par l'« industrie pharmaceutique », les essais organisés d'une autre manière (autre que dans le cadre de l'ANRS) sont au nombre de 2 au total. On constate que peu de sites y ont participé mais qu'un nombre significatif de patients ont été inclus dans ces essais en 2010.

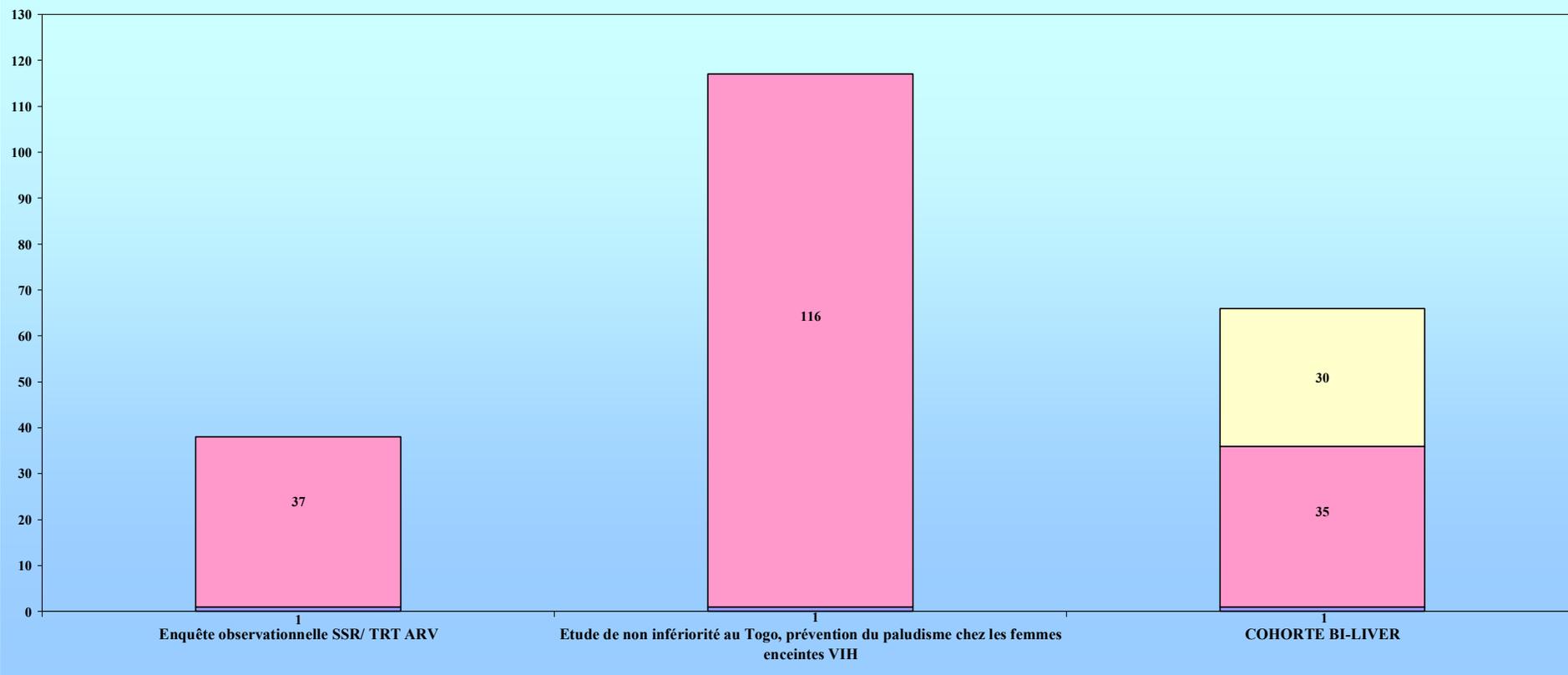


b) Cohortes



COHORTES AUTRES

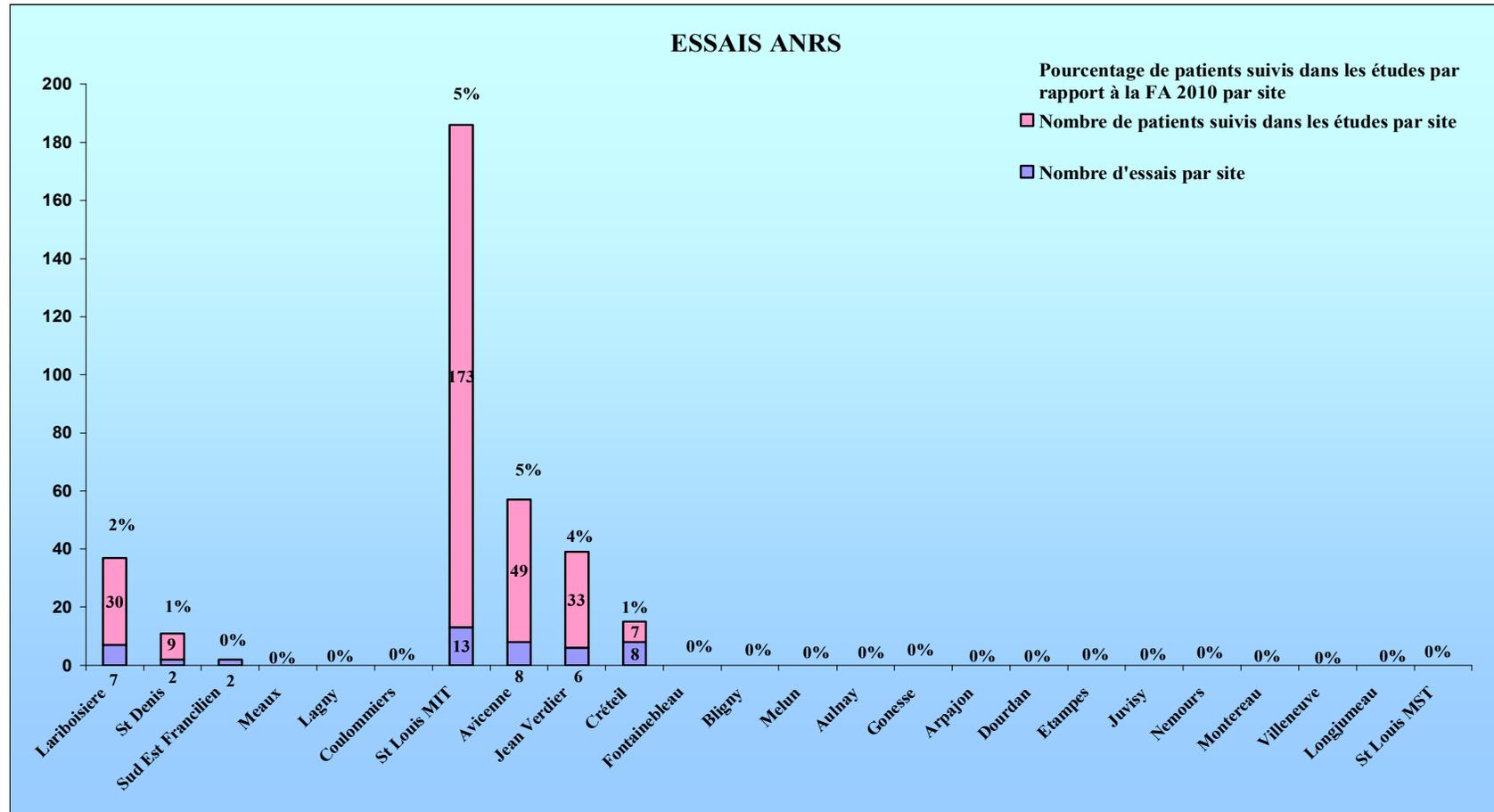
- Nombre de patients suivis en 2010
- Nombre de patients inclus
- Nombre de démarches



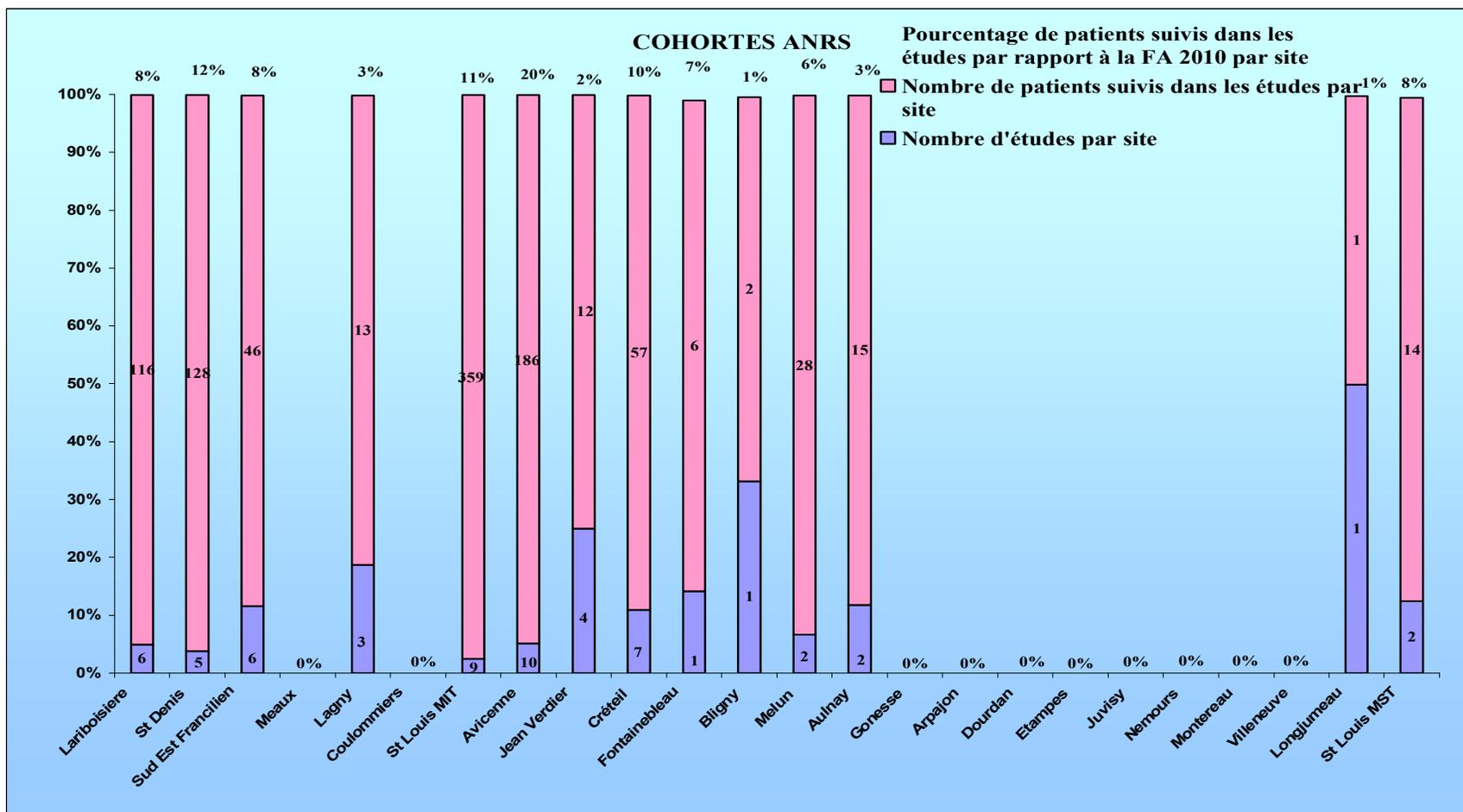
5.2 Analyse détaillée de la recherche clinique

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

a) Essais

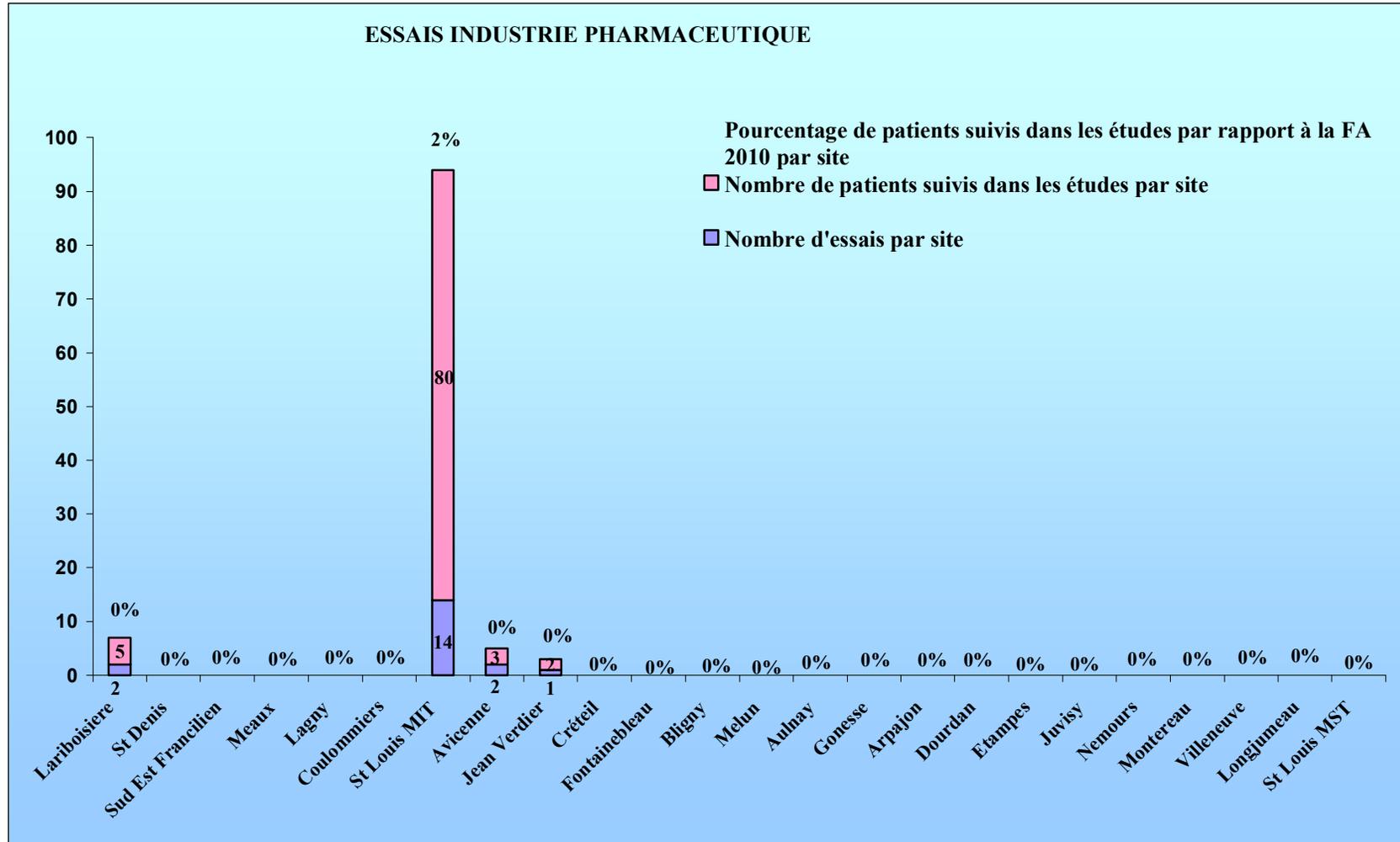


b) Cohortes

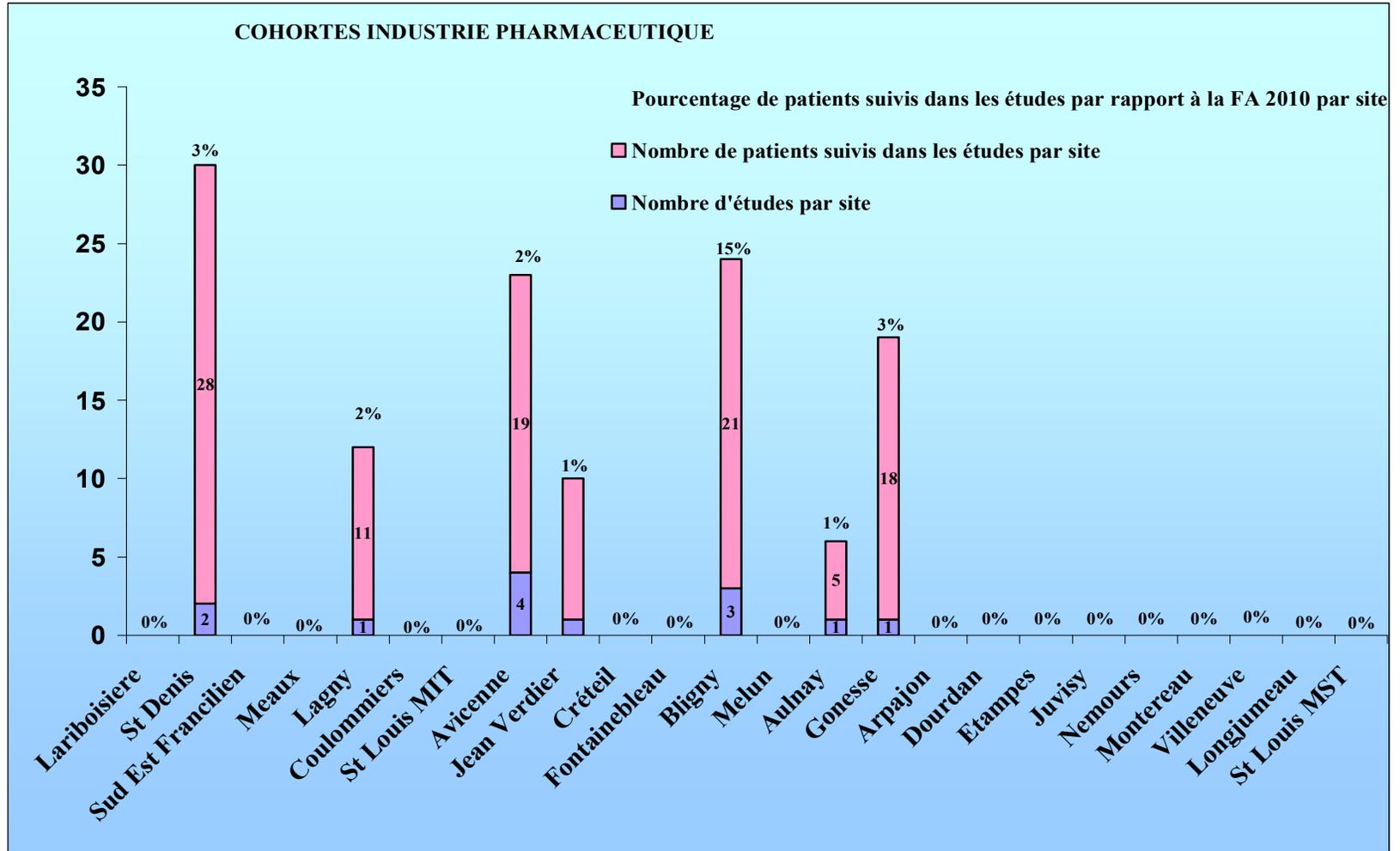


B / Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS : (Industrie Pharmaceutique)

a) Essais



b) Cohortes



VI FONCTIONNEMENT

6.1 Commissions et Groupes de Travail

A) Présentation générale des commissions

Objectifs :

La mission initiale 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 existantes dans le secteur VIH, dans leur thématique respective, sur l'ensemble du territoire couvert par la COREVIH.

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. Elles s'emploieront plus particulièrement à décliner les mesures du PNLS 2010-2014 à travers leurs projets.

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 de la COREVIH.

La représentativité des territoires, des institutions, des collègues ainsi que des catégories professionnelles est privilégiée autant que possible dans la composition des commissions.

Néanmoins, il faut noter que certaines commissions ne répondent pas aux critères de la multidisciplinarité faute de mobilisation des acteurs.

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...) et faire le lien avec les autres commissions pour mutualiser les travaux les cas échéants et éviter les redondances.

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

B) Présentation thématique des commissions

A la création de la COREVIH treize commissions, trois sous commissions et un groupe de travail avaient été mis en place. Un tableau récapitulatif des commissions et de leurs projets vous est présenté en **annexe n° 4**.

Commission « Addiction »

La commission Addiction pilotée par Etienne MATTER et Denis PEDOWSKA s'intéresse aux déclinaisons de la problématique VIH/hépatites chez les usagers de drogues. Les pilotes ont mis en œuvre un questionnaire destiné à dresser un état des lieux relatif à la prise en charge et à l'accompagnement des usagers de drogues sur le territoire de la COREVIH IDF Est. Ce questionnaire sera diffusé et analysé au cours de l'année 2011. Les résultats permettront à la commission d'évaluer et de réactualiser les objectifs de travail.

Commission « Migrants »

La commission dédiée aux migrants, pilotée par le Dr Olivier PATEY, s'est réunie début 2010 et a organisé deux événements au cours de l'année.

En effet, la commission s'était fixée les objectifs suivants arrêtés par les membres du groupe et actés par une lettre de mission établie par le Bureau de la COREVIH:

Les membres de la commission souhaiteraient disposer d'éléments concernant les pays d'origine des patients afin de pouvoir dresser une **cartographie** et d'engager les actions adéquates. A la mise en place de la COREVIH, les membres du collège 3 (représentants des usagers et membres du secteur associatif) s'étaient opposés à ce que ce type de données apparaissent dans le rapport d'activité. Si des travaux devaient être entrepris en ce sens par les TEC, il faudrait que la commission vienne présenter son projet au Comité, lors d'une séance plénière, afin d'obtenir un avis favorable.

Une enquête sur le recours à l'**interprétariat** via Inter Service Migrant (ISM), avait été réalisée et avait montré une faible utilisation de ce service sur le territoire. Il est prévu courant 2011 de promouvoir, ou tout du moins, de faire connaître cette structure ressource en adressant un courrier aux centres de prise en charge et de faire une enquête six mois après pour analyser l'évolution des pratiques.

Un autre axe concernant les **perdus de vue** a été dégagé dans la mesure où l'on dispose de peu de données et que le nombre de patients perdus de vue a augmenté. Il s'agirait d'établir un recensement puis d'envisager de mettre en place, au sein des structures, une procédure pour éviter une rupture totale de suivi. Cette thématique qui ne concerne pas seulement les personnes migrantes mériterait d'être traitée de manière plus globale, c'est pourquoi il a été décidé qu'un groupe de travail ad hoc serait constitué en 2011.

L'élaboration d'un **annuaire Nord/Sud** sur les points d'accès aux soins a également été évoquée, de même l'amélioration de l'accès au dépistage a été identifiée mais l'angle d'approche qui doit être global et non focalisé sur le VIH n'a pas été arrêté. Il faudrait sans doute aborder la question du dépistage en l'intégrant aux projets de santé migrants.

Afin de discuter de ces différents projets et de leur faisabilité, les membres de la commission ont organisé une **réunion avec les associations spécialisées** dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes migrantes. Celle-ci s'est déroulée le 13 avril 2010 et a réuni huit associations.

A leur demande, une **matinée consacrée aux droits relatifs aux soins et aux séjours des malades étrangers** a été organisée le 25 juin 2010 dans les locaux du CRIPS IDF.

Cette rencontre a connu un franc succès en accueillant 35 personnes de différents profils (médecins, assistantes sociales, médiateurs, PASS...) qui ont échangé sur les principes de protection et les difficultés d'application avec des intervenants du COMEDE (B. DEMAGNY) et de la CIMADE (M. HENOCQ).

Commission « Psy »

La commission PSY, pilotée par le Dr Roser CEINOS, s'est réunie pour la première fois le 20 janvier 2009. Durant l'année 2010, la commission s'est réunie à 4 reprises avec un nombre de participants oscillant entre 4 et 8. Pour la plupart, il s'agit de psychologues hospitalières mais aussi une psychiatre, un médecin de SOS Habitat et Soins, des infirmières, une coordinatrice régionale de Sida Info Service (SIS) et un représentant du collège 3.

Cette année, la commission a poursuivi les projets mis en place en 2009 :

1°) Réalisation du 2^{ème} atelier d'échanges cliniques qui a réuni 32 personnes. Trois thèmes ont été abordés à travers les cas cliniques suivants :

« L'hôpital général doit-il répondre à toutes les demandes ? »

Dr Diane PONSCARME et Martine SHINDO, psychologue – service des maladies infectieuses – CHU Saint-Louis

« Psy et somaticiens : une collaboration impossible ? »

Dr Eric FROGUEL, Chef de Service d'Infectiologie – CH Lagny-Marne la Vallée et Anne LECLANCHER, psychologue coordinatrice Réseau AVIH.

« Refus de soins : refus ou défi ? »

Dr Dieudonné EKOUKOU, gynécologue CH Delafontaine et Aude BRESSON, psychologue CSSP/équipe PSY-VIH CH Delafontaine

Les deux premières présentations ont permis de pointer les difficultés de prise en charge des patients séropositifs présentant une pathologie psychiatrique en l'absence de possibilité d'un suivi psychiatrique au sein même de l'hôpital général prenant en charge le patient pour sa pathologie liée au VIH. En effet, quand les patients sont adressés sur le secteur psychiatrique, se pose un problème de cloisonnement des pratiques.

Le manque de psychiatre dans les hôpitaux généraux empêche la collaboration avec les équipes prenant en charge les PVVIH ce qui est regrettable et induit des difficultés dans les prises en charge.

La 3^{ème} présentation a permis aux participants de réfléchir sur les situations complexes de refus de traitement pendant la grossesse avec notamment le risque de transmission que cela induit. Il a été constaté que ces situations déstabilisent très fortement les équipes soignantes.

Ces ateliers d'échanges cliniques semblent répondre à une attente des professionnels et des acteurs du réseau associatif. Cette réflexion pluridisciplinaire peut, en retour, éclairer et améliorer les pratiques.

2°) Annuaire des intervenants psy/VIH : ce projet est toujours considéré comme très intéressant par la commission pour faciliter l'orientation des patients vers les soignants psy. Cependant, tout au long de l'année les restructurations hospitalières très importantes sur notre COREVIH ont incité les membres de la commission à reporter ce projet pour une finalisation en 2011.

3°) Communication Inter-COREVIH : nous avons pensé qu'il serait intéressant de prendre contact avec d'autres commissions psy des COREVIH. Seules deux autres commissions psy sont répertoriées au niveau national : COREVIH Franche-Comté (Besançon) et COREVIH IDF Ouest (A. Paré). Malgré un premier contact, il n'y a pour le moment pas eu de suite de leur part.

4°) La commission PSY a présenté un projet de recherche clinique sur la prescription des psychotropes chez les PVVIH. Ce projet a été jugé intéressant par la commission Recherche Clinique car « pouvant permettre de générer des données nouvelles sur un sujet encore mal connu ».

Les résultats de cette recherche devraient permettre la mise en place de réponses adaptées (formation des prescripteurs, amélioration du réseau avec les spécialistes) et également de contribuer à éviter la banalisation de la prescription des psychotropes comme réponse aux situations de détresse psychique.

Les travaux de la commission se poursuivront en 2011. Nous espérons que de nouvelles personnes viendront enrichir nos réunions, nos réflexions et nos projets.

LES PROJETS 2011 :

- Réalisation de recueils des interventions et des échanges lors des ateliers de cas cliniques.
- Parution du carnet d'adresses des intervenants PSY/VIH de la COREVIH Ile-de-France Est.
- Poursuite des ateliers d'échanges cliniques : prochaines dates : 08 février et 11 octobre 2011.
- Mise en place de l'enquête sur la prescription des psychotropes pour les PVVIH.

Commission « Education Thérapeutique et Prévention » (ETP)

Après avoir constaté que peu de services étaient engagés dans une démarche d'éducation thérapeutique tout du moins de manière formalisée et qu'il y avait beaucoup d'idées reçues sur l'ETP et sa pratique, cette commission, pilotée par Antonio Ugidos, s'est consacrée depuis sa création à mettre en place une formation en éducation thérapeutique, en partenariat avec le CRIPS IDF.

Il s'agissait 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.

Après une réunion d'information présentant les concepts et les grandes lignes de la formation, quatre dossiers répondant aux critères requis et s'inscrivant dans le cadre réglementaire (approche globale et pluridisciplinaire, suivi de l'intégralité de la formation soit 40h, pratique de l'ETP, évaluation) ont été sélectionnés :

- CH Aulnay (6 personnes)
- CHU Avicenne (7 personnes)
- CH Lagny sur Marne (4 personnes)
- CHU Saint Louis (7 personnes)

La formation s'est déroulée en plusieurs séquences et a fait intervenir de nombreux formateurs.

Joana Houdayer, coordinatrice du pôle formation du CRIPS IDF, s'est chargée de l'animation tout au long de la formation et a ainsi fait le lien pour cette première session dont le programme est détaillé en **annexe n° 5**.

Evaluation de la formation

Au total, 23 personnes ont suivi cette formation, le public était très hétérogène et attestait du caractère pluridisciplinaire à intégrer dans toutes démarches d'ETP :

Aides soignantes	2
Associatifs	2
Diététiciennes	2
Infirmier(es)	6
Médecins	5
Pharmaciens	2
Psychologues	2
TEC	2

A l'issue des 6 jours, une évaluation orale sous forme de tour de table a eu lieu, ensuite les stagiaires se sont soumis à une évaluation écrite détaillée. Voici le ressenti global de 14 stagiaires :

Satisfait	7
Plutôt satisfait	4
Moyennement satisfait/mitigé	3

En termes d'utilité professionnelle les résultats à la question « Pensez-vous pouvoir utiliser certains acquis dans votre travail à court terme ? » sont les suivants :

Oui	7
Oui, pour la rédaction du programme	2
Déjà utilisé	1
Un peu	1
Je ne pense pas	1
Absence de réponse	2

En fonction des différents items voici la moyenne des notes recueillies:

- Qualité générale du stage :	3,2/4
- Déroulement du stage : conditions matérielles	3,5/4
- Déroulement du stage : gestion du temps	3,6/4
- Qualité de l'animation :	3,2/4
- Échanges entre les stagiaires :	3,3/4
- Intérêt pour votre activité professionnelle	2,7/4
- Apport d'informations et de connaissances	3,2/4
- Adéquation du contenu à vos attentes :	2,6/4

Globalement, les notes sont plutôt satisfaisantes. Au regard des réactions recueillies, les notes légèrement au-dessus de la moyenne peuvent s'interpréter par le fait, qu'afin de répondre au critère de la multidisciplinarité, certains participants n'étaient pas demandeurs de cette formation.

Comme vous le constaterez avec le tableau ci-dessous, il y a eu une légère diminution du taux de participation au fil des 6 journées de formation.

En termes de présence, globalement deux sites ont tenu leur engagement (Saint Louis et Lagny sur Marne).

	17 mai	18 mai	7 juin	8 juin	21 juin	20 sept
Personnes présentes	23	21	19	21	18	16

Afin d'atteindre le quota de 40 heures requis par les textes, une dernière journée de formation à distance se déroulera le 26 mai 2011.

Cette journée sera l'occasion de s'interroger sur les événements qui se sont déroulés au cours des derniers mois (rédaction d'un programme pour validation par l'ARS, pratique de séances) mais aussi de revenir sur des thèmes que les stagiaires auront choisi en fonction des besoins ressentis.

Les besoins en formation ne faisant pas de doute, la commission souhaite pérenniser ces sessions de formation en ETP même si des ajustements en termes de financement, de recrutement des stagiaires et de contenu seront à envisager.

En 2011, la commission souhaite désormais se pencher sur le volet prévention en s'orientant vers la « prévention positive » c'est à-dire celle en direction des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Commissions « Soins »

La Commission Soins a connu un fonctionnement aléatoire selon les sous-commissions qui sont segmentées en termes de prise en charge.

Ainsi, les sous-commissions « Enfants/Adolescents », « Hôpital de jour » et « Neurologie » n'ont jamais été initiées, elles ne seront donc pas maintenues.

En 2010, suite au redécoupage de 2009, la **Sous-Commission « Foie et VIH »** a vu le jour et est pilotée par les Dr Caroline LASCoux-COMBE et Valérie GARRAIT. La première réunion a eu lieu en juin 2010 à laquelle 10 participants étaient présents.

Une deuxième réunion a eu lieu le 27 janvier 2011. La participation ne peut être étudiée du fait qu'une seule réunion officielle ait eu lieu, la date de la deuxième réunion ayant dû être déplacée en raison des intempéries.

Lors de la première réunion quatre axes de travail ont été dégagés.

1-Elaboration d'annuaires

- a) liste des sites prenant en charge les PBH
- b) liste des sites effectuant les fibroscans
- c) coordonnées des hépatologues prenant en charge des PVVIH/ des centres de greffes.

2- Elaboration de documents de bonnes pratiques

- a) Indication et interprétation des examens évaluant la fibrose
- b) Prise en charge des patients cirrhotiques

3-Mise en place d'un staff trimestriel animé à tour de rôle par un binôme d'hépatologues de la COREVIH, de façon à limiter le nombre de réunion par an

4- Mise en place d'études propres à la COREVIH

Etat de l'avancement des projets :

- La liste des établissements ayant un fibroscan à disposition a été réalisée (cf tableau **annexe n° 6**)
- Les coordonnées des hépatologues de la COREVIH ont été recensées
- Le document sur la prise en charge des cirrhotiques est en cours d'élaboration (Dr ROSA et Dr FROGUEL)
- La mise en place du staff est difficile compte tenu de l'étendue géographique de la COREVIH, la vidéoconférence pourrait être une des solutions.

Des données concernant les deux essais de traitement avec une antiprotéase (TelapreVIH et BocepreVIH) qui vont prochainement être mis en place par l'ANRS ont été communiqués aux membres du groupe.

La **Sous-Commission « Femmes et VIH »** fonctionne à un bon rythme depuis sa première réunion du 20 novembre 2008. Elle compte 15 membres inscrits et est pilotée par les Dr Marie-Aude KHUONG, infectiologue et le Pr Nicole CIRARU-VIGNERON gynécologue accoucheur.

La constitution de la sous-commission « Femmes et VIH » est en adéquation avec les missions transversales affectées aux COREVIH puisque sur les 15 personnes inscrites, les 4 collèges sont représentés :

- collège 1 établissements de santé : 8 inscrits
- collège 2 professionnels de santé : 2 inscrits
- collège 3 malades et usagers : 1 inscrit
- collège 4 personnalités qualifiées : 3 inscrits

Sa composition est aussi très variée et répond aux exigences de multidisciplinarité.

- 8 médecins inscrits dont 5 infectiologues, 2 gynécologues-accoucheurs, 1 médecin d'ACT
- 2 psychologues
- 1 cadre sage femme
- 2 techniciennes d'études cliniques
- 1 chef de service ACT
- 1 représentant associatif

La sous-commission « Femmes et VIH » s'est réunie trois fois en 2010 (12 janvier, 4 mai et 5 octobre).

La fréquentation lors de chacune de ces réunions est très satisfaisante puisqu'en moyenne 9 personnes étaient présentes ou excusées dont un « noyau dur » de 8 personnes.

Au cours de l'année 2010, la sous-commission a finalisé 3 projets mais a dû en abandonner un 4^{ème}

1. Enquête sur les **besoins en ACT** : enquête rétrospective effectuée à l'hôpital Delafontaine par Marie-Aude KHUONG et Bernadette TAVERNE sur les années 2008 et 2009.

Résultat : Déficit cruel en places d'ACT : à peine 1 demande sur 10 a pu être satisfaite

2. Enquête sur **l'utilisation d'Internet** par les femmes de la COREVIH vivant avec le VIH: réalisée par Hélène FREUNDLICH à partir de 57 questionnaires anonymes remis de manière aléatoire.

Résultat : Dès lors que les femmes savent lire, leur accès à internet est très élevé. En effet 50 % des femmes de la COREVIH utilisent couramment Internet et 80 % d'entre elles depuis leur domicile. Forte de ces chiffres, l'association Sida info service (SIS) se propose de construire un site internet dédié aux femmes.

3. Enquête sur **l'observance aux traitements ARV des femmes enceintes** : Enquête rétrospective coordonnée par Nicole CIRARU-VIGNERON.

Objectifs :

- connaître les difficultés de l'observance
- leurs causes
- les éventuelles conséquences sur la transmission materno-fœtale du VIH

Elle a été effectuée sur 60 dossiers provenant de 3 maternités (Lariboisière à Paris, Delafontaine à Saint Denis, Sud francilien à Corbeil/Evry). Deux périodes ont été comparées : 2004 et 2009 (30 patientes dans chaque groupe, toutes traitées par une trithérapie comportant une IP).

En plus du recueil classique des données médicales (infectieuses, obstétricales et pédiatriques), une part importante a été réservée aux données socio-économiques (précarité, niveau socio-culturel, etc...)

L'ensemble des données ayant été saisies fin 2010, l'analyse est prévue pour le 1^{er} semestre 2011.

4. Enquête sur **l'intervention des psychologues chez les femmes enceintes VIH** dans les services d'obstétrique et les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Elle est coordonnée par Josiane PHALIP LE BESNERAIS. Malgré toute l'énergie déployée par Josiane et ses relances répétées, seuls 4 questionnaires ont été retournés, ce projet a dû malheureusement être abandonné faute de participation.

Au cours de l'année 2010, la sous-commission a initié 2 nouveaux projets :

- 1. Image du corps chez les femmes VIH** : proposé par Hélène FREUNDLICH
- 2. Annonce de la maladie maternelle aux enfants/ adolescents séronégatifs nés de mères séropositives.**
Cette enquête est menée à partir d'un questionnaire élaboré par Marie-Aude KHUONG et Josiane PHALIP LE BESNERAIS. Au 5 octobre 2010, 45 questionnaires étaient déjà complétés et les résultats préliminaires suivants ressortaient : seulement 25 % des femmes avaient informé leurs enfants de leur séropositivité. Cette analyse sera achevée au cours du premier semestre 2011.

Commission Recherche Clinique

La commission de Recherche Clinique de la COREVIH, pilotée par le Pr Jean-Michel MOLINA, s'est réunie à trois reprises en 2010. Les réunions rassemblent en moyenne une dizaine de personnes.

Compte tenu du déploiement du dossier patient informatisé e-Nadis® sur la majeure partie du territoire de la COREVIH IDF Est, la commission a réfléchi à de nouveaux projets concernant la recherche clinique. Dès le début de l'année, un appel à projets a donc été lancé à l'ensemble des acteurs de la COREVIH. Trois projets ont été retenus sur les neuf reçus. Il s'agit des projets suivants :

- Etude prospective du statut sérologique (VIH, VHB, VHC) des conjoints stables des partenaires infecté(e)s par le VIH.
- Recherche et Action de dépistage sur tout le territoire de la COREVIH. Il s'agit de mobiliser les médecins de l'ensemble des services d'hospitalisation des 28 hôpitaux de la COREVIH, afin qu'ils proposent, à l'occasion d'un prélèvement, des dépistages au VIH aux patients entrants, pendant une période donnée.
- Evaluation de la prescription de psychotropes chez les personnes infectées par le VIH (prévalence et nature des traitements).

Ces trois projets vont être proposés à l'ensemble des centres hospitaliers de la COREVIH IDF Est et devraient être réalisés au cours de l'année 2011. Ces thématiques concernent également respectivement les commissions « Foie », « Dépistage » et « Psy » avec lesquelles il sera nécessaire d'échanger pour leur mise en œuvre.

En fonction de l'avancement de ces actions, un projet relatif aux patients perdus de vue pourra également être initié. Ce dernier consisterait à analyser prospectivement la prévalence et l'incidence ainsi que les déterminants chez les patients perdus de vue.

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 2010 : le 26 mai et le 28 octobre.

Il est constaté, depuis le début du fonctionnement de cette commission, une démotivation importante de ses membres avec une diminution importante de la participation aux réunions proposées. Le contexte actuel de mise en place de la Loi HPST avec, notamment, le regroupement des hôpitaux, en particulier au sein de ceux de l'AP-HP, avec les incertitudes qui l'accompagnent, en est peut-être la cause majeure. En effet, les incertitudes auxquelles sont confrontées les différentes équipes hospitalières, ont tendance à minimiser l'intérêt des personnes aux travaux de la communauté hospitalière, notamment pour ce qui concerne les politiques de regroupements de laboratoires de dosage des médicaments.

En dépit de ces « défections », la commission a poursuivi ses travaux. Les réunions ont porté essentiellement sur deux sujets :

- Evaluation de la prise en charge des AES professionnels
- Pharmacovigilance et traitement ARV.

1- Evaluation de la prise en charge des AES professionnels

Michelle MACAUX (C.S.I. Service des Maladies Infectieuses, hôpital Saint-Louis) a réalisé une enquête concernant les modalités de prise en charge des AES professionnels sur les hôpitaux de la COREVIH IDF Est. Deux relances ont été faites pour inciter les hôpitaux à répondre. 13 hôpitaux sur 27 ont répondu à l'enquête. Les questionnaires ont été adressés aux Directeurs des soins de chacun des hôpitaux (hors CH Orsay) (48 %). L'enquête portait sur les modalités d'information des personnels hospitaliers en cas d'AES professionnels, les procédures de prise en charge des victimes d'AES professionnels, l'existence ou non d'une personne référente concernant la prise en charge des AES professionnels et, enfin, la (les) structure(s) hospitalière(s) d'accès aux médicaments ARV. Les résultats de l'enquête sont disponibles en **annexe n° 7**.

Les membres de la commission pensent qu'une information concernant la prise en charge des AES professionnels à destination des hôpitaux qui n'ont pas répondu à cette enquête est peut-être à mettre en place si l'on suppose que l'absence de réponse signifie qu'il n'existe aucune prise en charge ou procédure. En outre, une information lors de journées d'accueil des nouveaux arrivants dans un hôpital pourrait être mise en place.

2- Pharmacovigilance et ARV

Les quatre Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) qui font partie de notre COREVIH (Henri Mondor, Saint-Vincent-de-Paul, Saint-Antoine et Fernand Widal) ont été conviés à une réunion en mai 2010. Cette réunion avait pour objectif d'amorcer une collaboration entre les CRPV et la COREVIH concernant la pharmacovigilance des ARV et traitements associés. Trois des quatre CRPV ont répondu favorablement à cette invitation, seul le CRPV de Mondor n'était pas présent à la réunion.

L'idée d'une personne référente sur la COREVIH a été avancée. Cette personne (vacataire, étudiant en pharmacie... ?) aurait pour mission le recueil des déclarations de pharmacovigilance des ARV et traitements associés. La formation de cette personne référente pourrait être assurée par le CRPV de Saint-Antoine (Michel BLOUR). Un correspondant "pharmacovigilant" dans chaque hôpital de la COREVIH doit être identifié qui serait le correspondant de la personne référente.

Afin d'inciter les professionnels de santé à déclarer les effets indésirables des ARV et traitements associés qu'ils auraient observés, une plaquette (en cours d'évaluation) a été proposée aux membres de la commission (cf **annexe n° 8**).

NB : la version 4 de e-Nadis® prévoit un volet spécifique concernant la PV. Cet outil pourrait être utile dans la mise en œuvre de ce projet.

3- Suivi thérapeutique des ARV

Selon l'expérience des laboratoires qui pratiquent des dosages d'ARV dans le cadre du suivi thérapeutique au sein des hôpitaux de notre COREVIH (St Louis, Avicenne) et en dehors (Bicêtre) il s'avère que l'activité a considérablement diminué.

Certains hôpitaux parmi les plus actifs par le passé, notamment de par leur participation aux travaux de l'ANRS (Bicêtre) ont vu leur activité de dosages des ARV diminuer de près de 70 % lors de ces deux dernières années. Cela semble être dû d'une part, à une meilleure connaissance des médicaments par les cliniciens et, d'autre part, à des demandes de dosages beaucoup plus ciblées (moins systématiques), essentiellement dans les situations de suspicion d'interactions médicamenteuses, de suspicion de non-adhésion au traitement ou de problèmes d'effets indésirables du traitement ARV.

Si ce sujet reste à suivre dans le futur, les membres de la sous-commission "Dosage des ARV" ne souhaitent pas, pour l'instant, poursuivre des travaux sur ce sujet, compte tenu de la très grande diminution de cette activité (en dehors des situations d'essais cliniques).

Commission Inter COREVIH « Prison »

Afin de pallier au manque de participation, il a été décidé de traiter la thématique « prison » au niveau régional avec les 5 COREVIH d'Ile-de-France.

Le territoire de la COREVIH IDF Est compte trois unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Il s'agit de lieux de soins en milieu carcéral qui relèvent de l'administration hospitalière et non de l'administration pénitentiaire. Ces activités sont financées par des crédits spécifiques dits MIGAC mais seulement au titre des surcoûts, la majorité des soins relevant des recettes liées à l'activité (T2A).

En l'espèce, il s'agit des UCSA suivantes :

- UCSA de la maison d'arrêt de Villepinte (93) rattachée au centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay
- UCSA du centre de détention de Melun (77) rattachée au centre hospitalier Marc Jacquet de Melun
- UCSA de la maison d'arrêt de Chauconin (77) rattachée au centre hospitalier de Meaux

A l'horizon 2011, l'ouverture d'une nouvelle prison d'une capacité de 800 places est programmée à Réau (77). L'UCSA sera rattachée au centre hospitalier de Melun donc vraisemblablement de la COREVIH IDF Est.

De plus, il faut noter le cas particulier de l'UCSA de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis qui mériterait sans doute d'être reconsidéré car son positionnement est ambivalent. En effet, l'UCSA est rattachée au centre hospitalier Sud Francilien (Corbeil/Evry) qui dépend géographiquement de la COREVIH IDF Est, mais l'UCSA (contrairement à l'hôpital) est rattachée à la COREVIH IDF Centre au motif que certains médecins intervenant à l'UCSA de Fleury travaillent également à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

En tout état de cause, afin de mobiliser plus de ressources humaines sur cette thématique très spécifique relative à la prise en charge des personnes détenues, il avait été décidé au cours de l'année 2009 de solliciter les quatre autres COREVIH afin de traiter cet item au niveau régional. Ce principe a été acté et un groupe inter-COREVIH s'est constitué et réuni à quatre reprises en 2010. Celui-ci est composé de manière pluridisciplinaire (médecins, assistantes sociales, associatifs...) et est représentatif en termes de territoires et de collègues à l'image des COREVIH.

Un travail préalable sur l'état des lieux de la prise en charge en détention, au titre de l'année 2009, a été mené. Vous trouverez ces résultats en **annexe n°9**

Plusieurs constats et pistes de travail ont été dégagés :

❖ **Recueil épidémiologique et informatisation** :

Constat d'un faible taux d'informatisation des UCSA d'où une hétérogénéité en matière de recueil de données avec souvent peu voire pas de données épidémiologiques. L'importance de déployer le dossier informatisé e-Nadis®, comme à Fresnes ou la Santé, apparaît comme un levier important à la fois pour une meilleure prise en charge des détenus mais aussi pour améliorer le recueil épidémiologique dans des milieux où l'incidence et la prévalence sont plus élevées.

⇒ **Projet de déployer e-Nadis** dans les 3 UCSA rattachées à la COREVIH IDF Est courant 2011.

❖ **Amélioration des conditions de prise en charge et harmonisation des pratiques** :

⇒ **Informations et prévention** :

Il est souhaitable qu'une harmonisation des informations relatives à la prévention en matière de VIH et d'hépatites, délivrées notamment dans les brochures, soit mise en place et corrobore avec les interventions associatives qui peuvent avoir lieu.

⇒ **Le dépistage VIH et hépatites en prison**

Le dépistage est largement insuffisant en IDF, il faut améliorer cette offre en systématisant une proposition de dépistage au cours de la détention et à la sortie (pas seulement à l'entrée) ce qui permettrait également d'avoir des données concernant l'incidence VIH/hépatites durant le temps de l'incarcération. Un projet de recherche clinique pourrait voir le jour (cf infra).

⇒ **La prise en charge des usager(e)s de drogues incarcéré(e)s :**

Les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ont notamment pour mission de faire des interventions en milieu carcéral. Mais en pratique, ils n'ont pas les moyens financiers suffisants pour envoyer des intervenants en prison.

De plus, on constate de gros dysfonctionnements sur la prise en charge des personnes incarcérées usagères de drogues, quasiment aucune prévention n'est faite et la prescription de Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO) n'est pas satisfaisante si on compare avec les pratiques en place à l'extérieur. En effet les résultats de Pri2de démontrent que ni les recommandations de l'OMS (score 1/7) ni les recommandations françaises (score 1/10) ne sont suivies.

Selon la loi, les outils de santé publique disponibles en prison doivent être les mêmes que ceux disponibles en milieu libre, pourtant quasiment aucun matériel de Réduction Des Risques (RDR) à destination des usagers de drogue n'est accessible dans les prisons d'IDF.

⇒ **Distribution de préservatifs en prison :**

Constat d'une accessibilité variable des préservatifs en prison. La présence de préservatifs au sein des UCSA ne suffit pas, il faudrait lister les établissements pénitentiaires où les préservatifs sont accessibles à d'autres endroits (comme aux palloirs) et mettre en avant ces bonnes pratiques.

⇒ **La sortie de détention : préparation à la sortie et « kit de prévention »**

La sortie est identifiée comme un moment particulièrement critique où il y a très souvent une rupture de soins. Une meilleure coordination du suivi entre milieu fermé et milieu ouvert est souhaitable. Or, actuellement aucun lien n'existe. Il faudrait a minima mettre en place des kits « sortant de prison » qui pourraient contenir des préservatifs, des kits d'injection, des brochures de prévention.

De plus, il est primordial de créer des postes d'assistantes sociales hospitalières dans tous lieux de détention. De même qu'il est indispensable de faire rétablir avant la sortie effective l'affiliation au régime général de l'assurance maladie pour les sortants (un régime particulier étant mis en place lors de la détention) dans la mesure où cela conditionne très souvent l'accès à certains dispositifs notamment d'hébergement (ACT, CHRS...) par exemple via des permanences de la CPAM au sein des UCSA.

⇒ **Difficultés pour mener des recherches cliniques en prison :**

Les Dr MA. VALANTIN et B. SILBERMANN souhaitent proposer et mettre en place un protocole sur le dépistage VIH. La faisabilité de protocoles de recherches cliniques en détention va être à l'étude.

❖ **Besoin d'interlocuteurs identifiés à l'ARS pour la thématique « VIH/Hépatites en milieu carcéral » :**

Il est vivement souhaitable d'avoir des référents émanant des tutelles voire même d'autres administrations (CPAM) sur ce thème afin que ce groupe puisse travailler en pleine collaboration et formuler des pistes de réflexions dans le cadre de la mise en œuvre des différents schémas.

Certaines commissions ne se sont pas réunies en 2010 à l'instar des commissions suivantes « Commission Biologie », « Commission Précarité et Accès aux Soins », « Commission Formation et EPP » ; « Groupe de travail Suivi et Prospective » ; « Dépistage »...

D'autres commissions ont été relancées début 2011 et proposent les projets suivants :

Commission « Dépistage »

La **commission dépistage**, pilotée par le Pr Willy ROZENBAUM, ne s'est pas réunie en 2010 mais a depuis été réactivée.

Les discussions au sein de cette commission conduisent à proposer les actions suivantes pour 2011 :

1°) Le CHI de Créteil est chargé d'étudier la faisabilité d'une enquête au sein du centre d'IVG de cet établissement sur les tests de dépistage rapides dans les cas d'IVG médicamenteuses, en y associant si possible d'autres centres volontaires. Les objectifs et les critères d'évaluation devront être précisés.

2°) L'équipe du centre de vaccination internationale de St Louis est chargée d'élaborer une étude de faisabilité sur la proposition d'un test de dépistage du VIH dans les centres de vaccination anti-amarile en précisant les objectifs principaux et secondaires ainsi que l'appui logistique nécessaire et les critères d'évaluation retenus. L'utilisation du TDR (Test de Diagnostic Rapide) pourra être privilégiée.

3°) Le Réseau Paris-Nord est chargé d'explorer un protocole concernant l'offre de dépistage chez les médecins généralistes. Cette enquête pourrait se réaliser sur une partie des territoires des COREVIH IDF Nord et IDF Est. Elle concernerait l'ensemble des médecins de ville d'un arrondissement et d'un département périphérique de chacune des COREVIH. Elle concernerait l'ensemble des patients vus pendant une période donnée à qui un prélèvement sanguin aurait été prescrit.

4°) En collaboration avec la Commission de recherche clinique, une enquête concernant l'offre systématique de dépistage de toutes les personnes hospitalisées entrantes bénéficiant d'un prélèvement sanguin durant une semaine donnée, toutes spécialités confondues, sur l'ensemble des établissements de la COREVIH doit être proposée. Outre la définition d'objectifs et critères d'évaluation, le projet devrait inclure des éléments de logistique (mobilisation, formation, recueil des données) et des précisions sur l'implication des TEC dans ce projet d'envergure qui devrait voir le jour lors du deuxième semestre 2011.

Commission « Filière d'aval »

La **Commission** dédiée à la « **filière d'aval** » c'est-à-dire la prise en charge globale dans une approche médicale mais aussi psycho-sociale après une hospitalisation (dans un service d'aigu) ne s'est pas réunie en 2010. En effet, le groupe de travail régional porté par le Dr Christine BARBIER, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), en 2009 n'a pas été repris après son départ de la DRASS IDF.

De nombreuses structures participent à la prise en charge d'aval : moyen séjour avec les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le long séjour (maisons de retraite, EHPAD), les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), Maisons d'accueil Spécialisées (MAS), foyers d'accueil ...

Face aux besoins ressentis avec le vieillissement des PVVIH qui induit des pathologies multiples et lourdes aggravant le degré de dépendance, la précarisation des patients et le manque de places sur la région francilienne embolisant le parcours des patients, il a été décidé de relancer cette commission en 2011.

Cette mission a été confiée à certains membres du bureau déjà impliqués dans ces problématiques : Elise KLEMENT médecin de SSR, Maria ANDREOS et Laurence MALAGANNE qui gèrent des ACT et Alain BONNINEAU qui intervient dans le secteur médico-social notamment via la FNH VIH et le secteur associatif (AIDES).

Ils ont dégagé les projets suivants :

- remobiliser les acteurs de cette prise en charge pour participer aux réflexions et travaux de la Commission en privilégiant l'aspect médico-social jusqu'alors délaissé au profit de la prise en charge médicale stricto sensu.
- mieux informer les publics et réseaux partenaires des dispositifs d'aval existants sur le territoire en précisant leurs fonctions respectives et leurs spécificités (par ex. les conditions d'accueil) à travers l'élaboration d'une plaquette pédagogique qui serait également un annuaire des structures.

Ces deux objectifs auraient pour finalité, d'une part, de redynamiser le réseau partenarial lié aux solutions de sortie et contribuerait ainsi à mieux coordonner et fluidifier la prise en charge et, d'autre part, de collecter des éléments afin d'être un interlocuteur privilégié et reconnu auprès de l'ARS en vue de formuler des propositions quant à l'élaboration et la mise en œuvre des différents schémas régionaux.

Les autres commissions ne se sont pas réunies au cours de l'année 2010.

6.2 Bilan de fonctionnement de la COREVIH

Le fonctionnement des instances

	Nombre de réunions			Nombre de membres (titulaires + suppléants)			Taux moyen de présence		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Comité	3	3	3	88	70*	62*	32 %	23 %	34 %
Bureau	10	10	8	9	9	9	78 %	61 %	61 %

* sièges encore occupés

Bien que l'arrêté préfectoral de composition du Comité ait été refait à mi-mandat (2 ans), on constate que le nombre de postes vacants augmente.

Seules 8 réunions de bureau ont eu lieu contre les 10 prévues dans le règlement intérieur.

Un tableau récapitulatif des travaux des commissions est consultable en **annexe n°4**.

Objectifs réalisés au 31 décembre 2010 par rapport à 2008/2009

	Nbre total hôpitaux	Nbre hôpitaux suivant des PVVIH	Nbre hôpitaux données reçues via fichier commun ²		Nbre services avec e- Nadis®		Nbre de services ayant transféré les données au DMI2		Nombre hôpitaux couverts par un(e) TEC		Nbre de postes ⁵		
			cible	réalisé	cible	réalisé	cible	réalisé	cible	réalisé	Cible ARH/ARS	Budgétés au 31/12	Effectifs rémunérés au 31/12
2008	28	26 ¹	26	18	30	10	9	7	26	18	22	15	14,8
2009	28	26 ¹	-	-	30	19	9	7	26	26	22	20.5 ⁶	17.8
2010	28	26 ¹	-	-	30	19 ³	9	3+3 ⁴	26	24	22	21 ⁶	14+5 ⁷

¹ Parmi les centres hospitaliers situés sur le territoire, les centres d'Orsay et de Ville Evrard n'ont pas de file active.

² Le fichier commun, créé à l'occasion de la rédaction du premier rapport d'activité, ne sert plus qu'aux sites non équipés de e-Nadis® (cf p : 26)

³ Ce chiffre ne progresse pas pour deux raisons :

- des services ont été fusionnés, l'utilisation de e-Nadis® et la file active ne s'en trouvent pas affectées mais numériquement le nombre de services équipés diminue.
- certains sites pour lesquels e-Nadis® avait été déployé et des moyens en personnel (TEC) avaient été mis à disposition ont finalement choisi de ne pas l'utiliser.

⁴ Trois services ont transmis totalement les données de l'année 2010 et 3 seulement partiellement.

⁵ La différence entre la cible ARH/ARS et le nombre de postes budgétés s'explique par le fait qu'un nombre important de personnel ont de l'ancienneté dans leur grade (fin de carrière) et que leur coût est plus élevé que la valorisation d'1 ETP de TEC retenue à savoir 50 000 € charges incluses.

⁶ dont seulement 12 ETP sont gérés par l'hôpital siège

⁷ parmi les 19 personnes comptabilisées, 5 ETP n'ont pas travaillé durant une année pleine

Etat des lieux de l'offre de soins sur le territoire de la COREVIH IDF Est

Bien avant que la tenue d'états généraux ne soit actée, la COREVIH a entrepris de faire un recensement de l'offre de soins et des restructurations induites par la mise en œuvre de la loi HPST sur son territoire. Le constat est le suivant :

I / DEMARCHES ENTREPRISES PAR LA COREVIH :

✦ Courriers envoyés le 23 avril aux Directeurs des 24 hôpitaux hors AP-HP de la COREVIH IDF Est (hôpitaux AP-HP traités à part et en amont avec la DPM de l'AP-HP) pour solliciter les renseignements suivants :

- états des lieux des moyens disponibles dédiés à la pathologie (notamment moyens en personnel)
- difficultés ou lacunes rencontrées, besoins recensés pour une prise en charge de qualité
- restructurations ou projets envisagés dans le cadre de la mise en œuvre des réformes

➔ Réponses reçues : 14/24 soit

77: CH Meaux, CH Coulommiers, CH Lagny, CH Provins, CH Montereau, CH Nemours, CH Provins

91: CH Sud Francilien, CH Longjumeau, CH Etampes

93 : CH Aulnay, CH Montfermeil, EPS Ville Evrard

94 : CHIC Créteil

✦ Réunion avec les responsables médicaux des services prenant en charge des PVVIH le 26 mai avec remise d'un questionnaire pour dresser un état des lieux.

➔ établissements représentés à la réunion: CHU Lariboisière, CH Melun, CH Corbeil/Evry, CHIC Créteil, CHU Jean Verdier (UMI), EPS Ville Evrard, CH Villeneuve St Georges, CH Montfermeil, CH Nemours, CH Aulnay, CH Lagny, CHU Avicenne, CHU St Louis (médecine interne), CH Gonesse

➔ Réponses reçues aux questionnaires :18/28

75 : St Louis (médecine interne), Lariboisière (médecine interne)

77 : CH Fontainebleau, CH Nemours, CH Lagny s/ Marne, CH Melun, CH Coulommiers

91 : CM Bligny, CH Sud Francilien, CH Dourdan

93 : CH Montfermeil, CHU Avicenne, CH Aulnay, EPS Ville Evrard, CH St Denis, Jean Verdier (MI +UMI)

94 : CHI Créteil

95 : Gonesse

➔ **Aucun élément pour les établissements suivants : CH Arpajon, CH Juvisy s/ Orge, CH Orsay**

Vous trouverez ci-dessous les projets de restructuration envisagés ou en cours de discussion dont nous avons eu connaissance pour le territoire de la COREVIH IDF Est.

Vous constaterez que ceux-ci sont nombreux et qu'ils suscitent des interrogations sur la continuité et la qualité de la prise en charge auxquelles nous espérons que les tutelles pourront apporter des réponses.

II/ PROJETS DE RESTRUCTURATION ENVISAGES À COURT OU MOYEN TERME :

En dehors de l'AP-HP

1/ Le déménagement des activités des hôpitaux « Gilles de Corbeil » à Corbeil et « Louise Michel » à Evry-Courcouronnes vers le nouvel hôpital de Corbeil-Essonnes est programmé pour la rentrée 2011 (septembre). L'activité de soins VIH, qui dépend du pôle onco-hématologie, sera centralisée sur le nouvel hôpital ce qui constituera une réelle plus-value pour la coopération avec les autres spécialités (maternité, hépatologie...).

2/ Des liens existent déjà entre l'hôpital Sud Francilien et le centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges concernant la prise en charge du VIH. Un projet de coopération hospitalière plus abouti (GCS) est, à ce stade, toujours en cours de discussion.

3/ La construction d'un nouvel hôpital à Jossigny (77) afin de transférer l'activité de l'hôpital de Lagny est en cours. L'ouverture de ce nouvel établissement est programmée pour septembre 2012. A ce jour, nous ne connaissons pas l'impact que va avoir ce nouvel établissement dans la prise en charge du VIH. Il est envisageable que sa capacité d'accueil soit supérieure à celle de l'actuel hôpital de Lagny. On peut donc s'interroger sur d'éventuels regroupements d'activités ou des collaborations plus étroites notamment avec les hôpitaux de Meaux et Coulommiers dans la mesure où une coopération existe déjà entre ces trois établissements qui forment un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

4/ La construction d'un nouvel hôpital est en cours à Gonesse avec une ouverture prévue pour 2013. A ce jour, nous ignorons si cela aura un impact sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

5/ De même, la construction du nouveau centre hospitalier d'Aulnay est en cours. Son ouverture est également prévue d'ici fin 2013, une augmentation du nombre de lits de médecine interne (+ 4 lits hospitalisation & + 10 lits HDJ) est envisagée.

6/ Un projet d'une plateforme hospitalière public/privé de 850 lits entre le CH de Melun et deux cliniques (les Fontaines et Saint Jean l'Ermitage) est à l'étude. Ce projet n'aura pas nécessairement d'impact sur la prise en charge des PVVIH dans la mesure où ces patients n'intéressent pas, a priori, le secteur privé. Il faut noter qu'une nouvelle prison d'une capacité de 800 places, dont l'ouverture est prévue pour septembre 2011, est en cours de construction à Réau (77), l'UCSA qui assurera les soins auprès des personnes détenues sera rattachée au CH Marc Jacquet de Melun.

7/ Une fusion a eu lieu, début 2011, entre les CH d'Etampes et de Dourdan, désormais nommé Centre Hospitalier Sud Essonne. La prise en charge des PVVIH est assurée sur les deux sites mais pourrait dans quelques années, selon la démographie médicale, être concentrée sur Dourdan. Concernant l'hôpital de Dourdan, suite à la création d'une UGA, il a été décidé que l'HDJ qui relève de l'activité de SSR serait intégré au service de médecine interne permettant ainsi plus de transversalité en médecine et libérant des lits de SSR. Ce projet a été repoussé en raison de problème d'effectifs et devrait voir le jour en septembre 2011.

8/ La mise en place d'une coopération via un GCS entre le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et le Centre Hospitalier Henri Mondor est en cours. Le rapprochement de ces deux établissements ne devrait pas avoir d'impact sur la prise en charge des PVVIH, l'offre de soins étant inchangée. Néanmoins, il faut noter qu'un projet de collaboration médicale entre les deux services prenant en charge le VIH (Médecine Interne au CHI de Créteil et Immunologie à Mondor) est en cours en matière de recherche clinique VIH.

9/ Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques hospitalières, le Comité Sida Sexualités et Prévention, accueilli par l'EPS de Ville Evrand, nous signale une perte de moyens (locaux et personnels) qui dénote d'une désensibilisation aux problématiques de santé publique dont s'occupent le CSSP malgré le soutien des tutelles en la matière.

10/ Un gros problème d'aval pour l'UCSA de Meaux nous a été signalé suite à la fermeture des lits de l'hôpital de Fresnes (COREVIH Sud) . En attendant les 15 lits de l'unique UHSI de la région IDF située à la Pitié Salpêtrière ne suffisent pas et ne répondent pas à ces besoins d'aval. Des inquiétudes émergent depuis que l'ouverture de l'UHSI de 80 lits, prévue sur le nouvel hôpital de Corbeil, semble remise en question.

11/ Un projet de plate-forme public/privé dite du Bréau entre la polyclinique et l'hôpital de Fontainebleau est également à l'étude. Nous ignorons si un tel projet aura un impact sur la prise en charge des PVVIH.

Au sein de l'AP-HP

12/ Avicenne : Suite à la fusion de l'unité de VIH rattachée à la médecine interne avec le service de maladies infectieuses qui a eu lieu fin 2009, des problèmes de locaux (manque de place + activité éclatée) nous ont été signalés. De plus, la totalité des moyens paramédicaux (IDE et psy) n'a pas suivi durant ce transfert.

13/ Saint Louis : une fusion de l'activité VIH réalisée au sein du service de médecine interne vers le service de maladies infectieuses a eu lieu en septembre 2010. Des problèmes d'ordre logistique se posent (manque de locaux). A l'avenir, un projet de collaboration avec le service de médecine interne de Lariboisière dans le cadre du GH Lariboisière/St Louis notamment la recherche clinique est envisagé. Il faut noter que l'activité liée au VIH au sein du centre de MST et du service d'immunologie clinique reste à ce jour indépendante.

14/ Jean Verdier : l'activité VIH est éclatée sur plusieurs services (unité de maladies infectieuses et médecine interne). La question de la pérennité de l'unité de maladies infectieuses semble dépendre du maintien de l'activité de médecine interne (hospitalisation + HDJ) sur le site de Jean Verdier. En effet, dans le cadre de la mise en place des groupes hospitaliers, des regroupements d'activités sont à l'étude entre les sites d'Avicenne et Jean Verdier. Plusieurs options sont évoquées concernant le VIH mais la question n'a pas été tranchée à ce jour : recentrage de l'activité d'hospitalisation, d'HDJ et de consultation de Jean Verdier avec réduction de la capacité d'accueil et des moyens humains pour les recentrer sur Avicenne ou encore un système d'antenne entre Avicenne et Jean Verdier.

III/ QUELQUES CONSTATS ET DIFFICULTES RECENSES :

- Absence ou manque de temps de psychologue ou temps menacé (Lagny, Coulommiers, Etampes, CHI Créteil, Montfermeil, Aulnay)
 - Absence ou manque de temps d'assistante sociale ou temps menacé (Lagny, Etampes, Aulnay)
 - Manque de temps médical (Corbeil, Meaux, Jean Verdier, Gonesse) et de temps de MEC (CHI Créteil)
 - Manque de temps infirmier (Lagny, Aulnay... notamment pour développer de l'ETP).
- En l'absence d'offre de soins sur place, les patients sont adressés sur d'autres établissements hospitaliers voire en ville notamment pour la cardiologie. Ce parcours patient (adressage) met en exergue le problème de l'accessibilité des centres hospitaliers pour des personnes ayant peu de ressources alors même que l'état de santé des patients peut être diminué. Il faut noter que les plus grosses difficultés se posent pour les déplacements en transports en commun de banlieue à banlieue.
- Il y a peu de Réseaux Ville Hôpital (RVH) fonctionnels par exemple on note une absence de RVH à Nemours, Coulommiers, Corbeil/Evry, Montfermeil, Avicenne, St Denis, Jean Verdier...

- Il y a peu de dispositifs pour personnes en situation de précarité alors que les besoins sont réels (Fontainebleau, Lagny (recours à assistante sociale du RVH) Coulommiers, Dourdan...)
- La présence associative est hétérogène sur le territoire ; à titre d'exemple il n'y a pas de présence associative dans les services suivants : Fontainebleau, Nemours, Melun, Corbeil/Evry, Dourdan, CHI Créteil, Jean Verdier..)
- Le territoire n'est pas maillé par des CDAG/CIDDIST (Fontainebleau, Corbeil/Evry...)
- Un manque de place en aval pour l'hébergement (ACT...) est unanimement constaté.

⇒ **Problèmes majeurs recensés:**

- **manque de temps d'assistante sociale et de psychologue aggravé par le problème de la valorisation de leurs actes y compris au sein des UCSA**
- **problème de manque d'effectif pluri disciplinaire pour pérenniser l'activité d'ETP**
- **manque de places d'hébergement (ACT, CHRS...) en général et plus particulièrement pour les personnes en perte d'autonomie, en situation irrégulière, avec des enfants, sortant de détention...**

Ces aspects comprenant des éléments concrets ayant un impact sur la prise en charge ont finalement été peu abordés lors des états généraux.

Il est souhaitable que lors de la déclinaison régionale du plan national de lutte contre le sida (PNLS) en IDF et lors de la mise en place du Plan régional de santé (PRS) et de ses schémas et programmes régionaux, des échanges d'informations entre les COREVIH et les différentes composantes et instances tutélaires (CRSA, conférences de territoire, délégations territoriales...) aient lieu.

Une dynamique de travail doit donc être instaurée entre les COREVIH et l'ARS d'Ile-de France afin que des concertations, réflexions et des orientations adéquates soient engagées pour assurer une prise en charge équitable et de qualité pour les PVVIH vivant en région parisienne.

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

En 2009, des conventions pour la mise à disposition de temps de TEC avaient été signées :

- d'une part avec le Centre Hospitalier Intercommunal du Raincy/Montfermeil (93) et le Centre Intercommunal André Grégoire de Montreuil (93).
- d'autre part avec les Centres Hospitaliers de Lagny, de Meaux/Provins et de Coulommiers (77).

En 2010, des mouvements de personnel ont remis en question ces conventions.

En effet en fin d'année, la TEC qui exerçait sur Montreuil et Montfermeil a sollicité une mutation vers un autre établissement de la COREVIH. Dans la mesure où les médecins de ces sites n'ont pas souhaité participer au recueil épidémiologique par l'intermédiaire du dossier médical informatisé, il a été décidé par les membres du Bureau de ne pas maintenir ce poste et donc de ne pas procéder à son remplacement. Les données saisies par la TEC n'ont pas pu être récupérées et exploitées pour le rapport d'activité 2010.

De même, la TEC qui travaillait sur Lagny, Meaux/Provins et Coulommiers a quitté la COREVIH en novembre. Son départ a donc rendu la convention caduque. En revanche, il a été décidé de pérenniser ce poste, une nouvelle convention sera signée lors de la venue de la nouvelle TEC qui prendra ses fonctions dès janvier 2011. Les quotités d'affectation entre les 3 sites hospitaliers qui avaient été initialement attribuées en fonction des files actives déclaratives seront réévaluées à cette occasion. Une exploitation partielle des données saisies par la TEC a été possible pour la réalisation du rapport d'activités 2010.

D'autres conventions seront conclues en 2011 au regard des mouvements prévisionnels qui ont été relatés p.18-19.

VII Divers événements et manifestations

La Journée inter-COREVIH d'Ile-de-France

21 janvier 2010 (Paris, Ministère de la Santé)

Fin 2009, à l'initiative de la DRASS Ile-de-France, il a été décidé d'organiser, en collaboration avec les 5 COREVIH de la région parisienne et l'AP-HP dont dépendent les 5 établissements siège, une rencontre réunissant tous les acteurs de ces COREVIH.

Ainsi, les COREVIH ont été sollicitées pour organiser cet événement tant sur l'élaboration du programme, les interventions et l'animation de cette journée que pour des aspects logistiques (programme **annexe n°10**).

La COREVIH IDF Est a été plus particulièrement chargée de coordonner la session relative au dépistage durant laquelle elle a présenté ses projets. De plus, la représentante des TEC pour la COREVIH IDF Est, Patricia Honore (membre du bureau), faisait partie du groupe de travail constitué afin de présenter les données épidémiologiques. Enfin, un certain nombre de membres de la COREVIH ont pris part aux interventions : Dr Elise KLEMENT, Pr Olivier BOUCHAUD.

La première rencontre nationale des coordonnateurs de COREVIH

6 mai 2010 (CHU St Louis Paris)

A l'initiative de quelques coordonnateurs, une première rencontre des coordonnateurs de COREVIH a été organisée. Le comité organisateur, composé de Audrey BLATTIER (COREVIH Pays de la Loire), Sophie CAUSSE (COREVIH Ile-de-France Est) et Ludovic DARSCH (COREVIH Alsace), a élaboré l'ordre du jour à partir d'un questionnaire auquel 21 COREVIH ont répondu.

Au total, cette journée a réuni 29 personnes et 22 COREVIH étaient représentées sur les 28.

Faute de coordonnateur administratif dans l'ensemble des coordinations, d'autres catégories étaient présentes :

- 11 coordonnateurs administratifs
- 6 coordonnateurs médicaux
- 5 présidents
- 1 vice président
- 1 membre de bureau
- 5 représentants institutionnels

L'ordre du jour détaillé en **annexe n°11** était le suivant : la matinée a été consacrée aux COREVIH en tant qu'instance tandis que l'après-midi a été l'occasion d'échanger sur la place des COREVIH dans la gouvernance régionale mais aussi de s'intéresser au rôle de coordonnateur.

Les conclusions suivantes ont été relevées :

- Les divers témoignages et illustrations attestent de disparités entre les COREVIH
- Le contexte de réformes (HPST, ARS...) n'a pas facilité l'installation de ces entités
- Il y a de fortes attentes et il semble logique que les tutelles impliquent les COREVIH dans les diverses instances notamment avec la mise en place des ARS
- La COREVIH semble avoir une légitimité pour faire remonter les difficultés et les besoins en termes d'offre sanitaire et sociale et pour proposer des solutions aux tutelles
- Ce modèle de coordination mériterait sûrement d'être élargi à d'autres pathologies
- Les difficultés ou lenteurs financières constituent un réel handicap dans le fonctionnement des COREVIH
- La question de l'opérationnalité des COREVIH semble poser débat et pourrait être liée au fait qu'elles n'ont pas vocation à être « opérateur »
- Dans la mise en place de ce dispositif, il serait souhaitable qu'une formation en management et en conduite de projet soit proposée aux coordonnateurs
- Il serait souhaitable qu'un coordonnateur fasse partie du CoPil National
- Une demande est formulée au secrétariat de la SFLS pour l'instauration d'un mailing des coordonnateurs afin de faciliter les échanges.

Une seconde rencontre entre coordonnateurs se déroulera les 8 et 9 juin 2011 à Martigues et sera organisée par les COREVIH PACA Ouest Corse et Centre Poitou Charente.

La première journée nationale des COREVIH, organisée par la SFLS

3 novembre 2010 (Bordeaux)

La veille des assises et du congrès de la SFLS, le 3 novembre 2010, s'est déroulée la première journée nationale des COREVIH.

Autour d'un programme varié, un public hétérogène déjà sensibilisé au dispositif « COREVIH » (présidents, vice-présidents, membres des bureaux ou des comités, TEC, coordonnateurs, acteurs des secteurs hospitaliers, médico-sociaux, associatifs ou encore libéraux...) a échangé autour de nombreuses thématiques. A l'image des COREVIH la journée, qui a regroupé près de 150 personnes, se voulait interactive.

La matinée a été consacrée à des travaux en ateliers sur les thématiques suivantes.

Atelier 1 : Fonctionnement de la COREVIH - rôle des acteurs

Catherine AUMOND (Animateur) - Jean-Marc POLESEL (Rapporteur)

Atelier 2 : Circuit de l'information et démocratie sanitaire

Jean-Pierre BIBARD (Animateur) - Sophie CAUSSE (Rapporteur)

Atelier 3 : Amélioration des pratiques professionnelles et recueil épidémiologique

Patrick FAVER (Animateur) - Audrey BLATIER (Rapporteur)

Atelier 4 : Déclinaison régionale du plan DGS – lien avec l'ARS

François BOURDILLON (Animateur) - Hadija CHANVRIL (Rapporteur)

Les synthèses de ces ateliers ont été présentées en début d'après-midi avant les interventions institutionnelles et une table ronde à laquelle ont pris part les personnes suivantes : Eric BILLAUD (SFLS), Véronique TIRARD-FLEURY (chargée de l'appui méthodologique des COREVIH porté par la SFLS et soutenu par le Sidaction), Catherine GERHART (Inpes), Dominique MARTIN (DGOS), Christophe MICHON (DGS), Fabienne RABAU (ARS Gironde), Olivier SCÉMAMA (HAS).

Forum e-Nadis®

19 novembre (Maison Amérique Latine, Paris)

A l'occasion du forum annuel des utilisateurs du dossier patient informatisé de spécialité VIH e-Nadis®, la COREVIH IDF Est a été sollicitée pour faire une présentation relative à l'utilisation et plus particulièrement à l'administration de ce dossier partagé.

Jean-François BOURGE, chargé du déploiement et du suivi de cet outil ainsi que de la régionalisation du recueil épidémiologique, a présenté le fonctionnement de la COREVIH IDF Est qui a la particularité de regrouper un nombre important d'établissements et donc d'utilisateurs.

Les Etats Généraux sur la prise en charge globale des PVVIH en IDF, organisés par l'ARS d'IDF

26 et 27 novembre 2010 (CNIT Paris - la Défense)

Dans un contexte de restructuration à l'AP-HP, les 26 et 27 novembre 2010, se sont tenus les Etats Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Ile-de-France. Ceux-ci ont été organisés à la demande des associations de lutte contre le SIDA, sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et en collaboration avec les COREVIH franciliennes.

Monsieur EVIN s'est engagé dans la mise en place d'un tel événement, considérant qu'il s'agissait d'un vrai exercice de démocratie sanitaire à grande échelle.

Cet événement a nécessité une grande mobilisation et des travaux préparatoires coordonnés par un comité de pilotage (COPIL), composé de 4 représentants de l'inter-associatif et de représentants des 5 COREVIH d'Ile-de-France. En parallèle, un Comité de suivi composé de tous les acteurs du secteur géographique, de partenaires sanitaires et sociaux, de l'AP-HP, des collectivités territoriales ... a été mis en place.

Sept groupes de travail chargés de formaliser les problématiques et d'alimenter les débats ont été créés autour des thématiques suivantes:

- * Epidémiologie et prospectives
- * Organisation de l'offre de soins
- * Accès aux soins
- * Lieux de vie
- * Prévention positive, dont le secrétariat a été assuré par la COREVIH IDF Est
- * Expression des patients
- * Financement

Sur deux jours, les Etats Généraux ont accueilli environ 450 personnes issues d'institutions, du secteur hospitalier, de malades, d'associations ou de professionnels.

La première matinée ouverte par Claude Evin, Directeur de l'ARS d'IDF, a été dédiée à la présentation des réflexions, problématiques et propositions soulevées par les groupes de travail. Ensuite, des échanges entre les acteurs des groupes et l'assemblée ont eu lieu.

Afin de faire émerger un maximum de propositions, l'après-midi du 26 novembre a été consacré aux ateliers traitant des mêmes thématiques que les groupes de travail. En parallèle, deux conférences ont également été organisées, la première présentait le plan national de lutte contre le Sida 2010-2014 et la deuxième était un forum consacré à la représentation des PVVIH.

Enfin, la journée du 27 novembre a permis de faire la synthèse des travaux réalisés la veille et ainsi faire émerger des propositions et solutions. Ces états généraux se sont achevés par une table ronde réunissant Claude EVIN (Directeur ARS), Mireille FAUGERE (Directrice Générale de l'AP-HP), Elisabeth BEAU (Directrice du CH Saint Denis et représentante de la FHF IDF) ainsi que de représentants des COREVIH et le Pr Jean-François DELFRAISSY (Directeur de l'ANRS) était chargé de clôturer ces états généraux.

Ces deux jours ont été ponctués par des interludes artistiques sur des thématiques liées au VIH/Sida (saynètes, chants...) interprétés par des acteurs du secteur associatif.

Les propositions formulées lors des groupes de travail, des ateliers ou des forums ont fait l'objet d'une synthèse qui est disponible dans la rubrique « inter-COREVIH » du site internet.

Alimentation de la « boîte à outils » (BAO) de la SFLS

A la mise en place des COREVIH, un appui méthodologique a paru opportun. C'est pourquoi, dans le cadre de l'appel à projet « Qualité de vie/Qualité des soins » (mai 2008/avril 2010), la SFLS a porté le projet du Dr Véronique TIRARD FLEURY qui est également soutenu par le Sidaction.

Outre la mise en place de « formation-action », l'axe majeur de ce projet consistait à mettre en place une « boîte à outils » accessible via internet.

Cet espace permet aux acteurs de mettre à disposition les projets, outils... envisagés ou créés par les COREVIH, dans une dynamique de partage d'expériences et d'informations.

Les objectifs de la BAO sont les suivants :

- Objectifs opérationnels (gain de temps/qualité)
- Objectifs stratégiques et politiques favorisant :
 - l'amélioration de la qualité/harmonisation des pratiques professionnelles
 - l'équité de la prise en charge
 - la lisibilité et la reconnaissance des réalisations concrètes des COREVIH

Ainsi, trois domaines relatifs aux missions des COREVIH, sont identifiés :

- fonctionnement et coordination
- amélioration, harmonisation et évaluation des pratiques
- données médico-épidémiologiques

Un « réflexe Boîte à outils » est donc à acquérir dans trois circonstances :

- Je n'ai pas le temps de faire mais il faudrait faire...
- Je vais faire : comment faire mieux ?
- J'ai fait et je partage mon expérience !

La COREVIH IDF Est adhère pleinement à cette démarche et alimente donc la BAO à mesure qu'elle crée ou développe des outils.

Le tableau ci-dessous répertorie les documents que la COREVIH a mis à la disposition des utilisateurs de la BAO en 2010.

IDF Est	28	9	<p>2-1 : Règlement intérieur</p> <p>3-4 : Mise en ligne odj ,cr et dates des différentes réunions</p> <p>3-6/6-4 : organisation d'une réunion de l'ensemble des acteurs d'une Corevih</p> <p>4-1: Mise en place de commissions thématiques</p> <p>4-2 : Elaboration d'une fiche pour le pilotage des commissions thématiques.</p> <p>4-3 : Questionnaires Etat des lieux au démarrage des commissions (filière d'aval, PASS, psy, recherche...)</p> <p>6-1 : Listings informatisés</p> <p>6-2 : Listes de diffusions</p> <p>6-5/11-15/18-3 : Annuaire des médecins du territoire pratiquant des injections de Newfill</p> <p>7-1: Site Internet</p> <p>7-2 : Adresse de messagerie générique</p> <p>8-1/31.2 : Fichier XL pour trame commune du rapport d'activité IDF EST</p> <p>12-4 : Questionnaire sur l'évaluation des pratiques professionnelles</p> <p>13-1/23-2 : Utilisation Interprétariat</p> <p>14-4 : Questionnaire état des lieux</p> <p>15-5 : Questionnaire pour les CDAG</p> <p>17-2 : État des lieux des moyens et évaluation des besoins en accompagnement psy</p> <p>17-3 : Colloque annuel sur la nécessaire pluridisciplinarité</p> <p>20-9 : Questionnaire d'évaluation des pratiques et de l'offre pour les AES</p> <p>21-4/22-2 Questionnaire Education thérapeutique et prévention</p> <p>21-6 : Programme ETP</p> <p>23-1/24-1: Espace accueil migrant</p> <p>24-2 : Livret d'accès aux droits</p> <p>24-4 : Questionnaire PASS</p> <p>25-2 : Questionnaire : Etat des lieux de la filière d'aval</p> <p>31-3 : Aide pour l'obtention des données du PMSI</p> <p>31-5 : Implantation régionale de e-nadis</p>
---------	----	---	---

VIII DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES

Ce troisième rapport d'activité de la COREVIH IDF Est fait le bilan des progrès qui ont pu être réalisés depuis son installation, mais aussi des difficultés et des limitations rencontrées à la veille d'une mandature de quatre ans qui devrait s'achever fin 2011.

L'étendue du territoire ainsi que la multiplicité des sites et des services, impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, ont imposé le déploiement d'un logiciel médicalisé commun permettant un recueil épidémiologique validé ainsi qu'une évaluation qualitative de l'activité. La mise en place de cet outil commun réclame l'adhésion de multiples intervenants : les patients, les utilisateurs médicaux, mais aussi l'administration hospitalière ou les directions informatiques. En 2010, le déploiement s'est poursuivi ; seuls 4 services sur les 30 ont refusé d'adhérer au projet. La file active s'en est trouvée significativement augmentée ; mais son exploitation nécessite encore un très grand effort de récupération des données historiques des patients afin de rendre l'outil totalement opérationnel. Il restera encore à s'assurer que l'interfaçage avec le DOMEVIH, nouvel outil épidémiologique national, sera opérationnel. En effet, il a été acté dès la création des COREVIH d'attribuer leurs moyens en fonction des files actives enregistrées dans ce logiciel national.

L'édition du nouveau Plan national de lutte contre le sida (PNLS) en Novembre 2010 est un canevas qui impose aux différentes commissions d'adhérer aux grands axes développés dans ce Plan. A ce titre, certains programmes de travail deviennent indiscutablement prioritaires tels que :

- les nouvelles stratégies de dépistage ;
- les perdus de vue ;
- les actions vis-à-vis des populations vulnérables ;
- l'éducation thérapeutique ;
-

Les commissions se sont d'ores et déjà attelées à relever le défi de ces objectifs prioritaires. Certains enjeux méritent un travail en inter COREVIH au niveau de l'Ile-de-France tels que :

- la prise en charge dans les lieux d'incarcération ;
- les besoins en SSR ;
- la prise en charge dans les structures de long séjour compte tenu du vieillissement de la population ;
-

Les nouvelles dispositions de l'organisation de la santé publique en France, en particulier la création et les attributions de l'Agence régionale de santé (ARS) nécessitent la création de liens institutionnels mieux définis afin d'optimiser les différentes problématiques rencontrées :

- devoir anticiper les fins de mandature ;
- redéfinir les territoires en fonction des expériences acquises ;
- prévoir les nouveaux arrêtés de nomination compte tenu de la mobilisation des différents collèges ;
- centraliser la gestion des moyens financiers à l'hôpital siège et rendre possible la création de postes indépendamment du « plafond d'emploi » ;
- formaliser les liens avec l'ARS dans les déclinaisons de leurs différents axes d'action quant à l'offre de soins, la prévention et l'offre médico-sociale.

Ces liens doivent permettre de retrouver les éléments du PNLIS dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique publique de lutte contre le VIH au travers du Plan stratégique régional de santé (PSRS).

L'articulation doit pouvoir être trouvée pour pouvoir agir fortement avec la CRSA et ses différents groupes thématiques.

Deux enjeux importants concernent plus particulièrement la COREVIH IDF Est :

1. les restructurations hospitalières : le nombre d'établissements de santé composant ce COREVIH implique de nombreux projets dont il est urgent de connaître l'état d'avancement afin de pouvoir mesurer l'impact sur l'offre de soins et d'adapter les moyens (en particulier humains) extrêmement précaires notamment dans les hôpitaux généraux, aux besoins ;

2. une grande partie du territoire de la COREVIH est située hors de l'agglomération parisienne et comporte une proportion importante de personnes précaires et de migrants. Les nouvelles dispositions législatives, restreignant la régularisation temporaire ou l'accès à l'AME pour les populations migrantes, comportent un fort risque de retard à l'accès aux soins que nous aurons à anticiper et à prévenir. Les indicateurs de qualité, qui devront être déployés, doivent nous permettre de mesurer l'efficacité du dispositif et d'implémenter des mesures correctives adaptées.

Ce rapport d'activité a été présenté, discuté et adopté par le bureau de la COREVIH IDF Est.

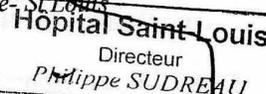


Willy ROZENBAUM

Président de la COREVIH IDF Est

Philippe SUDREAU

*Directeur du CH Lariboisière - St Louis
Siège du COREVIH IDF Est*



Hôpital Saint-Louis
Directeur
Philippe SUDREAU

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 coordinatrice administrative, le technicien d'informations médicales, les pilotes des Commissions de travail, les membres du bureau ainsi que la secrétaire.

Glossaire général

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AES : Accident d'Exposition au Sang

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

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'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

BHN : Bilan Hors Nomenclature

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

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CH : Centre Hospitalier

CHG : Centre Hospitalier Général

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

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

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision)

CIMADE : Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués

CM : Centre Médical

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNS : Conseil National du Sida

COPIL : Comité de Pilotage

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

COREVIH : Coordination Régionale de lutte contre le VIH

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

CRPV : Centre Régional de Pharmaco Vigilance

CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

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

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSI : Cadre Supérieur(e) Infirmier(e)

CSSP : Comité Sida Sexualités Prévention

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

DC : Dotation Complémentaire

DF : Direction des Finances

DGS : Direction Générale de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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 inclue des patients à partir de 1989.

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DOMEVIIH : Dossier Médico-épidémiologique du VIH

DPM : Direction de la Politique Médicale

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPS : Etablissement Public Spécialisé en santé mentale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

Fibroscan : Le fibroscan mesure de façon non invasive la fibrose du foie au cours des maladies du foie.

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

FNHVIH : Fédération Nationale d'Hébergement pour les PVVIH

FP : Fonction Publique

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GMD : Groupe de Morbidité Dominante

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hopital de Jour

HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

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

IP : Inhibiteur de Protéase

ISM : Inter Service Migrant

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVA : Indice de Valorisation de l'Activité (point IVA)

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LOPPSI : Loi d'Orientation et de Programmation pour la Performance de la Sécurité Intérieure

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

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

MEC : Médecin d'Etudes Cliniques

Médiane : la médiane est la valeur qui permet de partager une série numérique en deux parties de même nombre d'éléments. Ainsi, la médiane se distingue de la moyenne.

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

MISP : Médecin Inspecteur en Santé Publique

MMP : Manifestation Morbide Principale

Mode de transmission « indéterminé » : regroupe les patients atteints du VIH qui ne connaissent pas leur mode de contamination.

MSD : Laboratoire Merck Sharp & Dhome Chibret

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NSI : Nouveau Système d'Information

(Logiciel) E- 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.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PASTT : Groupe de Prévention et d'Action pour la Santé et le Travail des Transsexuel(le)s

PBH : Ponction Biopsie Hépatique

PGR : Plan de Gestion de Risques

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Il s'agit d'un 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 (RSS) permettant le classement en groupes homogènes de malades (GHM).
La catégorie majeure de diagnostic 25 (CMD 25) regroupe tous les codes relatifs à l'infection par le VIH.

PNLS 2010-2014 : Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014

PNM : Personnel non médical

PRS : Plan Régional de Santé

PRI2DE : Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PV : pharmacovigilance

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RDR : Réduction des Risques

RVH : Réseau Ville Hôpital

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

SIS : Sida Info Service

SLD : Soins de Longue Durée

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SNR : Serveur National de Résultats

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SRoS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDM : Therapeutic Drug Monitoring

TDR : Test de Dépistage Rapide

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

TIM : Technicien d'Information Médicale, personne chargée de collecter et traiter des informations médicales concernant les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement.

TPER : Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

T2A : Tarification à l'activité

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires aux détenu(e)s

UGA : Unité Gériatrie Aiguë

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

VHB/VHC : Virus de l'Hépatite B/ C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZHTCD : Zone d'hospitalisation de Très Courte Durée

Glossaire Recherche Clinique

ESSAIS ANRS

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 129 BKVIR

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

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/tenofovir chez des patients infectés par le VIH-1 ayant une mesure de l'ARN VIH-1 plasmatique inférieure à 50 copies/ml.

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 Tenofovir DF et Emtricitabine (Truvada®), dans le traitement de l'hépatite chronique B avec antigénémie HBe positive chez les patients infectés par le VIH.

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 151 HIFLUVAC

Etude 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 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 145 MARIMUNO

Etude 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 135 PRIMEVA

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

ANRS 136 MONOI

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

ANRS 143 NEAT 001 : Essai clinique randomisé sans insu sur les traitements comparant l'efficacité et la tolérance de deux stratégies thérapeutiques chez des patients infectés par le VIH-1 débutant une première ligne de traitement antirétroviral : Darunavir/r + Ténofovir/Emtricitabine versus Darunavir/r + Raltégravir

ANRS 147 OPTIPRIM : Essai randomisé multicentrique de phase III évaluant chez des patients en primo-infection VIH-1 l'impact sur les réservoirs (par quantification de l'ADN-VIH-1 dans les PBMC) d'une combinaison comprenant soit raltégravir, maraviroc, darunavir/r associée au Truvada® (emtricitabine/ténofovir), soit darunavir/r associé au Truvada®

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 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 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.

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 HB03 VIHVAC-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.

COHORTES ANRS

ANRS C09 COPANA (ex EP23)

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

ANRS CO19 COVERTE : Cohorte de jeunes adultes infectés par le VIH par voie verticale ou pendant l'enfance.

ANRS CO1 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 CO13 HEPAVIH

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

ANRS CO18 HIV CONTROLLERS (ex EP36)

Étude 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 C014 IL-2

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

ANRS EP38 IMMIP

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

Mortalité 2010 : Etude des Facteurs de mortalité VIH

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 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 C06 PRIMO (ex EP8)

Cohorte primo-infection.

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-URDEP : élargissement de l'offre de dépistage du VIH. Mise en place du dépistage par des tests rapides dans des services d'urgence de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

ANRS CO5 VIH-2 (ex EP19)

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

ETUDE 2H

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

ESSAIS INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

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.

ARTEMIS :

Etude du Prézista chez les patients naïfs de traitement.

BENCHMRCK- MK : Un essai multicentrique en double-aveugle, randomisé, contrôlé 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'anti-rétroviraux commercialisés par voie orale.

GILEAD 1960-112 :

Etude de phase II pour le développement de l'antiprotéase VHC.

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.

GS US 2360 103 :

Etude comparative du QUAD versus TUVADA/ REYATAZ

GS US 2360 114 :

Etude comparative new boost Gilead versus Ritonavir avec Atazanavir et Truvada

IL7

Etude 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.

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, internationale, 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.

ODMRK

Essai de phase III multicentrique, en double aveugle, randomisé, contrôlé 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.

SPARTAM :

Etude comparative de l'Atazanavir non boosté et Raltegravir en BID versus Atazanavir boosté et Truvada en QD.

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 278 C 209

Etude comparative TMC 278 et SUSTIVA.

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

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

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

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

- CH René Arbelletier 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

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 de Marne (94) Territoires SROS 94-1

- CHI Créteil
- CHI Villeneuve-Saint-Georges

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

- CH Emmanuel Rain à Gonesse

**établissements de l'AP-HP*

Annexe n°2 : Composition du Comité

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

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

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

2ème suppléant : Mme Bérénice STAEDDEL (Infirmière, Réseau VIH Créteil)

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

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

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

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

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

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

Titulaire : Mme Patricia HONORE (TEC, CHU Avicenne)

1er suppléant : M. Jean-Dominique MAGNIER (TEC, GH Lariboisière/ F. Widal)

2ème suppléant : M. Laurent RICHIER (TEC, CHI Créteil + CHI Villeneuve St Georges + CH Juvisy)

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

1er suppléant : Mme Josiane PHALIP LE BESNERAIS (Psychologue, CH Delafontaine St Denis)

2ème suppléant : *

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

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

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

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

1er suppléant : M. le Dr Olivier PATEY (CHI Villeneuve-St-Georges)

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

Titulaire : M. le Dr Jean-Luc DELASSUS (CH Robert Ballanger d'Aulnay)

1er suppléant : *

2ème suppléant : *

Titulaire : M. le Dr Eric LACHASSINE (CHU Jean Verdier)

1er suppléant : Mme le Dr Catherine LHERMITTE-CAHUZAC (GH Lariboisière/F. Widal)

2ème suppléant : *

Titulaire : Mme le Dr Elise KLEMENT (CM de Bligny)

1er suppléant : *

2ème suppléant : *

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

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

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

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

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

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

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

Titulaire : Mme le Dr Brigitte HILLION (CDAG, CH Lagny)

1er suppléant : M. le Dr Eric VANDEMEULEBROUCKE (CDAG, CH Gonesse)

2ème suppléant : *

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

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

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

Titulaire : Mme Laurence MALAGANNE (ACT Paris Est)
1er suppléant : Mme Sophie LASCOMBE (ACT Paris Sud)
2ème suppléant : *

Titulaire : Mme Maria ANDREOS (Directrice ACT Diagonale 91, Juvisy S/ Orge)
1er suppléant : M. Gérard PLACET (Chef de service ACT la rose des vents, Meaux)
2ème suppléant : *

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

Titulaire : M. Alain BONNINEAU (Aides 93)
1er suppléant : M. Reda SADKI (Comité des familles porté par Actif Santé)
2ème suppléant : *

Titulaire : M. Etienne MATTER
1er suppléant : Mme Aminata SISSOKO (Comité des familles porté par Actif Santé)
2ème suppléant : *

Titulaire : M. José SONGA (Bondeko)
1er suppléant : M. Frédéric NAVARRO (Act up Paris)
2ème suppléant : M. Antoine POPOT (Act up Paris)

Titulaire : M. Bernard BASSAMA (Chrétiens et Sida)
1er suppléant : Mme Michèle SIZORN (SOS Hépatites)
2ème suppléant : *

Titulaire : Mme Camille CABRAL (PASTT)
1er suppléant : *
2ème suppléant : *

Titulaire : Mme Jacqueline DHIEUX (Solidarités Enfants Sida)
1er suppléant : Mme Yvette BERTHOLOM (Solidarités Enfants Sida)
2ème suppléant : *

Collège 4 : Des personnalités qualifiées

Titulaire : Mme le Pr Nicole CIRARU-VIGNERON ((GH Lariboisière/F. Widal)
1er suppléant : Mme le Dr Rose NGUYEN (CH Sud Francilien)
2ème suppléant : *

Titulaire : M. le Pr Michel BEAUGRAND (CHU Jean Verdier)
1er suppléant : Mme le Dr Hélène LABADIE (CH Delafontaine St Denis)
2ème suppléant : *

Titulaire : M. le Dr Jean-Luc BOUSSARD (UCSA, centre de détention de Melun, CH de Melun)
1er suppléant : M. le Dr Ludovic LEVASSEUR (UCSA, maison d'arrêt de Villepinte, CH d'Aulnay)
2ème 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)
1er suppléant : Mme le Dr Arame M'BODJE (Association Sida Info Service)
2ème suppléant : *

Titulaire : M. Antonio UGIDOS (CRIPS IDF)
1er suppléant : *
2ème suppléant : *

Titulaire : M. le Dr Didier TROISVALLETS (CH Gonesse)
1er suppléant : *
2ème suppléant : *

* sièges non pourvus



www.corevihest.fr

Siège : CHU SAINT-LOUIS
1, Avenue Claude Veilheux
75475 Paris Cedex 10

Président
Fr. Willy ROZENBAUM

Vice Président
M. Alain BONNINEAU

Coordinatrice Administrative
M^{me} Sophie CAUSSE
Tel : 01 42 38 53 29
Fax : 01 42 49 46 31
sophie.causse@sis.aphp.fr

Secrétariat
Lyde LECLERC
Tel : 01 42 38 53 28
Fax : 01 42 49 46 31
secretariat.corevihest@sis.aphp.fr

Membres du bureau
Maria ANDREOS
Bernard BASSAMA
Pr Nicole GIRARD-VIGNERON
Dr Alain DEVIDAS
Patricia HONDRE
Dr Elise KLEMENT
Laurence MALAGANNE
Dr Didier TROISVALLETS

Paris, le 28 Octobre 2010

Monsieur Claude EVIN
Directeur de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France
35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19

Objet : Demande de régularisation de la situation des personnels du COREVIH IDF Est dépendant du Centre hospitalier sud francilien

Monsieur le Directeur,

Les membres du bureau du COREVIH IDF Est souhaitent vous alerter sur la situation administrative de quatre personnes travaillant pour le COREVIH IDF Est qui perdure depuis la création du COREVIH en Décembre 2007. En effet, malgré de nombreux contacts et demandes itératives de régularisation administrative de ces agents auprès des tutelles et des établissements hospitaliers concernés (CHSF et l'hôpital Saint-Louis), il s'avère, qu'à ce jour, aucune démarche n'a été entreprise en ce sens.

Conformément à l'instruction ministérielle relative au financement des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH du 23 Avril 2009 dont le paragraphe 2 dispose « les COREVIH sont financés par la dotation nationale de financement des MIGAC. La gestion des crédits est confiée à l'établissement de santé siège du COREVIH, ces crédits devant permettre de réaliser les trois missions transversales sur l'ensemble du territoire couvert par le COREVIH. Il est rappelé que le financement MIGAC attribué à l'établissement siège du COREVIH peut financer des personnels affectés dans des établissements non siège du COREVIH dans le cadre de conventions entre établissements de santé ».

Les préconisations du Comité national de suivi des COREVIH et une note émanant de la Direction de politique médicale de l'AP/HP en date du 22 Avril 2008 vont en ce sens.

Les quatre personnes suivantes sont actuellement embauchées en CDI par le CHSF sur des crédits MIGAC perçus au titre de l'ex-CISIH Sud Francilien :

- Mme Isabelle Turpault, TEC ;
- Mme Patricia Chardon, TEC ;
- Mr Laurent Richier, TEC ;
- Mlle Tiffany Courtiau, ex-coordinatrice administrative du CISIH.

Cet éclatement de gestion entraîne :

- un manque de lisibilité sur les crédits disponibles ce qui présente un handicap important en termes de gestion. Il est en effet impossible d'avoir la maîtrise de ces enveloppes.
- un regroupement de ces moyens permettrait d'assurer une meilleure pérennité des crédits et de garantir leur bonne affectation pour des dépenses liées au COREVIH
- une disparité de traitement des personnels (TEC) du COREVIH en termes de salaire, d'accès à la formation, de promotion professionnelle, de mobilité...

C'est la raison pour laquelle je vous serais extrêmement reconnaissant de faire en sorte que l'ensemble des effectifs de TEC attribués au COREVIH IDF Est puissent être affectés à l'hôpital siège.

Je vous en remercie et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.



Pr Willy ROZENBAUM
Président

Copie

- Mr Philippe Sauvage, Direction des finances, AP/HP ;
- Mme Laetitia Flender, Direction des finances, hôpital Saint-Louis ;
- Mme Aurore Le Bonnac, Direction des finances, CHSF
- Mme Monique Ricomes, Direction des ressources humaines, AP/HP ;
- Mr Emmanuel Raison, Direction des ressources humaines, hôpital Saint-Louis ;
- Mme Céline Dugast, Direction des ressources humaines, CHSF.

Annexe n°4 : Tableau Récapitulatif des Commissions et leur Projets

Nom du groupe	Thèmes	Objet/Projets	Etat d'avancement
Filière d'aval		Elaboration d'une plaquette pédagogique et d'un annuaire	relancé le 10/02/11
		Mobilisation des acteurs pour travailler en réseau et fluidifier le parcours patient	
Groupe suivi et prospective	élaboration et analyse de tableaux de bord	selon thèmes et objectifs fixés	aucune réunion faute mobilisation
Formation et EPP	Formation	Action sensibilisation pharmacien ville	Non Stand by
		Formation interne délivrance TPE	Non Stand by
		Parcours intégration nouveau TEC personnel COREVIH	Réalisé -
		Organisation de formation axée sur le volet social	à réaliser 2ème semestre 2010
	Organisation d'un évènement COREVIH sur les nouvelles stratégies de dépistage	à réaliser 2ème semestre 2011	
	EPP	RAS	Non Stand by ==> réforme EPP
Soins	Femmes	état des lieux de la FA	achevé
		enquête sur la prise en charge psy des femmes enceintes	en cours faible taux de retours
		enquête besoin en ACT	achevé
		enquête sur les possibilités de PMA	achevé
		enquête sur utilisation Internet par les femmes	achevé
		enquête sur observance TRT ARV des femmes enceintes	en cours comparaison 2004 vs 2009
		enquêtes sur les pères	abandonné car redondant avec l'EPF
		flyer "image du corps" hypo/hyper atrophie	rencontre en mars organisée par l'asso Femmes et VIH
		enquête sur annonce séropositivité aux enfants séronégatifs	en cours sur 3 sites
	Foie	élaboration d'un document de bonnes pratiques/reco/critères adressage + annuaire des ressources disponibles	en cours
		annuaire des fibroscan (pérennité Roche/COREVIH?) et consultation de référence	en cours
		recensement et communication des staff VIH hépato	en cours
		mise en place un staff hépato trimestriel COREVIH (vidéoconf)	en cours
	Complications	Annuaire ressources new fill	réalisé
	Enfants-Adolescents		aucune réunion faute mobilisation/ à annuler ?
	Hôpitaux de jour		aucune réunion faute mobilisation/ à annuler ?
	Neuro		aucune réunion faute mobilisation/ à annuler ?

Nom du groupe	Thèmes	Objet/Projets	Etat d'avancement
Recherche clinique		état des lieux 2008 repris par COREVIH pour rapport activité 2009	Réalisé
		appel à projet en 2010 : 3 retenus sur 10 mis en œuvre 2011	en cours
		Enquête dépistage 1 semaine donnée	1ere réunion le 18/02/11
		Analyse prévalence/ incidence perdus de vue	en cours
		Etude prospective sur la sérologie VIH-VHC-VHB chez les conjoints de patients	en cours
Psy		Organisation d'atelier cas cliniques psy/somaticiens (2 par an)	réalisé
		Elaboration d'un annuaire ressource psy	à diffuser
Addictions	<i>lettre de mission en attente</i>	Enquête	Envoi en cours/ retour prévu le 15/04/11
Dépistage	cible centres de vaccination (5)	enquête sur proposition dépistage lors vaccin anti amaril ==> proposition dépistage sur période test collaboration CDAG/Associations	stand by
	cible CDAG/CIDDIST (25)	réflexions anticipées pour la mise en place de la réforme	en cours
	cible centres IVG (26 s/ 48)	enquête sur proposition dépistage ==> anticipation recommandations HAS	stand by
	cible PASS (12 s/ 18)	proposition de dépistage faisabilité mise en œuvre variable selon contexte (moy. humains et financiers)	stand by
	cible Medecins traitants	enquête sur le dépistage automatique chez le médecin traitant	en cours
	cible tous les CH du COREVIH IDF EST	Dépistage sur une semaine donnée sur tous les CH du territoire chez tous les hospitalisés	en cours
	cible service pneumologie (31)	faible taux de réponse pas analyse exploitable	stand by
Education thérapeutique du patient et prévention	ETP	état des lieux 2009	réalisé
		mise en place d'une formation co-organisée avec le CRIPS	en cours d'achèvement/ bilan / quid de la suite
		mise en place d'un groupe de suivi et d'évaluation	projet 2011
	Prévention	Relance sur prévention positive	en cours
Pharmacovigilance et TRT ARV		évaluation prise en charge med. des AES	réalisée
		Formation interne délivrance TPE (cf Commission formation)	stand by
		Action sensibilisation pharmaciens ville (cf commission formation)	stand by
		enquêtes sur les doc AES prof du territoire ==> harmonisation analyse à faire	
		enquête TDM (dosage des TRT) ==> rédaction d'un livret pharmacocinétique	
		renforcer la collaboration avec les CRPV ==> communication et retour des déclarations effets indésirables	

Nom du groupe	Thèmes	Objet/Projets	Etat d'avancement
Biologie		Enquête état des lieux	réalisée
		Réflexions à mener sur les dosages et le coût des BHN	stand by
Précarité et accès aux soins	<i>lettre de mission en attente</i>	élaboration d'une carte identifiant les points d'accès aux soins ville/hôpital	
		élaboration d'un guide des droits sociaux	
		Question PASS	à envoyer
Migrants		Enquête utilisation interprétariat	réalisée - à refaire action à mener
		Etude sur les pays d'origine des migrants	réalisée mais renseignements non significatifs
		Annuaire des structures ressources du Sud	
		Réunion d'informations thématique	réalisée
Perdus de vue		à lancer en 2011 - appui méthodologique SFLS sollicité	à lancer en 2011 - appui méthodologique SFLS sollicité
Prison (Inter-COREVIH IDF)		état des lieux UCSA	réalisé
		amélioration du recueil épidémio (informatisation)	
		protocole recherche dépistage rapide	projet
		identification /annuaire des structures et interventions (associatives/médico sociales/partenariats)	
		harmonisation bonnes pratiques	
		améliorer RDR et accès au dépistage en cours de détention	
		amélioration préparation à la sortie	

Les commissions ou groupes de travail grisés ne seront pas maintenus.

Annexe n°5 : Programme formation « Education Thérapeutique et Prévention »

Lundi 17 mai 2010

9h30-10h

Sophie Causse, coordinatrice administrative, Corevih IDF Est et Joana Houdayer, Crips IDF

- Présentation de la formation, des formateurs et des participants

10h-11h15

François Bourdillon, médecin de santé publique, CHU Pitié-Salpêtrière

- Une loi pour l'éducation thérapeutique : enjeux pour les équipes travaillant auprès des malades
- La prise en compte de l'éducation thérapeutique dans la Loi HPST.
- Les enjeux pour l'avenir.

11h30-12h30

Joana Houdayer, coordinatrice, Crips IDF

- Les représentations des participants sur l'éducation thérapeutique du patient : ébauche d'une définition

14h-17h

Franck Barbier, responsable santé, AIDES

- Les attentes et les besoins du patient
- La place des associations dans les programmes eux-mêmes : expérience commune, travail avec les relais, relation patient/soignant.

Mardi 18 mai 2010

10h30-17h

Julie Rouprêt-Serzec et Vanessa Rathouin, pharmaciens des hôpitaux

- Notions et concepts sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- Elaboration d'un projet d'ETP : méthodologie de projet, faisabilité du projet, questions opérationnelles à se poser avant une activité d'ETP
- Conception d'un programme d'ETP : composition et structuration du programme (diagnostic éducatif, objectifs d'éducation et contrat, dossier d'éducation, évaluation)
- Formation soignants/associatifs
- Mise en pratique à travers un atelier

Lundi 7 juin 2010

9h30-17h

Agnès Certain et Vanessa Rathouin, pharmaciens des hôpitaux

Dominique Rolland, psychologue, Crips IDF

- Pré-requis à la mise en place d'un processus d'ETP : besoins fondamentaux, pré-requis (+ ateliers)
- Modèles théoriques composant l'ETP/ multidisciplinarité (ateliers)

Mardi 8 juin 2010

9h30-17h

Agnès Certain et Vanessa Rathouin, pharmaciens des hôpitaux

- Démarches pédagogiques d'éducation : le diagnostic éducatif (ateliers), le contrat d'éducation et les objectifs d'éducation (ateliers), le dossier d'éducation

Lundi 21 juin 2010

9h30-17h

Agnès Certain et Vanessa Rathouin, pharmaciens des hôpitaux

- Concevoir et animer des séances d'éducation : priorisation des objectifs d'éducation et structuration des séances (ateliers), éducation initiale / de suivi / de reprise, méthodes et techniques pédagogiques.

Lundi 20 septembre 2010

9h30-16h

France Lert, épidémiologiste, Inserm

Anaïs Sitruk, biostatisticienne, COREVIH IDF Est

- Mise en œuvre d'un suivi et d'une évaluation

16h15-17h

Joana Houdayer et Sophie Causse

- Evaluation de la formation

Annexe n°6 : Liste des Fibroscans en service sur le territoire de la COREVIH Ile-de-France EST

Dept	CP	VILLE	ETABLISSEMENT	MEDECIN	SERVICE	ADRESSE	TELEPHONE
75	75010	PARIS 10	Lariboisière	Pr. Bergman	Serivce de Médecine Interne A	2 rue Ambroise Paré	01 49 95 63 34
75	75010	PARIS 10	St Louis	Pr Eric de Kerviler	Service de Radiologie	1 av Claude Vellefaux	01 42 49 91 34
77	77000	MELUN	CH Marc Jacquet	Dr. Laurent Tsakiris		2 rue Fréteau de Pény	01 64 71 60 36
77	77100	MEAUX	CH Meaux	Dr. Glikmanas	Hépto-gastroentérologie	7 rue St Fiacre	01 64 35 36 74
77	77488	PROVINS	CH Léon Binet	Dr. D'Aronde	Hépto-gastroentérologie	rte de Chalautre, BP 212	01 64 60 40 30
77	77400	LAGNY	CH Lagny	Dr. Gille Macaigne	Service Hépto-gastroentérologie	31 av Général Leclerc	01 64 30 70 70
93	93000	BOBIGNY	Avicenne	Dr. Dominique Roulot		125 rue de Stalingrad	01 48 95 54 33
93	93200	ST DENIS	CH St Denis	Dr. Labadie		2 rue du Dr Delafontaine	01 42 35 61 40
94	94000	CRETEIL	Libéral	Dr. Catherine Douvin		13 av de Verdun	01 48 99 99 90
94	94010	CRETEIL	CHIC	Dr. Michel Chousterman		40 av de Verdun	01 45 17 54 80
94	94195	VILLENEUVE ST GEORGES	CH Intercommunal	Dr. Louis Bettan		40 allée de la Source	01 43 86 21 84
94	94360	BRY SUR MARNE	Hôpital Ste Camille	Dr Bertrand Condat	Service Hépto-gastroentérologie	179 bd Pasteur	01 49 83 10 10
95	9500	GONESSE	CH Gonesse	Dr Arnaud Puwels		25 rue Pierre Theilley	01 34 53 20 62

Annexe n° 7 : Résultats de l'enquête sur la prise en charge des AES professionnels

Résultats de l'enquête AES professionnel

COREVIH IDF Est

Commission Traitement ARV et Pharmacovigilance
Michelle MACAUX
Septembre 2009

Cette enquête s'inscrit dans une
des 3 missions principales des
COREVIH

« améliorer la qualité des pratiques
et harmoniser »

Participation à l'enquête

13 réponses / 27 hôpitaux concertés

● AP HP	3 / 4	75 %
● PSPH	1 / 1	100%
● Non AP HP	9 / 22	41%

Approche locale de la participation à l'enquête

● Paris	2 CHU	2 participations
● Seine St Denis	6 H	4 participations
● Val de Marne	2 H	1 participation
● Val d'Oise	1 H	0 participation
● Seine et Marne	8 H	3 participations
● Essonne	8 H	3 participations

Identification de la personne qui a rempli le questionnaire

Fonctions

- Médecins du travail 6
- Cadres experts qualité 2
- Cadres hygiénistes 3
- Coordinatrice gde des soins 1
- Praticien hospitalier 1

Les thématiques abordées

- Moyens disponibles pour informer les professionnels du risque d'AES et de la conduite à tenir si AES
- Le guide local « procédure » mis à disposition des médecins référents qui prennent en charge les victimes d'AES
- La mise à disposition du traitement prophylactique

Question n°1 : Disposez vous de moyens pour informer les professionnels de la conduite à tenir en cas d'AES?

- Procédures 11/13
- Affichettes 9/13
- Livrets d'information 2/13
- Autres
 - Les procédures seules
 - Les procédures et affiches
 - Les procédures et livrets
 - Les affiches et les livrets
 - Les procédures et les affiches et les livrets

Autre mode de communication

Journée thématique annuelle

Journées de formation

Question n°2 : Existe-t-il une procédure écrite de prise en charge des victimes d'AES professionnels ?

• Il existe une procédure écrite :

Oui - 100%

Quelle est la date de la dernière actualisation de la procédure ?

- 2004 X2
- 2006 X1
- 2007 X1
- 2009 X5 (avant questionnaire)
- Pas de réponse sur la date de la mise à jour mais un engagement de mise à jour d'ici 2010

Quelle est la périodicité d'actualisation de la procédure ?

- 1/13 annuelle
- 6/13 : pas de périodicité définie
- 5/13 : ça dépend de l'évolution des besoins
- 1/13 : pas de réponse

Quelle est la modalité de diffusion de cette procédure ?

- Intranet COMEDIS
- Instances CHSCT
- Cellule Qualité /Référents Hygiène
- Diffusion papier Affichage

Question 3 : Y-a-t-il une personne référente chargée de mettre en place et de veiller au respect des recommandations thérapeutiques au sein de votre structure ?

Oui 100 %

70 % Infectiologue ou Interniste
(PH, PU PH Chef de pôle)
30 % Médecin du travail

Question n°4 : auprès de quel service et/ou personne faut-il s'adresser pour avoir accès à un traitement ARV prophylactique ?

- SAU
- CDAG
- Pharmacie hospitalière
- Médecin référent de garde sur BICHAT

• **Fiche de déclaration**

Téléchargeable à l'adresse : <http://ammpgu.org/abstract/abvitot.pdf>

• **A qui déclarer ?**

Paris - Fermand Vidal
 Dr. Philippe Emekhari
 Tél : 01 40 06 43 34
 Fax : 01 40 35 76 28
 Email : pharmacovigilance.fermand.vidal@hop-lob-paris.fr
 Hôpital Fernand Vidal
 200 rue de Faidherb Saint Denis
 75 475 Paris cedex 10

Paris - Saint-Antoine
 Dr. Michel Babi
 Tél : 01 43 47 54 69
 Fax : 01 43 07 07 11
 Email : michel.babi@aphp.fr
 CHU Saint-Antoine
 184 rue de Faidherb Saint-Antoine
 75571 Paris cedex 12

Paris - Cochin / Saint-Jacques de Paul
 Dr. Françoise Bavoix
 Tél : 01 40 48 82 13
 Fax : 01 43 35 59 17
 Email : françoise.bavoix@hop-lob-paris.fr
 Groupe Les pilier - Cochin Saint-Jacques et de Paul
 82 rue de Valenciennes
 75014 Paris

Paris - Henri Mondor
 Dr. Hens Le Lotét
 Tél : 01 49 81 47 00
 Fax : 01 49 81 47 63
 Email : henslelotet@aphp.fr
 Hôpital Henri Mondor
 51 avenue de Maréchal de Lattre de Tassigny
 94010 Créteil cedex

COREVIH Ile-de-France Est
 1, avenue Claude Vellefaux
 75 475 Paris Cedex 10
 Tél : 01 42 38 53 28
 Fax : 01 42 49 46 31

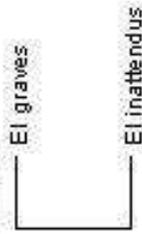
secretariat.corevihest@sls.aphp.fr
www.corevihest.fr

• **Que faut-il déclarer ?**

Pharmacovigilance des ARV

« Rien à déclarer ? »

En priorité

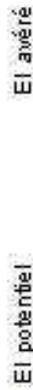


Mais aussi :

EI attendus dont la fréquence peut augmenter

Ne pas oublier :

le **mésusage** qui peut être responsable d'erreurs médicamenteuses et qui peut conduire à



• **Qui déclare ?**

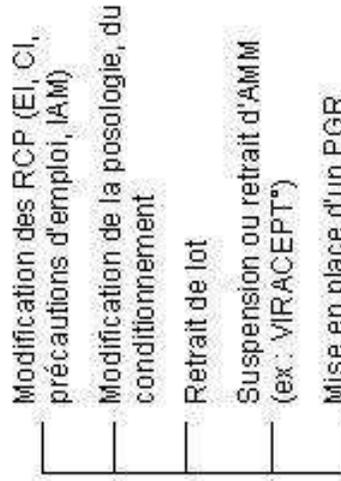
Tout professionnel de santé qu'il ait prescrit, dispensé administré ou non le médicament

(Décret en Conseil d'Etat n° 95-278 du 13 Mars 1995, relatif à la pharmacovigilance et modifiant le CSP)

• **Importation du COVIDIS**

Afin de s'assurer que les EI graves ou inattendus dont il a eu connaissance ont été déclarés au CRPV

• **Impact potentiel des déclarations**



• **Limite des essais cliniques**

- Trop peu de patients inclus dans les essais cliniques pour évaluer l'apparition d'EI rares
- Critères d'inclusion et/ou de non-inclusion trop restrictifs ; parfois très différent de la « vraie vie »

Annexe n°9 : Etat des lieux de la prise en charge en détention, au titre de l'année 2009

		VILLEPINTE	MELUN	MEAUX
INFORMATIONS GENERALES	Typologie établissement pénitentiaire	Maison d'Arrêt	Centre de détention	Centre pénitentiaire
	Capacité d'accueil	587	308	592
	Nombre moyen de détenus en 2009	970	300	783
	Nombre moyen d'entrants en 2009	1880	NR	1307
	UCSA	Hopital R. Ballanger Aulnay ss/Bois (93)	CH Marc Jacquet Melun (77)	CH de Meaux (77)
	SMPR	NR	Fleury	Sans. Dispositif de Soins Psychiatriques intégré à l'UCSA, rattaché au Secteur de Psychiatrie du CH Meaux
	Recueil épidémiologique informatisé	NON	NON	NON
	Informatisation envisageable	OUI aussi bien pour DMI2 que E- Nadis®	Peut-être	Peut-être
MOYENS Moyens disponibles pour la prise en charge médicale et sociale	Humains	Médecin: 1,9 ETP Infirmière: 6 ETP Psychologue: 3 ETP Psychiatre: 1,5 ETP AS: 0 Spécialistes: 0,5ETP	Médecin: 1 ETP Infirmière: 3,8 ETP Psychologue: 2,75 ETP Psychiatre: 0,8 ETP AS: 0 Spécialistes: 4,3 ETP (kiné, dentiste, cadre, pharmacien, manip radio, secrétaire)	Médecin: 1,8 ETP
	Matériels	200m2 comprenant 1 secrétariat, 4 box de consultation, 1 salle de soins, 1 cabinet dentaire, 1 salle radio	NR	2 cabinets équipés dont 1 doté de matériel mobile de prise en charge des urgences (ECG, moniteur multiparamètres, DSA, kits de prise en charge des urgences ventilatoires et circulatoires) 1 poste de soins infirmiers, avec plages quotidiennes de prélèvements sanguins 5 j/7 de 8h à 9h 1 appareil de radiologie numérisée fonctionnant 2 j/sem 1 cabinet de soins dentaires équipé 1 cabinet de psychiatrie + 2 cabinets de psychologues

		Structures associatives, médico-sociales	CAARUD FIRST + consultation post-carcérale ASSAMEDE?	Sida Info Service, Aides, Réseau Ville-hôpital, CCAS et CSST	Sida Info Service, Intervention du médecin addictologue du CSST de l'hôpital de MEAUX à raison de 2 vacations hebdomadaires, en lien avec l'équipe infirmière ; Intervention du médecin Alcoologue de l'hôpital de MEAUX à raison de 2 vacations mensuelles. Orientation des sortants sur les structures de proximité, dont le CSST de l'hôpital de Meaux.
PREVENTION	Information et prévention	Infos disponibles dans le livret d'accueil	NON	NR	OUI
		Brochure sur l'organisation des soins en détention	OUI	OUI	OUI
		Brochure d'infos sur les IST, RDR, ...	OUI accessible à l'UCSA	OUI accessible à l'UCSA	OUI dans les cabinets de soins de l'UCSA
		Préservatifs	OUI accessible à l'UCSA	OUI accessible à l'UCSA	OUI dans les cabinets de soins de l'UCSA
		Outils RDR à destination des UD	NON	NR	NON
DEPISTAGE	Proposition systématique de dépistage à l'entrée en détention	au VIH	OUI	OUI	OUI
		au VHB	OUI	OUI	OUI
		anticorps HBS	OUI	OUI	OUI
		au VHC	OUI	OUI	OUI
		autres IST	OUI, BW (syphilis)	NON seulement à la demande	NON mais projet dépistage Chlamydiae
	Modalités de dépistage au cours de la détention	Intégration à la visite "entrant"	OUI	OUI	OUI lère proposition dès l'entretien d'accueil infirmier. Prélèvement vers J3, résultats remis en Consultation médicale vers J18 (en cas de refus le dépistage sera systématiquement reproposé une fois lors de la consultation médicale à J18)
		Consultation spécifique de prescription	OUI	NON	NON
		accès par l'UCSA	OUI	OUI	OUI
		accès par le CDAG	NON	NR	NON

SUIVI ET PRISE EN CHARGE	Nombre de tests de dépistage réalisés en 2009	VIH	746 dont 7 positifs sur 1% de détenus testés	22 dont 0 positifs	670 dont 4 positifs sur 51,3% de détenus testés
		VHB	746 dont 12 positifs sur 1,8% de détenus testés	16 dont 0 positifs	668 dont 14 positifs sur 51,1% de détenus testés
		VHC	746 dont 21 positifs sur 3% de détenus testés	15 dont 0 positifs	676 dont 23 positifs sur 51,7% de détenus testés
	Procédure	Tests réalisés par un CDAG, si oui lequel? Sinon par qui?	NON, Labo du CHIRB d'Aulnay - Prélèvements faits par les IDE de l'UCSA	NON, réalisés par l'UCSA	NON, réalisés par le CH de Meaux
		Délai de rendu des résultats	1 mois	1 semaine	1 semaine
		Consultation spécifique de rendu	OUI	OUI	OUI
		Respect de l'anonymat	OUI	NR	Résultats remis oralement en 1ère intention. Résultats écrits, nominatifs, remis systématiquement à la sortie ou sur demande au cours de l'incarcération.
	FA 2009 + patients sous traitement	VIH	7	2 traités	NR
		VIH+VHB	0	NR	NR
		VIH+VHC	5	1 traité	NR
VHB		12	1 traité	NR	
VHC		21	1 traité	NR	
VHB+VHC		0	NR	NR	
VIH+VHB+VHC		0	NR	NR	
Nbre patients total		40	NR	NR	
Suivi	Accompagnement thérapeutique	NON	NON	NON	
	Vaccination VHB	OUI	OUI	OUI	
	Nombre de détenus vaccinés VHB en 2009	165	10	NR	
TPE	Existence d'un protocole	OUI	OUI	OUI, protocole hospitalier géré par les urgences	
	Modalités d'informations	UCSA	consultation médicale	NR	

PREPARATION A LA SORTIE	Accès aux consultations spécialisées	Nombre d'évaluation réalisées et de traitements prescrits	NR	0	0
		Infectiologie	OUI à la demande et sur extraction	OUI à la demande et sur extraction	OUI avec extraction
		Gastro-entérologie	OUI sur place ou avec extraction une fois/mois	OUI à la demande et sur extraction	OUI sur place (2 vacations hebdomadaires)
		Plateau technique	Fibrotest (délai moyen 1 semaine)	PBH (délai moyen 1 mois) Fibroscan (1 mois)	PBH (délai d'1 mois) et Fibrotest (délai 1 semaine)
	Au niveau médical	Envoi d'un CR au médecin traitant	NON	NON	NON
		Remise d'un CR à la personne libérée	OUI	OUI	NON
		Ordonnance et traitement remis pour min 48h	OUI	OUI	OUI
		Remise de kit de sortie	NON	OUI (préservatifs, eau de javel, brochures)	OUI, Remise systématique des résultats et comptes rendus d'examens, de consultations spécialisées
	Au niveau social	Ouverture des droits sociaux	NON	NR	NON
		Couverture sociale	NON	NR	NON
Aide à l'hébergement		NON	NR	NON	
Remarques		Recrutement d'un infectiologue en cours	Les détenus ont tous eu déjà un test de dépistage ou proposition de test dans leur établissement d'origine et en cas d'infection ils arrivent avec leur ttt. Les infections VIH sont prises en charge sur place par le médecin coordinateur, et par ailleurs par une consultation VIH dans l'établissement de rattachement.		

Annexe n°10 : Programme Journée Inter COREVIH d'Ile de France

21 janvier 2010 :

- 9 h 00 Introduction : Yannick LE GUEN – DHOS, Dr Carole CRETIN – DRASSIF et Pr Jean-Yves FAGON – AP-HP
- 9 h 30 - 10 h 45 **Session 1 : « Recueil de données : Comment ? Pour qui ? Pourquoi ? »**
Modératrices : Pr. Christine KATLAMA, (présidente COREVIH Ile-de-France Centre) et Murielle MARY-KRAUSE (INSERM)
- 9 h 30 - 9 h 50 « Enjeux du recueil de données, constats, propositions »
Dr. Christine BARBIER, DRASSIF
- 9 h 50 – 10 h 00 « Conditions pour l'optimisation du recueil des données »
Jean-Luc ECOBICHON, COREVIH Ile-de-France Ouest
- 10 h 00 - 10h10 Discussion avec la salle
- 10 h 10 - 10 h 20 « Etude sur les patients âgés de plus de 60 ans »
Huguette BERTHE, COREVIH Ile-de-France Ouest
- 10 h 20 - 10 h 30 « Bilan des nouveaux diagnostics VIH en 2008 dans le cadre de la COREVIH Ile-de-France Centre »
Dr. Laurent FONQUERNIE, Malka TINDEL, COREVIH Ile-de-France Centre
- 10 h 30 - 10 h 45 Discussion avec la salle
- 11 h 15 - 12 h 45 **Session 2 : « Dépistage »**
Modérateur : Pr Willy ROZENBAUM (président COREVIH Ile-de-France Est)
- 11 h 15 -11 h 40 « Les dernières recommandations de l'HAS en matière de dépistage »
Dr. Olivier SCEMAMA (HAS)
- 11 h 40 - 12 h 45 Les expériences de 3 COREVIH :
- 11 h 40 - 12 h 00 : COREVIH IDF Est : « Les projets menés dans le cadre de la Commission Dépistage », Pr Willy ROZENBAUM
- 12 h 00 - 12 h 25 : COREVIH IDF Ouest : « Difficultés et faisabilités du dépistage rapide au service des urgences adultes de l'hôpital Louis Mourier », Dr Anne-Marie SIMONPOLI
- 12 h 25 – 12 h 45 COREVIH IDF Nord : « Recherche-Action menée en partenariat avec les réseaux de santé auprès des médecins généralistes sur le territoire de la COREVIH IDF Nord », Zahia RAHMANI
- 12 h 45 - 14 h 00 Pause déjeuner
- 14 h 00 - 14 h 15 « Les COREVIH à l'heure de la réduction des risques sexuels ? »
Pr Gilles PIALOUX (Tenon)
- 14 h 15 - 15 h 30 **Session 3 : « Continuité de la prise en charge – Quelles filières d'aval ? »**
Modérateur : Pr Elisabeth ROUVEIX (présidente COREVIH IDF Ouest)
- 14 h15 - 14 h 25 « Pourquoi inscrire le VIH dans le volet soins de suite du schéma régional d'organisation des soins (SROS SSR) en Ile de France ? » Dr Christine Barbier, DRASSIF

- 14 h 25 - 14 h 45 « Continuité de la prise en charge : Besoins et réponses des SSR Viroses dans la filière de soins » Dr Elise KLEMENT (Bligny)
- 14 h 45 - 15h 00 « Le point de vue des associations », Luc MIDOL MONNET (Basiliade)
- 15 h 00 - 15 h 10 « T2A restructurations hospitalières et VIH », Pr Gilles PIALOUX (Tenon)
- 15 h 10 - 15 h 30 Echange avec la salle
- 15 h 30 - 17 h 00 **Session 4 : « Quelle coordination pour la prise en charge des migrants ? »**
Modérateur : Pr Alain SOBEL (président COREVIH Sud)
- 15 h 30 – 15 h 45 Présentation des orateurs et débriefing du colloque « Migrants et VIH » de la COREVIH IDF Sud du 9 octobre 2009
- 15 h 45 - 16 h 05 « Prise en charge par le Réseau Ville Hôpital des migrants originaires d'Afrique Subsaharienne ». Dominique ALBUCHER (Assistante Sociale, Présidente du RVH Val de Seine, Hôpital Foch)
- 16 h 05 - 16 h 25 « Prise en charge des migrants : place de la dimension culturelle » Pr Olivier BOUCHAUD (Hôpital Avicenne)
- 16 h 25 - 16h 45 Titre : « La place de la médiation dans la coordination de la prise en charge des migrants ». Expériences du service du Pr Serge HERSON en médecine Interne du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière. Sié DIONOU (Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière)
- 16 h 45 - 17 h 00 Echange avec la salle
- 17 h 15 Conclusion Pr Patrick YENI (président COREVIH IDF Nord et Coordinateur du rapport d'experts) et Vincent DOUBRERE (UNALS)

Annexe n°11 : Programme de la première rencontre nationale des coordonnateurs des COREVIH

6 mai 2010 :

I/ L'INSTANCE COREVIH

1) Financement de la COREVIH

Exposé : « Le financement des COREVIH » (Mikaël LE MOAL, DGOS)

2) Moyens en personnel de la COREVIH

→ Recrutement des TECs / coordinateur / secrétaire

→ Formation des personnels

Exposé : « Présentation du parcours d'accueil et d'intégration des TEC » (Sophie CAUSSE, coordinatrice COREVIH IDF Est)

3) Fonctionnement et organisation de la COREVIH

→ Mutation CISIH/COREVIH : Evolution des missions ? Champs d'action ?

→ Rattachement administratif de la COREVIH à un établissement public de santé

Exposé : « Remboursement frais de déplacement : présentation d'un modèle de convention (Ludovic DARSCH, coordinateur de la COREVIH Alsace)

→ Mobilisation des acteurs / disponibilité des acteurs

Exposé : « Programme de coordination régionale » (Dr. SOW, coordinatrice, COREVIH de Guadeloupe)

→ Circulation de l'information entre les membres

Systèmes d'information et de recueil épidémiologique

→ Déploiement DMI2 / DOMEVIH / E- NADIS®

Exposé : « Déploiement de la solution E-nadis® sur le territoire de la COREVIH Alsace » (Ludovic DARSCH, coordinateur de la COREVIH Alsace)

Exposé : « Déploiement du DOMEVIH » (Murielle MARY-KRAUSE, INSERM)

II/ PLACE DE LA COREVIH DANS LA NOUVELLE GOUVERNANCE REGIONALE

III/ LE COORDINATEUR DE LA COREVIH

1) Fonctions et Missions du Coordinateur

2) Profil du Coordinateur

3) Le binôme Coordinateur/Président

Exposé : « Présentation des conclusions issues de l'atelier de la première formation-action des COREVIH (Véronique TIRARD FLEURY, chargée de projet pour la SFLS)

4) Relation du Coordinateur avec les institutions et les directions hospitalières

5) Savoir-faire et qualités requises

Exposé : « présentation de la Boite à Outils des COREVIH » (Véronique TIRARD FLEURY, chargée de projet pour la SFLS)