



RAPPORT D'ACTIVITE ANNEE 2011

Hôpital Siège : CHU Saint Louis

Adresse postale :
Hôpital Fernand Widal
200, rue du Faubourg-Saint-Denis
75 010 PARIS
Secrétariat : 01 40 05 48 36
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 de :

- ✂ favoriser la coordination des professionnels médico-sociaux ainsi que les associations de malades et des usagers du système de santé ;

- ✂ 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 de 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.

- ✂ 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.

L'année 2011 marque la fin de la première mandature des COREVIH. Les équipes opérationnelles se sont étoffées et les acteurs du territoire ont tissé des liens notamment à l'occasion des réunions des Commissions de travail. Au cours de ces quatre années, les bases de la COREVIH ont été établies et des projets ont été mis en place avec plus ou moins de réussite. Forte de ces pré-requis et de ces expérimentations, la deuxième mandature sera largement orientée vers la coordination d'acteurs et la réalisation d'actions concourant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

SOMMAIRE :

I IDENTIFICATION DE LA COREVIH IDF EST.....	5
1.1 REGION ADMINISTRATIVE	5
1.2 TERRITOIRE DE REFERENCE	5
1.3 ETABLISSEMENTS DE SANTE	6
A) Etablissement siège	6
B) Etablissements hospitaliers.....	6
1.4 LE COMITE	7
A) La Composition.....	7
B) Les Réunions.....	7
1.5 LE BUREAU	8
A) Sa Composition.....	8
B) Les Réunions.....	8
II MOYENS DE LA COREVIH IDF EST.....	9
2.1 ETAT DES RECETTES ET DEPENSES AU TITRE DE L'ANNEE 2011	9
2.2 RESSOURCES HUMAINES PARTICIPANT AUX MISSIONS DE LA COREVIH.....	10
A) Etat des effectifs rémunérés au cours de l'année 2011	10
B) La formation continue des personnels	12
2.3 MOYENS MATERIELS MIS A DISPOSITION POUR LE FONCTIONNEMENT DE LA COREVIH	14
III OUTILS DEVELOPPES PAR LA COREVIH IDF EST	17
3.1 LES OUTILS DE COMMUNICATION ET DE DIFFUSION DE L'INFORMATION	17
A) Le Site Internet.....	17
B) Le Bulletin d'Informations	19
C) Autres outils.....	19
3.2 L'OUTIL DE RECUEIL EPIDEMIOLOGIQUE : LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE E-NADIS ®	19
IV ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES.....	24
4.1 REPARTITION DE LA FILE ACTIVE TOTALE DE LA COREVIH IDF EST.....	25
A) Comparaison des files actives totales par année.....	25
B) Détail des files actives par établissement –Comparatif 2009/2011.....	26
C) Activité 2009-2011 relative aux UCSA.....	28
4.2 ANALYSE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA FILE ACTIVE VALIDEE	30
A) Analyse totale de la file active 2011	30
a) Répartition par profil	31
b) Répartition par type d'infection.....	32
c) Patients décédés.....	33
d) Répartition par âge et par sexe	34
e) Répartition par mode de contamination	35
f) Répartition par stade de la maladie	36
B) Analyse sur les patients nouvellement dépistés.....	37
a) Répartition par profil	37
b) Répartition par type de VIH et par sexe.....	38
c) Répartition par tranche d'âge	39
d) Répartition par mode de contamination	40
e) Répartition par stade de la maladie.....	41
f) Répartition par tranche de CD4	42
g) Répartition par Charge Virale	43
C) Analyse sur les patients en cours de traitement.....	44
a) Répartition par tranche de CD4.....	44
b) Répartition par Charge Virale	45
c) Répartition par type de traitement ARV : combinaisons thérapeutiques	46
d) Répartition par type de traitement ARV : classes thérapeutiques	47
D) Analyse sur les patients sans traitement.....	48
a) Répartition par tranche de CD4.....	48
b) Répartition par Charge Virale	49
4.3 ANALYSE COMPARATIVE DES FILES ACTIVES VALIDEES 2008-2011	50
A) Comparaison sur les files actives	50
a) Répartition par sexe.....	51
b) Répartition par âge	51
c) Répartition par mode de contamination	52
B) Comparaison sur les patients nouvellement dépistés.....	53
a) Répartition par sexe.....	53
b) Répartition par mode de contamination	54

V ACTIVITE DE RECHERCHE CLINIQUE	55
5.1 ACTIVITE GLOBALE DE RECHERCHE CLINIQUE	56
A) Comparaison du nombre de patients suivis dans des essais et/ou cohortes en 2008/2011	57
B) Activité de Recherche Clinique menée dans le cadre de l'ANRS	59
a) Essais	59
b) Cohortes	60
C) Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS	61
a) Essais	61
b) Cohortes	63
5.2 ANALYSE DETAILLEE DE LA RECHERCHE CLINIQUE	65
A) Activité de recherche clinique menée dans le cadre de l'ANRS	65
a) Essais	65
b) Cohortes	66
B) Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS : (Industrie Pharmaceutique)	67
a) Essais	67
b) Cohortes	68
VI FONCTIONNEMENT	69
6.1 COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL	69
A) Présentation générale des commissions	69
B) Présentation thématique des commissions	69
Commission « Addiction »	69
Commission « Migrants »	70
Commission « Filière d'aval »	70
Commission « ARV et Pharmacovigilance »	70
Commission « Education Thérapeutique et Prévention » (ETP)	70
Commission « Psy »	72
Commissions « Soins »	73
Commission « Recherche Clinique »	74
Commission Inter COREVIH « Prison »	75
Commission « Dépistage »	76
Commission « Perdus de vue »	79
6.2 BILAN DE FONCTIONNEMENT DE LA COREVIH	80
Le fonctionnement des instances	80
Objectifs réalisés au 31 décembre 2011 au fil de la 1 ^{ère} mandature	80
6.3 CONVENTIONS SIGNÉES ENTRE ETABLISSEMENTS POUR L'ORGANISATION ET LES MOYENS	81
VII DIVERS EVENEMENTS ET MANIFESTATIONS	81
Séminaire des Coordonnateurs	81
La deuxième journée nationale des COREVIH, organisée par la SFLS	82
Soirée inter-COREVIH : VIH/Sida : 30 ans déjà et maintenant?	82
DEMOTIS	82
Alimentation de la « boîte à outils » (BAO)	83
Présentations diverses :	83
Echanges avec l'ARS :	83
Interventions diverses de la COREVIH	83
VIII DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES	84
Glossaire général	86
Glossaire Recherche Clinique	91
Annexe n° 1 : Liste des structures hospitalières rattachées à la COREVIH IDF Est	96
Annexe n° 2 : Composition du Comité	97
Annexe n° 3 : Annuaire des ressources PSY-VIH sur le territoire	99
Annexe n° 4 : Fiche de surveillance de la cirrhose non compliquée	101
Annexe n° 5 : Résultats de l'enquête mère-enfant menée par la sous-commission « Femmes et VIH »	104
Annexe n° 6 : Résultats de l'enquête PREVACAR sur l'IDF	105
Annexe n° 7 : Questionnaire médecin dans le cadre de la semaine d'évaluation de proposition de dépistage	111
Annexe n° 8 : Plaquette d'information relative au dépistage du VIH à destination des professionnels	112
Annexe n° 8 bis : Plaquette d'information relative au dépistage du VIH à destination du grand public	114
Annexe n° 9 : Programme de formation aux TROD coréalisé par le CRIPS IDF et la COREVIH IDF Est	116
Annexe n° 10 : Programme de la soirée Inter-COREVIH : « 30 ans déjà, et maintenant ? »	118

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.

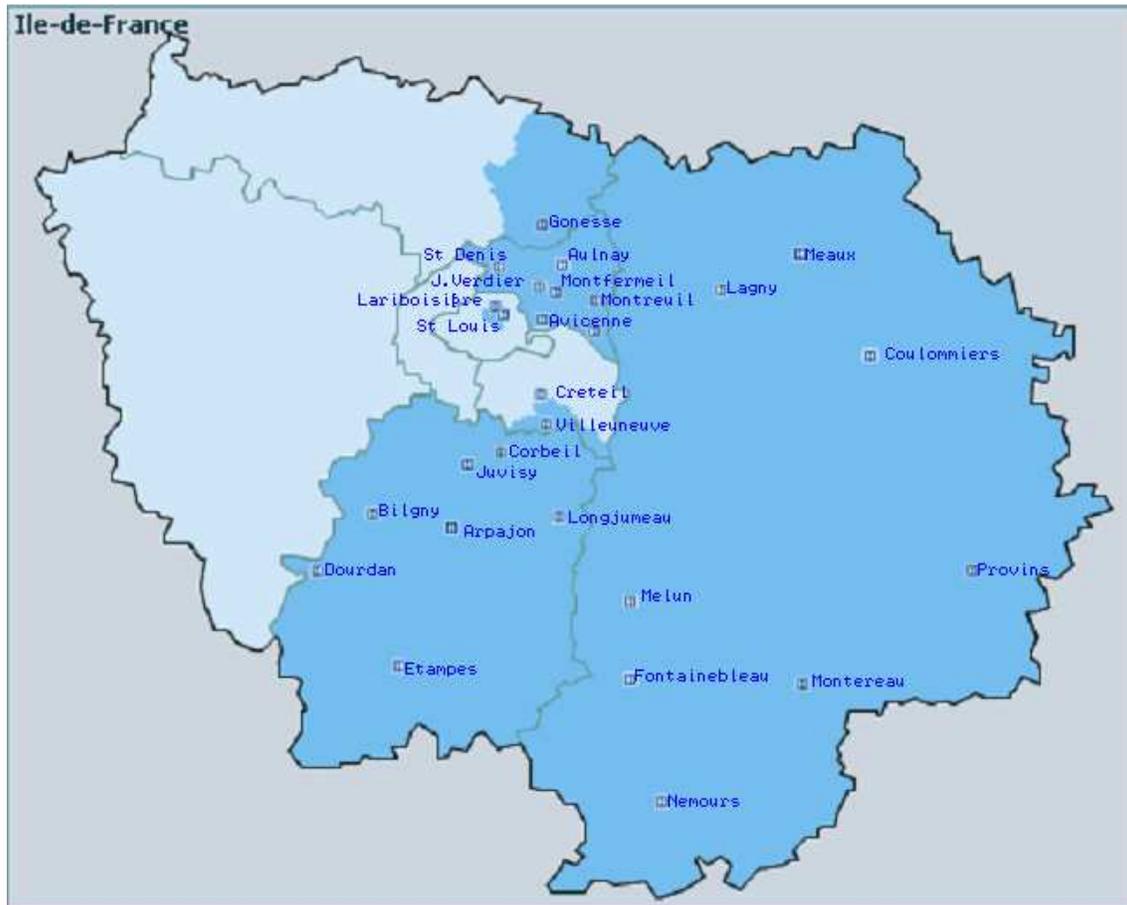
La COREVIH IDF Est a pour territoire de référence les 2^e, 3^e, 9^e et 10^e arrondissements de Paris, les départements de Seine-et-Marne (77), de l'Essonne (91), de la Seine-Saint-Denis (93), le territoire de santé 94-1 et le territoire de santé 95-2.

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, Puiseux-en France, Roissy-en-France, Saint-Witz, Sarcelles, Survilliers, Thillay, Vaudherland, Vémars, Villeron, Villiers-le-Bel, Villiers-le-Sec.

Ce territoire va être amené à évoluer prochainement.

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.

En raison de travaux, la COREVIH est temporairement localisée depuis le mois de décembre 2011 à l'hôpital Fernand Widal, entité appartenant au Groupe Hospitalier Saint Louis - Lariboisière- Fernand Widal. La COREVIH devrait revenir dans ses locaux d'origine dans le courant du second semestre 2012.

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.

Il faut noter que les centres hospitaliers de Montreuil et Montfermeil (93) n'ont pas souhaité participer au recueil épidémiologique et qu'à ce titre des moyens leur ont été retirés. De plus, à l'occasion de la seconde mandature des modifications de territoire pourraient avoir lieu.

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 88 personnes nommées.

B) Les Réunions

Selon la réglementation, le Comité doit se réunir au moins trois fois par an en séance plénière dont une fois en présence des autorités de tutelle. Or, il faut noter qu'en 2011 seules deux réunions ont été organisées. En effet, compte tenu de la publication tardive des arrêtés de nomination des membres du Comité en vue de leur renouvellement (mars 2012), la troisième réunion a été reprogrammée l'année suivante.

A la première réunion **du 17 Mars 2011**, 24 membres étaient présents, dont 20 personnes ont permis au quorum fixé à 16 d'être atteint.

Ils ont eu à débattre des points suivants :

- ⓧ Approbation du PV du 25 novembre 2010
- ⓧ Election d'un nouveau membre du bureau (José SONGA)
- ⓧ Présentation du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014
- ⓧ Discussion relative à la déclinaison Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 sur le territoire du COREVIH
- ⓧ Information sur les démarches engagées vis-à-vis de l'ARS

La deuxième réunion s'est déroulée **le 23 juin 2011**, ladite feuille de présence permet de constater que 19 membres titulaires et/ou leurs suppléants étaient présents, mais seules 12 personnes peuvent être comptabilisées compte tenu du jeu des suppléances. Le quorum requis n'a donc pas été obtenu. Les membres ont abordé les sujets suivants :

- ⓧ Approbation du PV du 17 Mars 2011
- ⓧ Présentation du Rapport d'activité 2010
- ⓧ Présentation des travaux des Commissions : Psy, Prison et Dépistage
- ⓧ Point d'information sur le renouvellement des Comités, Bureaux et Présidences de COREVIH

1.5 Le Bureau

A) Sa Composition

La composition des membres du bureau a légèrement changé en 2011 mais reste représentative.

M. Bernard BASSAMA (collège 3) de l'association « Chrétiens et Sida » a démissionné faute de disponibilité et M. José SONGA (collège 3) de l'association « Bondeko » a été élu, lors de la séance plénière du 17 mai 2011, pour prendre sa suite au sein du Bureau.

Les membres du bureau sont donc actuellement :

✂ **Président** : **M. le Pr Willy ROZENBAUM** service maladies infectieuses et tropicales CHU St Louis (75) et Président du Conseil National du Sida (CNS) : **collège 1**

✂ **Vice-Président** : **M. Alain BONNINEAU** : 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. José SONGA**, Responsable association BONDEKO **collège 3**

✂ **Mme le Pr Nicole CIRARU VIGNERON**, service gynécologie-obstétrique CHU Lariboisière (75) **collège 4**

✂ **Mme Patricia HONORE** : Technicienne d'Etudes Cliniques CHU Avicenne (93) **collège 1**

✂ **M. Le Dr Didier TROISVALLETS** : service de maladies infectieuses et tropicales, CH Gonesse (95) **collège 4**

✂ **Mme le Dr Elise KLEMENT** : Service SSR CM Bligny (91) et Présidente de l'association Altersanté **collège 1**

✂ **Mme Laurence MALAGANNE**, chef de service ACT Paris-SOS habitat et soins (75) **collège 2**

✂ **Mme Laetitia FLENDER** : Directrice adjointe GH Saint Louis-Lariboisière-F.Widal, en charge des finances et du contrôle de gestion est invitée permanente et peut ponctuellement faire partager son expertise.

B) Les Réunions

En 2011, le bureau s'est réuni à sept reprises dont une par réunion téléphonique en raison des intempéries du début d'année. Le quorum, fixé à 5, a été atteint à chaque réunion mais le nombre de participants n'a jamais excédé 6 personnes. Il est à noter que le règlement intérieur prévoit dix réunions annuelles.

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

- ✂ Points fréquents sur les effectifs : mouvement de personnels, postes vacants, recrutements....
- ✂ Suivi des Commissions de travail
- ✂ Définition et cadrage des relations entre le COREVIH et l'ARS
- ✂ Finalisation et validation du rapport d'activité 2010 avant validation par les membres du Comité
- ✂ Gestion de l'application e-NADIS® et de ses interfaces
- ✂ Réponse aux sollicitations diverses

En fin d'année, l'attente de la publication des listes définitives des membres en vue du renouvellement du Comité a retardé l'élection des membres du Bureau. On peut constater qu'un souhait de renforcement des relations et des liens entre l'ARS IDF et les différentes COREVIH ressort de part et d'autre et que ces échanges vont être mis en œuvre à l'occasion de la prochaine mandature.

II Moyens de la COREVIH IDF Est

2.1 Etat des recettes et dépenses au titre de l'année 2011

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 le GH St Louis-Lariboisière-F.Widal, le Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil/Evry) ainsi que le Centre Hospitalier de St Denis.

Cette année l'hôpital siège a perçu la somme supplémentaire de 219 173 € que percevait précédemment le CH Sud Francilien, soit un total d'environ 1,4 millions d'euros.

2011	Crédits MIGAC	Postes budgétés (ETP)	Postes pourvus (ETP)	Dépenses				Total	Différentiels crédits/dépenses
				Titre 1	Titre 2	Titre 3	Charges indirectes		
AP-HP	1 434 632	21	12	616 819	4 670	53 506	54 865	729 860	560 965
Sud Francilien	0	0	3	143 807	0	0	0	143 807	*
Saint Denis	0	0	1	58 990	0	0	0	58 990	-58 990
TOTAL	1 434 632	21	16	819 616	4 670	53 506	54 865	932 657	501 975

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.
- Le **titre 2** correspond aux dépenses 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. A la lecture de ce tableau, plusieurs constats peuvent être dressés d'emblée :

⊗ Depuis cette année, l'hôpital Siège perçoit la totalité des crédits en revanche certains membres du personnel n'étant pas encore rattachés administrativement au Siège de la COREVIH cela a donné lieu à des flux financiers entre le CHU St Louis et le CH Sud Francilien (remboursement a posteriori). La totalité des effectifs seront gérés par l'hôpital siège au cours du 1^{er} semestre 2012.

⊗ En revanche, le financement du poste de TEC à hauteur d'1 ETP de l'hôpital Delafontaine de Saint Denis (93) qui ne perçoit plus de dotation MIGAC depuis 2008 n'est toujours pas réglé (titre 1)

⊗ Le boni qu'affiche l'hôpital Siège (60 % des crédits utilisés) s'explique par les postes vacants (5 en moyenne) et par une utilisation partielle des crédits de fonctionnement en raison du report de nombreuses prestations informatiques (cf p. 23)

⊗ La totalité des postes ne sont pas pourvus pour diverses raisons détaillées ci-dessous

⊗ Les dépenses liées au fonctionnement relèvent essentiellement du titre 3

2.2 Ressources humaines participant aux missions de la COREVIH

A) Etat des effectifs rémunérés au cours de l'année 2011

	Fonction	Grade	Typologie	ETP	Affectation(s)	Dates
Gestion par établissement Siège (CHU St Louis)	Coordo admin.	AAH	Titulaire	1	Central	janv - dec
	Secrétaire	Sec. Med.	Titulaire	1	Central	janv - dec
	Coordonateur Nadis	TSH	Titulaire	1	Central	fev - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	St Louis	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	St Louis	janv - dec
	TEC	IDE	Titulaire	1	St Louis	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Avicenne	janv - dec
	TEC	Tech Labo	Stagiaire	1	Jean Verdier, Avicenne	juin - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Aulnay/Gonesse	janv - dec
	TEC	Chargée mission	CDD	1	Aulnay/Gonesse	sept - dec
	TEC	Tech Labo	Titulaire	1	Lagny, Meaux/Provins, Coulommiers	janv - dec
	Gestionnaire données médicales	ACH	CDD	1	Melun	fev - juil
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						
CH Sud Francilien	TEC	NA	CDI	1	Sud francilien, Longjumeau, Arpajon, Etampe, Dourdan	janv - dec
	TEC	NA	CDI	1	Bligny, Melun, Fontainebleau, Nemours, Montereau	janv - dec
	TEC	NA	CDI	1	Créteil, Juvisy, Villeneuve St George	janv - dec
	Ex-coordo CISIH	NA	CDI	0,8	Sud francilien	janv
CH Saint Denis	TEC	Diététicienne	Titulaire	1	St Denis	janv - dec

Le tableau ci-dessus vous détaille la situation des personnels en poste au cours de l'année 2011, année qui a donné lieu à de nombreux changements.

Sur 21 postes budgétés seuls 15 postes étaient pourvus sur l'année pleine, deux TEC sont arrivées au cours du deuxième semestre et un CDD a été recruté pour 6 mois. Ainsi en moyenne, 5 postes étaient vacants ce qui équivaut, selon le barème de valorisation ministérielle, à 250 000 €.

En 2011, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a répondu favorablement à notre demande, en date du 28 octobre 2010, tendant à la centralisation des crédits par l'hôpital Siège. Ainsi, la totalité des crédits est désormais perçue par l'hôpital Saint Louis. Néanmoins, la gestion des effectifs, elle, n'était pas totalement centralisée.

En effet fin 2010, il restait 5 effectifs à transférer vers l'hôpital Saint Louis pour mettre fin aux difficultés engendrées par cet éclatement (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...). Cette situation n'a pas évolué en 2011 mais sera définitivement résolue en 2012 avec le transfert de gestion effective des deux agents de Lariboisière (1^{er} janvier 2012) et par l'intégration des 3 personnes jusqu'alors gérées par le CH Sud Francilien (1^{er} mai 2012). Dans l'attente de ces transferts effectifs de personnel, le CHU St Louis a remboursé au Centre Hospitalier Sud Francilien les dépenses liées aux 3 ETP soit près de 150 000 €.

La question du financement du poste de l'hôpital Saint Denis est toujours en suspens. Le coût actuel du poste (59 000 €) n'est plus financé par des crédits MIGAC dédiés et est donc supporté par l'hôpital. Cette situation devra d'autant plus être examinée que le CH St Denis devrait à terme, pour des raisons de logique à la fois territoriale et médicale, changer de COREVIH d'appartenance au profit de la COREVIH IDF Nord.

Mouvements intervenus au cours de l'année 2011 :

Cette année, la COREVIH a connu des mouvements de personnels encore plus nombreux que l'année dernière:

- ✘ Départ à la retraite du coordonateur de E- Nadis® remplacé au bout d'un mois par un Technicien Supérieur Hospitalier (TSH) ;
- ✘ Deux TEC ont bénéficié d'une mobilité interne à la COREVIH :
 - La TEC de Jean Verdier est partie exercer en Seine-et-Marne sur Lagny, Meaux/Provins et Coulommiers après le départ de la TEC en poste précédemment ;
 - Suite à la suppression du poste sur les sites de Montreuil et Montfermeil, la TEC est venue travailler au niveau de l'hôpital Siège afin de remplacer la TEC partie en disponibilité.

Puis, selon les décisions actées en Bureau :

- ✘ Une TEC a été recrutée en juin 2011 en tant que stagiaire (en vue d'une titularisation dans la Fonction Publique selon évaluation 1 an après la prise de fonction) afin d'exercer à 50 % à Jean Verdier et 50 % pour renforcer le poste d'Avicenne.
- ✘ Une TEC a été recrutée en CDD en septembre 2011 afin de renforcer la TEC exerçant sur Aulnay et Gonesse.
- ✘ Un CDD de 6 mois a été embauché sur le CH de Melun afin de mettre la base E-Nadis® à jour sur ce site nouvellement équipé.

Malheureusement, le recrutement du poste de TEC pour renforcer les sites de Corbeil, Villeneuve-Saint-Georges et Melun n'a pu aboutir faute de pouvoir proposer de rémunération sans perte de salaire aux candidats, qu'ils soient titulaires ou contractuels.

Mouvements prévisionnels pour l'année 2012 :

Dès le début de l'année 2012, de nombreux événements ont eu lieu et l'objectif de plein emploi semble difficilement atteignable.

- ✘ Congé maternité de la secrétaire de janvier à juillet ;
- ✘ Arrêts maladie pour une durée prolongée de deux TEC dès avril ;
- ✘ Départ de la coordinatrice administrative programmé en juillet.

Par ailleurs, les décisions suivantes relatives au personnel ont été entérinées par le Bureau pour une mise en œuvre en 2012:

- ✘ Maintien de la création d'1 poste supplémentaire de TEC pour couvrir les sites de Corbeil, Villeneuve-St-Georges et Melun ;
- ✘ Recrutement d'un CDD pour mettre la base E - Nadis® à jour pour le site de Meaux ;
- ✘ Recrutement d'un CDD pour mettre la base E - Nadis® à jour pour le site de Jean Verdier ;
- ✘ Recrutement d'une biostatisticienne à hauteur de quelques vacances grâce à des crédits de subvention Cengeps obtenus pour exploiter la base E-Nadis® via le module Dat'Aids.

La COREVIH va donc fonctionner à flux tendu en 2012 car les congés maternité et les absences pour raison de santé ne peuvent faire l'objet d'un remplacement.

De plus, les recrutements peuvent parfois être difficiles à mener pour les raisons suivantes:

- ✘ Les postes multi-sites et en grande couronne sont peu attractifs ;
- ✘ Les salaires proposés sont peu attractifs ;
- ✘ Seuls des CDD sont proposés aux personnes non titulaires ce qui rend notre structure peu attractive et favorise le turn-over ;
- ✘ Les candidats doivent remplir les conditions de recrutement fixées par l'AP-HP (nationalité, diplômes, grille de rémunération...) et rentrer dans le TPER ;
- ✘ Les délais de mutation et de préavis peuvent prendre de 3 à 6 mois.

Compte tenu de ces multiples contraintes, la COREVIH n'est pas en mesure d'utiliser la totalité de ces mensualités et pâtit de cette situation « chronique » de sous-effectif.

Sur un budget total de 1,4 millions d'euros, les dépenses de personnel représentent 820 000 € alors qu'elles devraient atteindre près de 1,1 millions d'euros.

Les versements de tous les crédits à l'hôpital Siège ne rend pas, pour autant, les recrutements aisés en raison de procédures internes longues et complexes. La COREVIH fonctionne à flux tendus et, dans ce contexte, ne peut pas réaliser ses missions avec l'ampleur et la qualité requises.

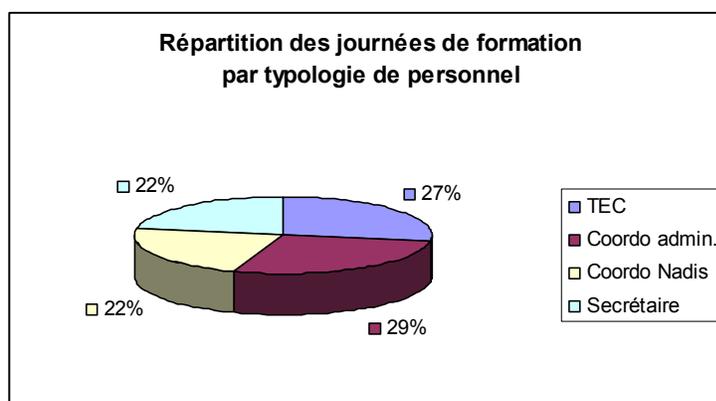
B) La formation continue des personnels

Il faut entendre cette expression « formation continue » au sens large c'est-à-dire les formations mais également les congrès, les séminaires ou encore les symposiums auxquels ont assisté, sur du temps de travail, les personnels de la COREVIH.

Données quantitatives :

ETP	Catégorie de personnel	Total journées	Nbre Jours / ETP
14	TEC	68	4,9
1	Coordo admin.	5	5,0
1	Coordo Nadis	4	4,0
1	Secrétaire	4	4,0
17		81	4,8

NB : En 2011, on comptabilise en moyenne 15 ETP.



Sur l'année 2011, sur un total de 17 ETP ayant bénéficié de formation continue, il y a eu 81 journées de temps de travail consacrées à des sessions de formation, congrès ou séminaires. Cela représente une moyenne de 4,8 jours par ETP. On peut constater que ce chiffre est assez homogène selon les catégories de personnels.

Thématiques

Les deux événements les plus suivis sont directement liés aux outils de recueil épidémiologique avec la formation DOMEVIH (ex-DMI2) de 2 jours suivie par 13 personnes et le forum des utilisateurs Nadis® auquel ont assisté 9 ETP.

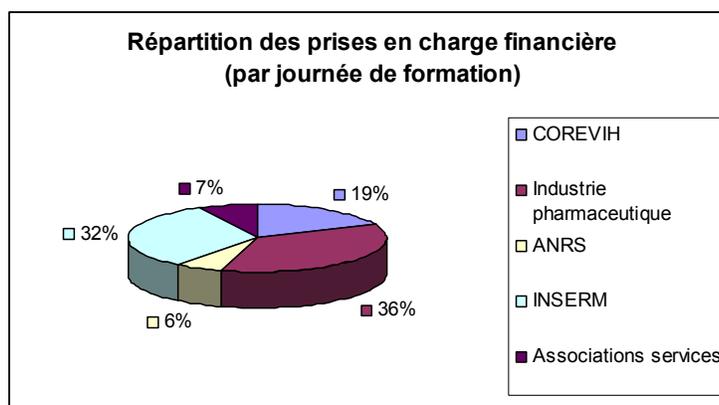
Les autres types d'événements particulièrement suivis concernent les évolutions et les actualités en matière de prise en charge et de traitement du VIH comme les Journées de la SFLS (9 participants), les Avancées VIH (3 personnes) ainsi que diverses formations liées à l'éducation thérapeutique du patient (3 personnes) ou encore les Journées Nationales d'Infectiologie (JNI) (2 ETP).

D'autres rendez-vous directement liés aux COREVIH sont incontournables et la COREVIH IDF Est doit y être représentée comme lors de la journée nationale des COREVIH et du séminaire des coordonateurs de COREVIH.

Modalités de prise en charge financière

Les divers frais (inscription, transport, hébergement, repas) engagés à l'occasion de ces manifestations peuvent être pris en charge de différentes manières. Les financeurs peuvent être des organismes publics (Hôpital, Inserm, ANRS...) ou bien d'origine privée (firmes pharmaceutiques ou associations des services cliniques). Il faut noter que dans certains cas, l'industrie pharmaceutique est également l'entité organisatrice de l'événement. Dans le cas d'une prise en charge par l'employeur (COREVIH/ AP-HP) celui-ci peut financer les frais annexes (repas et hébergement) uniquement dans la limite des barèmes liés à la fonction publique hospitalière.

Prise en charge	Nombre de journées
COREVIH	15
Industrie pharmaceutique	29
ANRS	5
INSERM	26
Associations services	6
Total	81



En conclusion, compte tenu du nombre de nouveaux arrivants, les chiffres montrent que les personnels de la COREVIH disposent d'une latitude importante en matière de formation, d'actualisation des connaissances et d'échange des pratiques. La formation au logiciel DOMEVIH (2 jours) revêt un caractère exceptionnel lié au déploiement du nouvel outil de l'Inserm et gonfle les chiffres de l'année 2011.

Il faut noter que des rencontres sont créées avec la montée en charge des COREVIH (journée nationale des COREVIH, séminaire coordonnateurs COREVIH...) et sont incontournables. Les firmes pharmaceutiques financent une part non négligeable de ces journées de formation qui sont, par ailleurs, prises sur le temps de travail et représentent pour l'ensemble de l'équipe environ 3,5 mois de journées de travail (22 jours travaillés par mois).

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

Comme l'année dernière, la COREVIH IDF Est s'est vu allouer, au niveau de l'hôpital Siège, au titre de l'année 2011, un budget de fonctionnement de **108 710 €**. Ce budget est essentiellement dédié aux dépenses de fonctionnement relevant du **titre 3**.

Vous constaterez qu'il y a de faibles dépenses (environ 4 500 €) sur le **titre 2** c'est-à-dire des sommes engagées pour des activités liées aux soins. Rappelons que les COREVIH n'ont pas vocation à être opérateur donc à ce titre, elles ne prodiguent pas de soins. Toutefois, pour certains projets menés dans le cadre de la Commission dépistage, la COREVIH IDF Est a été amenée à faire l'acquisition de TROD. De plus, certains produits d'hygiène à disposition du personnel (savons...) sont gérés par la pharmacie et ressortent en classification dans le titre 2.

Il faut noter que les aléas rencontrés sur la thématique de l'organisme hébergeur (cf détails p. 23) a diminué artificiellement le montant des dépenses de prestations informatiques. En effet, d'une part, la prestation d'hébergement n'est plus facturée depuis septembre 2011 et, d'autre part, de nombreux projets (passerelles) représentant des coûts non négligeables ont été reportés sine die.

Concernant le **titre 4**, rappelons également 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 *«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)»*.

Cette année aucune dépense ne relève du titre 4.

	2008	2009	2010		2011
	St Louis	St Louis	St Louis	SF	St Louis
Titre 2 (Liées aux soins)					
TROD (Vikia®)	0	0	0	0	4 670
Total T2					4 670
Titre 3 (Fonctionnement)					
Fournitures bureau et informatique	3 351	776	1 490	16	1 941
Fournitures papier et reprographie	822	336	0	26	0
Consommables informatiques	0	0	0	172	581
Aliments, boissons	0	41	181	0	0
Entretien, maintenance matériel	18	74	236	648	993
Voyages et déplacements	317	100	1 378	3 370	1 710
Organisation formation ETP	0	0	2 000	0	1 625
Prestations informatiques (E- Nadis® + hébergement)	32 995	46 214	34 020	0	37 721
Téléphonie	NC	NC	618	0	690
Affranchissement	117	1 035	1 175	0	2 289
Frais de réception	0	0	292	0	4 460
Livraison	0	0	0	0	444
Frais divers	0	385	578	0	1 053
Total T3	37 620	48 961	41 968	4 232	53 507
Titre 4 (Investissement)					
Mobilier	0	0	0	73	0
Bureautique informatique	0	0	829	0	0
Total T4	0	0	829	73	0
Total T2 + T3 + T4	37 620	48 961	42 797	4 306	58 177
Charges indirectes	25 500	34 399	46 275	47 617	54 865
Total Général	63 120	83 360	89 072	51 923	113 042
Crédits disponibles	91 304	108 710	108 710	NC	108 710
Différentiel	28 184	25 350	19 638	-	-4 332

Compte tenu de la centralisation des crédits, seules les dépenses enregistrées par l'hôpital Saint Louis établissement siège sont ici présentées.

Des dépenses à la marge ont pu être mal imputées et ne pas peser sur le budget de la COREVIH. La totalité du budget alloué au fonctionnement a été dépensée. Compte tenu de l'augmentation de la masse salariale au fil des années et de l'effet de la hausse des prix, il conviendra de réévaluer la somme provisionnée pour les dépenses courantes.

Il faut noter, par ailleurs, que le financement du site internet a été assuré par une subvention fléchée (de 6 500 € TTC) versée par les laboratoires Merck Sharp & Dhome-Chibret (MSD) pour laquelle une convention a été passée. La somme complémentaire d'environ 1 500 € a été payée sur le budget propre de la COREVIH.

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

Type de charges indirectes	Clé de répartition Saint-Louis	2008	2009	2010	2011
Services administratifs liés au personnel (PM, PNM, crèche, serv. social du personnel...)	Charges de personnel	7 800	12 158	18 345	23 603
Services administratifs à caractère général et d'accueil et gestion des malades (Direction, économat, magasin hôtelier, régie, informatique...)	Charges de personnel, puis abaissement de 50%	6 600	9 928	15 201	17 154
Charges à caractère hôtelier (Sécurité, eau-énergie, serv. Techniques...)	m2 utilisés (44 m2), puis abaissement de 50%	6 100	7 313	7 728	9 108
Participation aux charges communes de fonctionnement (siège AP-HP, formations centrales, centrales d'achat...)	Forfait	5 000	5 000	5 000	5 000
Total des Charges indirectes		25 500	34 399	46 275	54 865

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, 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.

CONCLUSION :

La centralisation de la totalité des crédits et de la gestion des personnels devrait être acquise au cours de l'année 2012 à l'issue de nombreuses et longues démarches auprès des diverses entités concernées. Le budget n'est pas entièrement utilisé principalement en raison des problèmes récurrents de personnel que connaît la COREVIH. Une discussion sur ces difficultés devra être engagée avec l'ARS, l'AP-HP et l'hôpital Siège car elles portent préjudice à cette structure à vocation extrahospitalière et risque d'aboutir à la diminution des crédits. La question du poste de TEC de l'hôpital de Saint Denis reste en suspens.

III OUTILS DEVELOPPES PAR LA COREVIH IDF EST

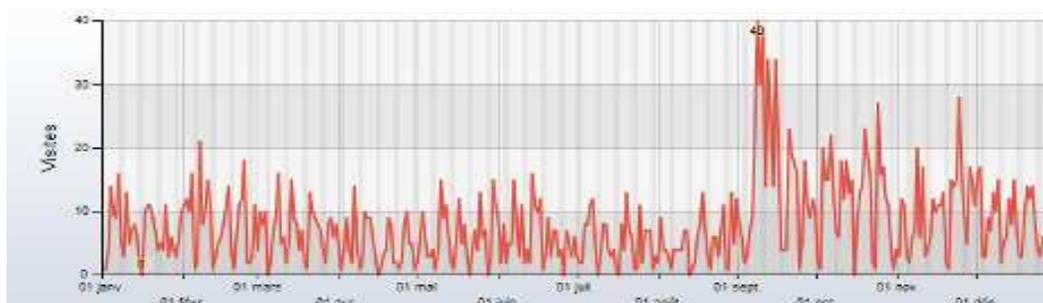
Compte tenu du nombre de structures et de la taille du territoire couvert par la COREVIH IDF Est, il a été décidé d'emblée de développer des outils permettant d'informer les acteurs de l'existence de cette entité pour travailler ensemble et de manière homogène tout en limitant les déplacements.

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

A) Le Site Internet

Les données qui suivent concernent l'activité du site internet pour l'année 2011, soit 365 journées.

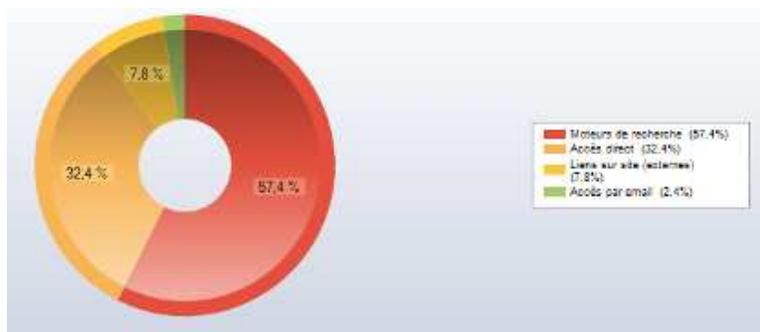
- **Nombre de pages vues :** 10 976 (moyenne = 31 pages vues / jour, pic de consultation = 143 pages vues le 9 mars), en baisse de 1,9 % par rapport à l'année précédente.
- **Nombre de visiteurs :** 2 872 (moyenne = 8 visiteurs / jour, pic de consultation = 40 visiteurs le 8 septembre), soit une baisse de 4 % par rapport à l'année précédente.



- **Evolution des visites dans le temps :** On constate toujours un rythme cyclique (plus de visites en retour de week-ends, du lundi au mercredi, puis tassement net avant le début de semaine suivante). A noter cependant l'amplification en volume de ce cycle hebdomadaire sur la période qui court de début septembre au 1^{er} décembre, soit de la « rentrée » à la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida.

- **Temps moyen de navigation par visite :** 5'03 minutes.

- **Accès au site :**



L'accès au site se partage principalement entre l'accès par **moteur de recherche** (57,4 %) et l'accès direct au site (32,4 %). Ce qui confirme l'information relevée les précédentes années : 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**. Seuls 7,8 % de ces personnes sont arrivés sur le site via un **lien externe**, ce qui est moins que l'année passée. On peut en déduire, puisque le nombre global de visites a légèrement baissé par rapport à 2010, que les liens externes vers le

site de la COREVIH Est ne sont plus aussi visibles. A noter, parmi ces fournisseurs de visites, quelques sites d'autres COREVIH (Alsace, IDF Nord, ...) mais aussi des sites institutionnels comme celui de la SFLS.

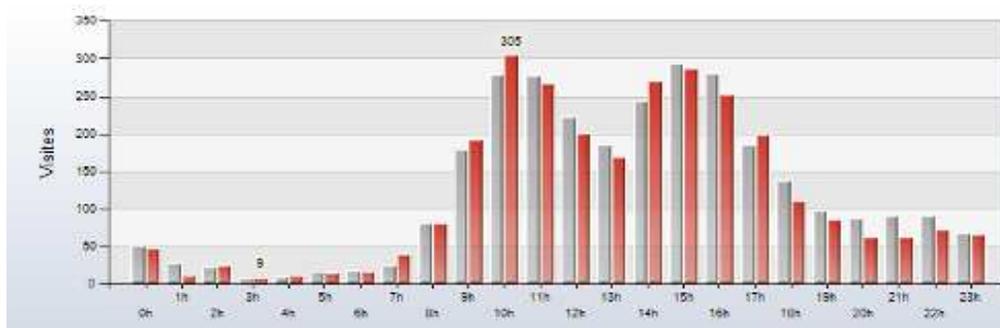
En ce qui concerne plus particulièrement les moteurs de recherche, Google génère 93,4 % du trafic. Le site de la COREVIH apparaît toujours, cependant, sur les autres moteurs tels que Yahoo, Bing, LiveSearch ou encore AOL.

Les mots clés utilisés dans ces moteurs de recherche pour accéder au site sont les suivants :

- ✘ toutes combinaisons autour de COREVIH (IDF, Est, Paris, Centre, etc...) : **65 %**
- ✘ noms propres de personnes associées à la COREVIH IDF Est: **13 %**
- ✘ le reste se partage entre une large gamme de termes associés au VIH et à sa prise en charge (dépistage, SIDA, VIH ...)

En résumé, il y a toujours une bonne fidélisation des internautes, une bonne visibilité dans les moteurs de recherche même si des partages de liens avec des sites extérieurs sont à renforcer.

- 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 activité (contrairement à une large majorité de sites à thème médical consultés massivement par des patients en horaires creux).

- Centres d'intérêts par catégorie de contenu :

La rubrique « Présentation » génère le plus de consultations (20.6 %). Vous trouverez ci-dessous le découpage complet par rubrique :

- ✘ Présentation : 20.6 %
- ✘ Accueil : 19.4 %
- ✘ Actualités : 15.8 %
- ✘ Commissions : 13.9 %
- ✘ Comité : 8.3 %
- ✘ Bureau : 5.2 %
- ✘ Nadis : 4.3 %
- ✘ Liens : 2.8 %
- ✘ Echanger : 2.5 %
- ✘ Inter-COREVIH : 0.6 %

- ✘ **Notez** que les clics de téléchargement de fichiers mis à disposition dans la rubrique Commissions 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 !

B) Le Bulletin d'Informations

Il a été décidé en 2010 de réaliser un bulletin d'informations afin d'améliorer la visibilité de la COREVIH sur le territoire. Le rythme de parution prévu était trimestriel mais seuls deux numéros ont vu le jour.

En effet, cette démarche a été essentiellement portée par la coordinatrice et la secrétaire alors que la constitution d'un Comité éditorial était envisagée mais il a été difficile de mobiliser des rédacteurs en nombre suffisant.

La diffusion s'est faite par voie postale et électronique. Des rubriques structurantes revenaient à chaque numéro afin de fidéliser le lecteur : « Edito », « focus », « retour sur », « initiatives locales », « informations/ressources » et enfin « agenda ».

Le **premier numéro**, lancé au cours du premier trimestre, consistait principalement à faire mieux connaître la structure COREVIH. A ce titre, les points suivants ont été abordés :

- Focus sur la COREVIH reprenant ses caractéristiques (étendue, épidémiologie...), les missions imparties ainsi que les diverses Commissions de travail
- Retour sur la 1^{ère} journée nationale des COREVIH (3 novembre 2011 à Bordeaux) et les Etats généraux de la prise en charge des PVVIH en IDF (26 et 27 novembre 2010) quels impacts pour les COREVIH ?

Le **second numéro**, couvrant la période d'avril à juin 2011, a traité les points suivants :

- Focus sur les ACT et sur la Commission filière d'aval
- Retour sur le projet de modification de la loi « Immigration, intégration et nationalité »
- Initiatives locales : Evaluation des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients VIH naïfs au CH d'Aulnay.

Cette démarche a été suspendue, sans doute mériterait-elle d'être réactivée sous une forme plus souple et moins chronophage comme une « news letter », à l'image de celles d'autres COREVIH (ex. Bretagne). Ceci permettrait à minima une diffusion brute mais structurée et régulière de l'information.

C) Autres outils

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

Le système de **vidéoconférence** a été investigué, il est fréquemment utilisé dans les COREVIH en Région. Dans ce cas, ils utilisent le matériel déjà en place dans les CHU eux-mêmes utilisateurs et n'ont à leur charge que le coût de consommations téléphoniques. En revanche en IDF, les établissements sont peu dotés de ces équipements les distances étant moins grandes et les déplacements donc plus aisés. Il faudrait donc que la COREVIH acquière du matériel afin d'équiper les structures du territoire. Or, cet appareillage s'avère assez onéreux et en l'absence de crédit d'investissement, il est pour l'instant impossible d'envisager ce type d'achat.

Ce système pourrait également être utile pour favoriser le travail en réseau (staffs multi-sites, aide aux consultations avancées pour les petits centres de prise en charge...). Cette piste mériterait d'être abordée avec l'ARS.

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, 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 DOMEVIH qui a remplacé le DMI2 en 2011.

En raison de multiples facteurs (taille du territoire, hétérogénéité des modalités de recueil épidémiologique (cf infra), impossibilité de déployer le DMI2 dans les établissements non pourvus...) la COREVIH devait trouver d'emblée une solution.

A sa mise en place, la COREVIH IDF Est s'est dotée du logiciel e-NADIS®, édité par la société FEDIALIS MEDICA. Il s'agit d'un dossier médical de spécialité conçu par des professionnels de santé pour répondre aux exigences du suivi des patients VIH/VHC/VHB & AES. Ce système doit permettre la migration des données saisies dans e-NADIS® vers le DMI2/DOMEVIH, transfert qu'il faut impérativement effectuer semestriellement afin d'abonder les données de l'INSERM, qui gère la base nationale recueillant les données hospitalières françaises sur l'infection par le VIH dite FHDH .

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 deux systèmes de requêtes : Nadis Eval' et Dat'Aids qui permettent 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.
- ✂ 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.

Compte tenu des enjeux, le déploiement de ce logiciel sur la totalité des établissements constituait donc un objectif majeur pour la COREVIH. L'évolution de ce projet, détaillée 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 avait évolué comme suit :

- 3 services étaient dotés du DIM2 : l'un d'eux était site pilote pour le DOMEVIH (Lariboisière); les deux autres sites ne souhaitaient pas utiliser le dossier e-Nadis®
- 9 services étaient dotés de e-Nadis® totalement fonctionnel
- 7 services n'avaient que des données partielles sur la base e-Nadis®, le reste de la file active était donc déclarative
- 3 services, pour lesquels l'installation de e-Nadis® avait été réalisée, n'ont finalement pas souhaité utiliser ce dossier médical informatisé
- 5 établissements, avec des files actives moindres (1,4 % de la FA 2010), avaient un recueil via Excel mais pour lesquels le déploiement de e-Nadis® est en cours

Fin 2011, la situation est la suivante :

- 2 services sont équipés du DIM2/DOMEVIH : l'hôpital Delafontaine de Saint Denis et Lariboisière qui a effectué la migration de ses données vers e-Nadis® début 2012
- 11 services sont dotés de e-Nadis® et ont l'intégralité de leurs données informatisées dans cet outil.
- 7 services, dont l'hôpital Jean Verdier récemment équipé, ont encore des données partielles dans 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 »
- 4 établissements ont encore un recueil sur Excel mais le déploiement de e-Nadis® est prévue pour certains en 2012. La file active de ces sites représente 123 patients soit moins de 1 % de la FA 2011
- comme indiqué en 2010, 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.

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 désormais 4 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. Des échanges avec l'ARS sur ce thème sont à programmer.

Tableau récapitulatif sur les systèmes de recueil épidémiologique :

Evolution système recueil	2008	2009	2010	2011
e- Nadis® - données totales	5	11	9*	11
e- Nadis® - données partielles	0	8	7	7
DIM2 / DOMEVIH	6	4	3	2
Excel	11	7	5	4
Absence de système	8	0	3**	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 2012 (cf tableau page suivante).

En 2011, le DMI2 a été remplacé par le DOMEVIH mais la passerelle e-Nadis® /DOMEVIH initialement prévue, n'est toujours pas opérationnelle. Cette situation a donc perturbé l'envoi des données à l'Inserm et seulement deux services ont pu transmettre des informations complètes et deux services des données partielles via l'ancien système DMI2. Parmi eux, seul Lariboisière, site pilote pour le DOMEVIH, a pu envoyer ses données via le nouvel outil.

En tout état de cause, il est impératif que la passerelle e-Nadis® /DOMEVIH soit fonctionnelle rapidement afin d'être en mesure de communiquer les files actives validées. En effet, les enjeux sont particulièrement importants et, à défaut de résoudre cet obstacle, les moyens attribués à la COREVIH pourraient être impactés.

Changement d'hébergeur de données :

La société SNR, sous-traitant de Fédialis Médica, qui hébergeait la base e-Nadis® de la COREVIH IDF Est depuis 2008 n'a pas souhaité poursuivre son activité. Contrainte de trouver un autre prestataire au cours de l'année 2011, la COREVIH a donc sollicité l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris afin d'héberger l'application et la base de données e-Nadis® couvrant la quasi-totalité de son territoire. C'est donc l'Agence Technique Informatique (ATI), entité rattachée au Secrétariat Général de l'AP-HP, qui assure depuis le **mois de novembre 2011** les prestations associées à l'hébergement d'e-Nadis®.

Le changement d'hébergeur de données au cours de l'année a constitué un élément imprévu et a modifié sur de nombreux plans les actions de la COREVIH (charge de travail, report des passerelles, report des coûts, report des changements de versions, difficultés techniques...).

Ce projet, initié d'un point de vue fonctionnel, dès le mois de juin, a nécessité un travail important en central (Siège COREVIH) mais aussi pour les TEC des différents sites concernés. Il a fallu au préalable effectuer un recensement complet des utilisateurs actifs de l'ensemble des services, leur attribuer un code utilisateur pour les connexions au nouveau portail afin qu'ils puissent accéder à l'application e-Nadis®.

Cette mise en place demandait une prise de contact avec les Directions Informatiques des sites qui étaient également impactées d'un point de vue technique. D'autre part, il a été nécessaire d'assurer la coordination entre les différents acteurs de cette migration : éditeurs du logiciel, techniciens de l'ATI, administrateurs Nadis et services informatiques locaux. Enfin, il a fallu rédiger en collaboration avec les chefs de projets de l'ATI, un contrat de service et des procédures de bonnes utilisations.

Pour éviter deux interruptions de services, la version 4 d'e-Nadis® a été installée dans le même temps que la migration vers le nouvel hébergeur.

Interfaces avec les serveurs de résultats biologiques :

Pour des raisons fonctionnelles, la COREVIH s'était engagée à prendre en charge les interfaces avec les serveurs de résultats biologiques. D'autres interfaces avec les DMP (Dossiers Médicaux Partagés) propres à chaque hôpital sont envisageables mais devront être financés par les établissements demandeurs.

Pour 2011, les installations des passerelles de résultats biologiques vers e-Nadis® ont été retardées en raison de la migration vers le nouvel hébergeur. Néanmoins des actions ont été menées en fin d'année pour permettre une mise en place de certaines de ces interfaces en 2012.

Les passerelles entre le serveur de résultats STARE et e-Nadis® seront opérationnelles pour la fin du 1^{er} semestre 2012 pour les quatre établissements AP-HP : Saint Louis, Lariboisière, Avicenne, Jean Verdier.

D'autres projets validés devraient être initiés en 2012, sous réserve du dépôt du dossier voire de l'obtention de l'agrément auprès de l'ASIP Santé. Ce point est actuellement en pourparlers avec les diverses entités en interaction sur ce dossier (Secrétariat Général AP-HP, DAJPD, ATI, CCS Patient) et la COREVIH dont l'issue conditionnera les futures modalités d'hébergement de la base de la COREVIH.

Le tableau ci-dessous présente l'état des lieux 2011 de l'installation par établissement :

ETAT DES LIEUX DE L'INSTALLATION DE E- NADIS® EN 2011	
CENTRES	REMARQUES
ARPAJON	e-Nadis®
AULNAY (Robert Ballanger)	e-Nadis® (données partielles)
BLIGNY	e-Nadis®
BOBIGNY (Avicenne)	e-Nadis®
BONDY (Jean Verdier)	e-Nadis® - installation effective en décembre 2011. Mise à niveau de la base en cours.
COULOMMIERS	e-Nadis® (données partielles)
CRETEIL	e-Nadis®
DOURDAN	Pas d'installation en 2011 mais projet de fusion avec Etampes pour 2012
ETAMPES	e-Nadis®
FONTAINEBLEAU	e-Nadis®
GONESSE (Emmanuel Rain)	e-Nadis® (données partielles)
JUVISY	Absence internet dans les box. Installation internet et e-Nadis® reportés en 2012
LAGNY SUR MARNE	e-Nadis® (données partielles)
LARIBOISIERE	DMI2 - site pilote DOMEVIH. Installation e-Nadis® mars 2012
LONGJUMEAU	e-Nadis®
MEAUX / PROVINS	e-Nadis® installé (données partielles)
MELUN (Marc Jacquet)	e-Nadis® (données partielles)
MONTEREAU	Installation e-Nadis® prévue en 2012
MONTFERMEIL	e-Nadis® installé non utilisé.
MONTREUIL	e-Nadis® installé non utilisé.
NEMOURS	Installation e-Nadis® prévue en 2012
SAINT DENIS	DMI 2
SAINT LOUIS (IMMUNO)	e-Nadis® installé non utilisé.
SAINT LOUIS (MST)	e-Nadis®
SAINT LOUIS (MIT)	e-Nadis®
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 2011, la situation a évolué comme suit :

- 2 services sont dotés du DMI2/DOMEVIH
- 11 services utilisent e-Nadis® pour la totalité des données
- 7 services n'ont que des données partielles sur la base e-Nadis®
- 4 établissements font leur recueil via Excel
- 3 services sont dotés d'e-Nadis® mais ne l'utilisent pas, les données ne sont donc pas exploitables.

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

A terme seules les données envoyées à l'Inserm seront considérées comme validées et serviront de base de calcul pour l'attribution des crédits COREVIH.

Sous le terme **file active**, il faut comprendre le nombre de patients vus au moins une fois entre le 01/01/2011 et le 31/12/2011.

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

Dans un premier temps, un travail sur la terminologie des données à recueillir a été opéré afin que celles-ci corroborent notamment en vue de leur compilation à l'échelle de la COREVIH. Le fichier de recueil des données 2011 reprend le modèle validé par les membres du Comité pour l'élaboration du premier rapport d'activité qui date de 2008.

Pour les sites équipés de e-Nadis®, l'extraction et la compilation des données ont été effectuées en central à l'aide de l'outil Dat'Aids. Les informations extraites ont été préalablement validées par les TEC des établissements qui se sont chargés, en partie, du contrôle qualité.

Les données émanant des autres sources (DMI, DOMEVIH, Excel...) ont ensuite été agrégées dans le fichier précité.

Il faut noter que pour 3 services, nous ne disposons d'aucun élément fourni faute de recueil épidémiologique.

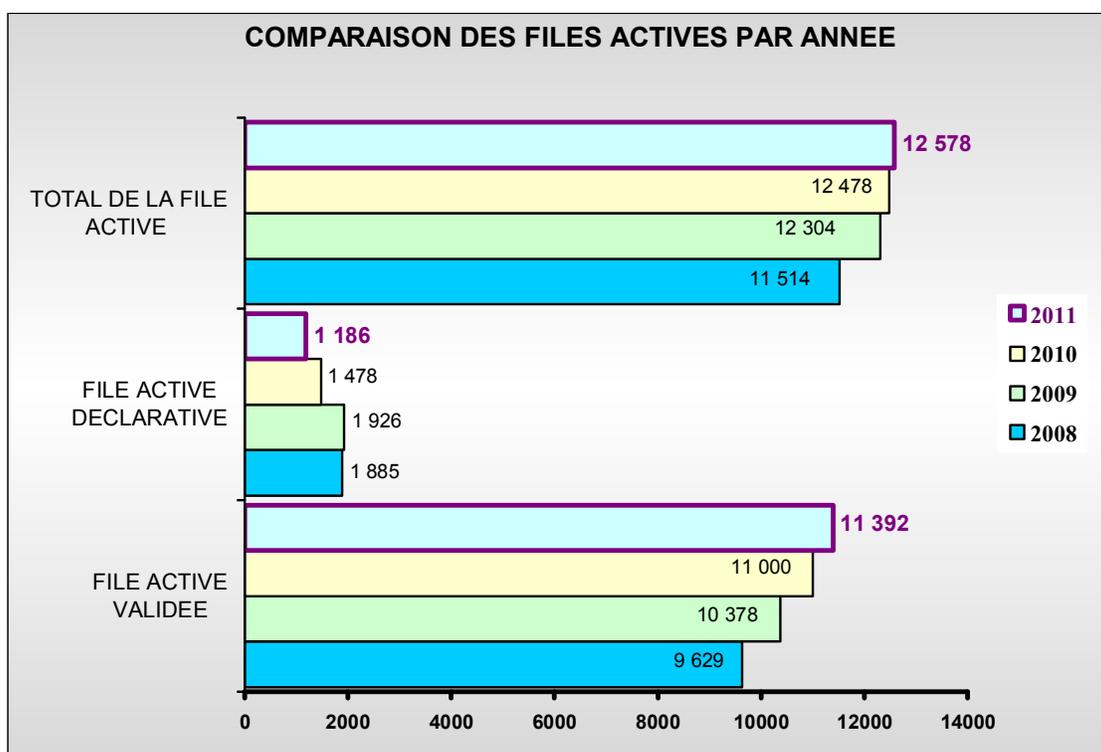
4.1 Répartition de la file active totale de la COREVIH IDF EST

A) Comparaison des files actives totales par année

Les chiffres de 2008, 2009, 2010 et 2011 ci-dessous, ont été pondérés par le retrait des files actives de trois services pour lesquels nous ne disposons plus de données depuis 2010.

	2008	2009	ECART 2009/2008		2010	ECART 2010/2009		2011	ECART 2011/2010	
			valeur	%		valeur	%		valeur	%
FILE ACTIVE VALIDEE*	9 629	10 378	749	+7,78%	11 000	622	+5,99%	11 392	392	+3,56%
FILE ACTIVE DECLARATIVE	1 885	1 926	41	+2,18%	1 478	-448	-23,26%	1 186	-292	-19,76%
TOTAL DE LA FILE ACTIVE	11 514	12 304	790	+6,86%	12 478	174	+1,41%	12 578	100	+0,80%

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

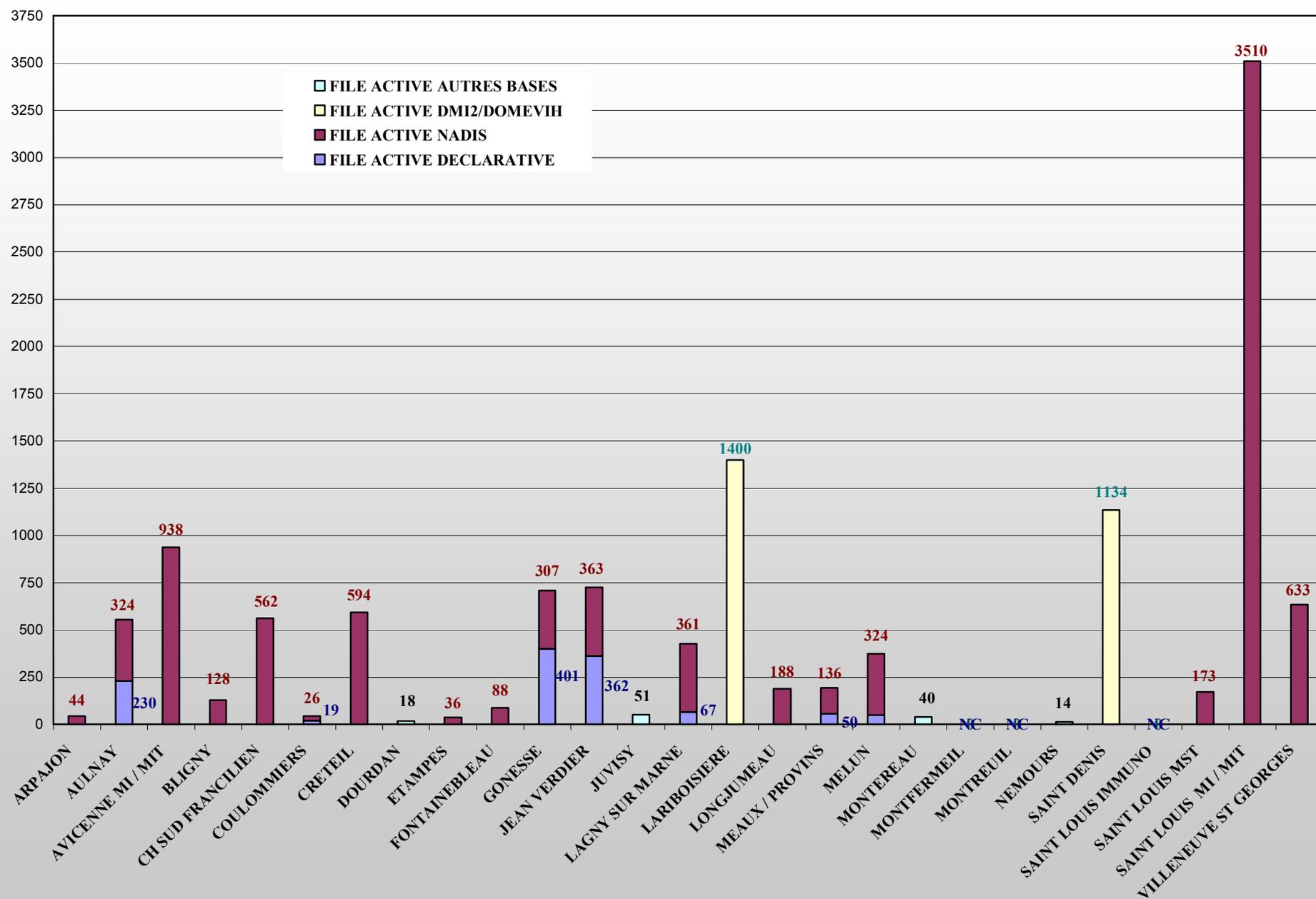


La **file active totale** de la COREVIH Est continue à augmenter en 2011 malgré l'absence de données de trois services faute de participation au recueil épidémiologique standardisé. La **file active déclarative** continue de baisser (- 20 %) au profit de la **file active validée** (+ 3 %) ce qui atteste de la réussite du déploiement du dossier patient informatisé comme outil de recueil commun.

B) Détail des files actives par établissement –Comparatif 2009/2011

CENTRES	FILE ACTIVE DECLARATIVE			FILE ACTIVE NADIS			FILE ACTIVE DMI2/DOMEVIH			FILE ACTIVE AUTRES BASES			FILE ACTIVE TOTALE							
	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010	2 011	Diff 2011/2010	Diff 2011/2009			
ARPAJON					42	44							50			2	-6			
AULNAY	412	339	230	124	222	324							536	561	554	-7	18			
AVICENNE MIT				942	921	938							942	921	938	17	-4			
BLIGNY				150	140	128							150	140	128	-12	-22			
CH SUD FRANCILIEN				610	563	562							610	563	562	-1	-48			
COULOMMIERS	47	38	19	3	17	26							50	55	45	-10	-5			
CRETEIL				547	567	594							547	567	594	27	47			
DOURDAN													18	17	18	1				
ETAMPES						36							31	34		2	5			
FONTAINEBLEAU				91	86	88							91	86	88	2	-3			
GONESSE	717	508	401	34	204	307							751	712	708	-4	-43			
JEAN VERDIER		63	362			363	708	728					708	791	725	-66	17			
JUVISY													54	58	51	-7	-3			
LAGNY SUR MARNE	580	250	67	45	203	361							625	453	428	-25	-197			
LARIBOISIERE		57					1 327	1 351	1 400				1 327	1 408	1 400	-8	73			
LONGJUMEAU				195	192	188							195	192	188	-4	-7			
MEAUX / PROVINS	170		57		118	136							170	118	193	75	23			
MELUN		223	50		245	324							440			440	468	374	-94	-66
MONTEREAU													42	43	40	-3	-2			
NEMOURS													18	18	14	-4	-4			
SAINT DENIS							1 032	1 096	1 134				1 032	1 096	1 134	38	102			
SAINT LOUIS MST				38	169	173							38	169	173	4	135			
ST LOUIS MIT				3 263	3 356	3 510							3 263	3 356	3 510	154	247			
VILLENEUVE ST GEORGES				616	610	633							616	610	633	23	17			
TOTAL GENERAL	1 926	1 478	1 186	6 658	7 655	8 735	3 067	3 175	2 534	653	170	123	12 304	12 478	12 578	100	274			
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			94									258			-258	-258			
MONTREUIL *	702			79									781			-781	-781			
SAINT LOUIS IMMUNO*							269						269			-269	-269			
SOUS TOTAL 3 sites*	866			173			269						1 308			-1 308	-1 308			
TOTAL GENERAL + 3 sites*	2 792	1 478	1 186	6 831	7 655	8 735	3 336	3 175	2 534	653	170	123	13 612	12 478	12 578	-1 208	-1 034			

REPARTITION DE LA FILE ACTIVE 2011 PAR MODE DE RECUEIL ET PAR ETABLISSEMENT



C) Activité 2009-2011 relative aux UCSA

ACTIVITE 2009/2011 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	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Villepinte	CH Aulnay	Maison d'arrêt	Oui	970	900	NC	1880	1713	NC	165 pers	311	NC	2238	662 tout confondu	NC	746 dont 7 positifs soit 0,9% pers. testées	39% des détenus ont été testés	NC	746 dont 12 positifs soit 1,6% pers. testées	39% des détenus ont été testés	NC	746 dont 21 positifs soit 2,8% des pers. testées	39% des détenus ont été testés	NC
Melun	CH Melun	Centre de détention	Non	300	308	308	-	123	114	10 doses	30 doses	36 doses	56	VIH 15 VHC 22 VHB 2	100 pers.	22 dont 0 positif	0	37 pers. dont 0 positif	16 dont 0 positif	0	28 pers. dont 0 positif	15 dont 0 positif	22 dont 1 positif soit 4,5% pers. testées	35 pers. dont 0 positif
Chauconin	CH Meaux	Maison d'arrêt	Oui	783	828	829	1307	1381	1418	ND	219 doses soit 170 pers.	107 pers	2014	1553 tout confondu	VIH 534 VHB 542 VHC 545	670 dont 4 positifs soit 0,6% pers. testées	4 positifs soit 0,85%	1 positif soit 0,19 % pers.testées	668 dont 14 positifs soit 2,10% pers. testées	12 positifs soit 2%	19 positifs soit 3,51% pers.testés	676 dont 23 positifs soit 3,4% pers. testées	21 positifs soit 4,4%	19 positifs soit 3,49% pers. testées
Total 3 UCSA													4308	2254	1721	11	4	1	26	12	19	44	22	19

UCSA	Hôpital rattachement	Type établissement	FILE ACTIVE 2009/2011																							
			VIH +			VIH + /VHB +			VIH+/VHC+			VHB+			VHC+			VHB+/VHC+			VIH+/VHB+/VHC+			Total pers. suivies		
			2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Villepinte	CH Aulnay	Maison d'arrêt	7	5	NC	0	0	NC	5	7	NC	12	15	NC	21	23	NC	0	1	NC	0	1	NC	96	52	NC
Melun	CH Melun	Centre de détention	2	4	6 suivies	0	0	0	1	1	2 suivis	1	0	0	1	0	2 mono-infectés	0	0	0	0	0	0	5	5	10
Chauconin	CH Meaux	Maison d'arrêt	NC	9	2 traités	NC	0	0	NC	2	0	NC	12	19 dépistés 1 traité	NC	19 dont 8 traités	19 dont 7 traités	NC	0	0	NC	0	0	NC	42	40
			9	18	8	0	0	0	6	10	2	13	27	19	22	42	21	0	1	0	0	1	0	101	99	50

On disposait 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. Les enquêtes Prévacar et Pri2de réalisées en 2010 dont les résultats seront présentés dans le paragraphe dédié à la Commission inter-COREVIH Prison permettent 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.

Malheureusement, contrairement aux années précédentes, les données de l'UCSA de Villepinte ne nous ont pas été communiquées ce qui empêche toute analyse.

Par ailleurs, il faut noter que l'UCSA du nouveau Centre pénitentiaire de Réau (77) dont la capacité d'accueil est de 800 détenu(e)s, rattachée au CH de Melun, a ouvert progressivement en novembre 2011. Il est impossible d'avoir des chiffres, pour l'année 2011, faute de recueil épidémiologique. En effet, il s'agissait de détenus en provenance du Centre d'accueil et de transfert, présents pour des temps très courts et donc avec un turn-over très important. Sauf urgence, il n'y a pas eu d'investigations nouvelles seulement des reconductions de traitements.

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/DOMEVIH, 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 11 392 patients, l'analyse épidémiologique portera uniquement sur ces derniers.

En 2011, 937 patients ont été perdus de vue c'est-à-dire qu'ils ont été vus au moins une fois en 2010 mais pas depuis le 31 décembre 2010. Ce qui représente près de 8 % des patients.

Les nouveaux dépistés sont des nouveaux pris en charge et représentent près de 5 % des patients.

On constate une augmentation du nombre de patients sous traitement (+ 720) par rapport à l'année 2010.

Sur la file active 2011, 53 patients (VIH ou VIH & Hépatites) sont décédés pendant l'année.

A) Analyse totale de la file active 2011

File active validée	11 392
Nombre de patients perdus de vue en 2011 (1)	937
Nombre de patients décédés en 2011	53
Nombre de patients nouvellement pris en charge en 2011	1 001
Nombre de patients nouvellement dépistés parmi les nouveaux pris en charge en 2011	526
Nombre de patients sous traitement ARV (2)	10 213
Nombre de patients sans traitement ARV (3)	1 179

(1) Patients vus au moins une fois en 2010 et pas depuis le 31/12/2010

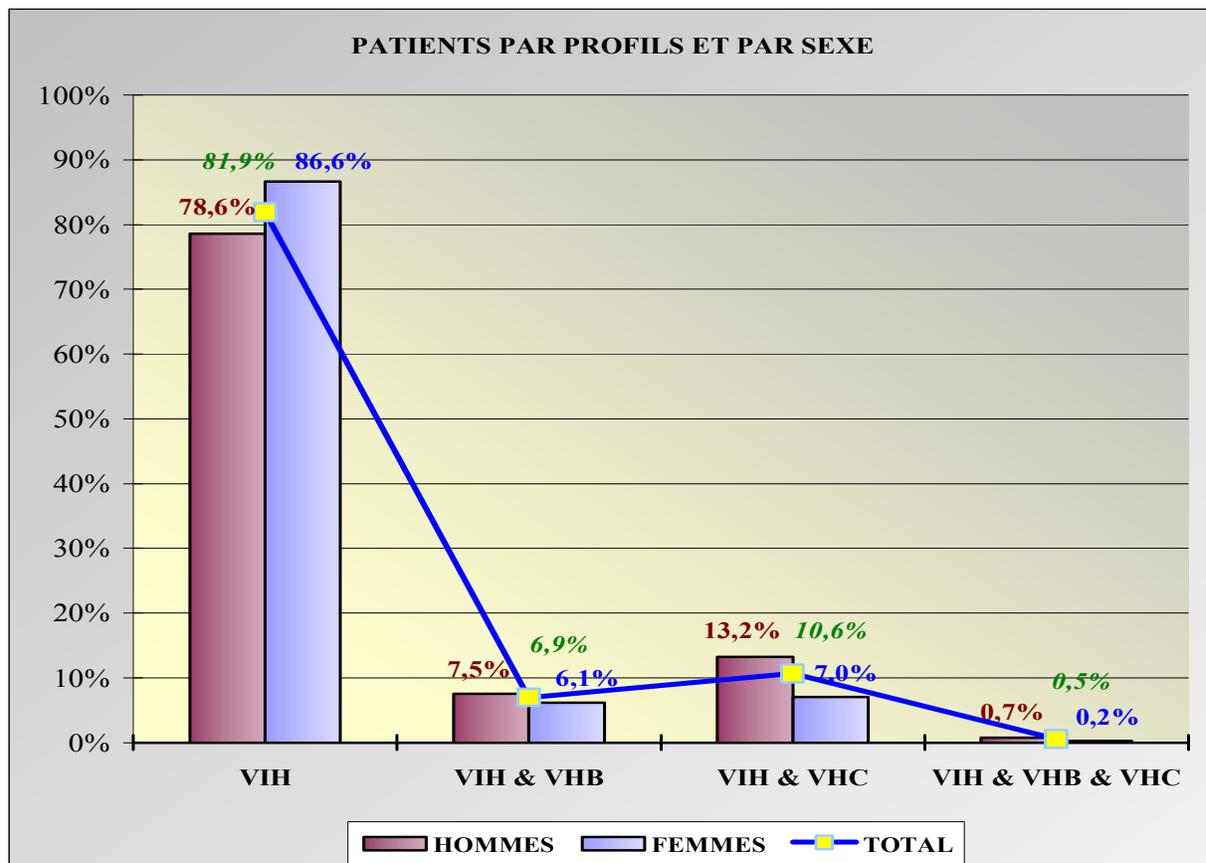
(2) Patients en cours de traitement ou en arrêt de traitement depuis moins de 6 mois

(3) Patients naïfs de tout traitement ou sans traitement depuis plus de 6 mois

% de patients nouvellement pris en charge en 2011 / file active	8,8
% de nouveaux dépistés en 2011 / patients nouvellement pris en charge en 2011	52,5
% de nouveaux dépistés en 2011 / file active	4,6
de traités en 2011 / file active	89,6
% non traités en 2011 / file active	10,3

a/ Répartition par profil

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
VIH	5243	4088	9331	78,6%	86,6%	81,9%
VIH & VHB	502	289	791	7,5%	6,1%	6,9%
VIH & VHC	881	331	1212	13,2%	7,0%	10,6%
VIH & VHB & VHC	47	11	58	0,7%	0,2%	0,5%
TOTAL	6673	4719	11392	100,0%	100,0%	100,0%

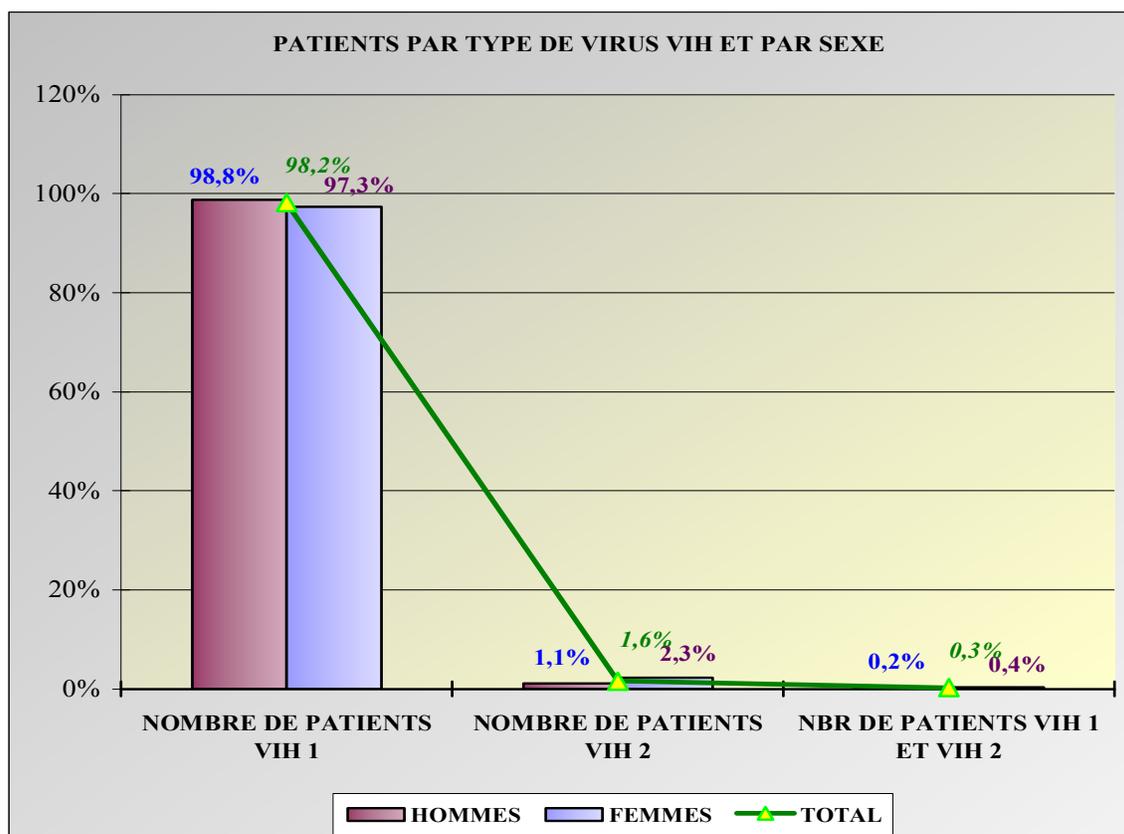


Sur l'ensemble de la file active validée (11 392), 81,9 % des patients sont mono infectés par le VIH.

Les co-infections VIH et Hépatites concernent 18,1 % des patients, avec une répartition de 10,6 % pour l'hépatite C, 7 % pour l'hépatite B et 0,5 % pour les deux hépatites conjointes.

b/ Répartition par type d'infection

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
NOMBRE DE PATIENTS VIH 1	6590	4593	11183	98,8%	97,3%	98,2%
NOMBRE DE PATIENTS VIH 2	71	109	180	1,1%	2,3%	1,6%
NBR DE PATIENTS VIH 1 ET VIH 2	12	17	29	0,2%	0,4%	0,3%
TOTAL	6673	4719	11392	100,0%	100,0%	100,0%



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 0,3 % d'entre eux.

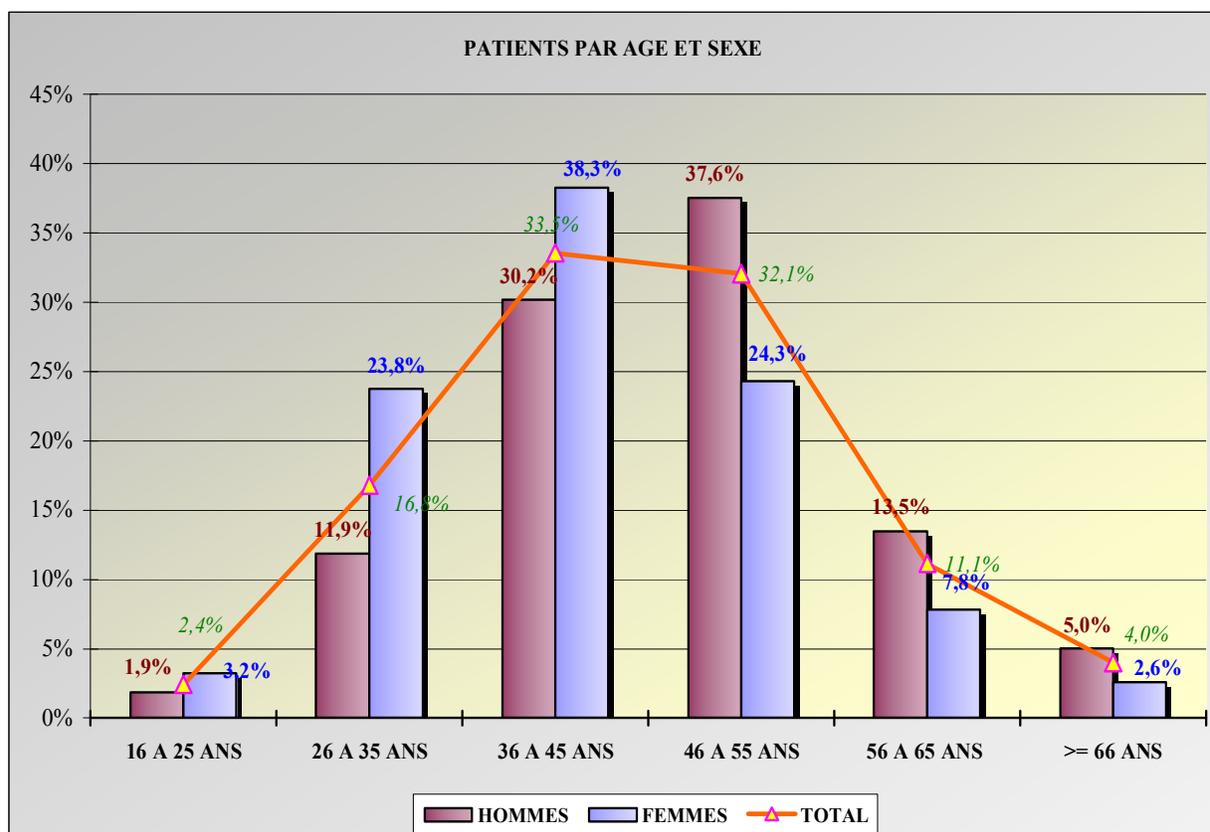
c/ Patients décédés

		% DECES	% DE LA FILE ACTIVE
DECES LIES A UNE PATHOLOGIE CLASSANT SIDA	8	15,1%	0,1%
DECES NON LIES A UNE PATHOLOGIE CLASSANT VIH	45	84,9%	0,4%
CANCERS	7	13,2%	
CARDIO-VASCULAIRES	9	17,0%	
INFECTIONS	3	5,7%	
INSUFFISSANCES HEPATO-CELLULAIRES	4	7,5%	
SUICIDES	3	5,7%	
AUTRES OU INDETERMINES	19	35,8%	
TOTAL DECES	53	100,0%	0,5%

d/ Répartition par âge et par sexe

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
16 A 25 ANS	125	152	277	1,9%	3,2%	2,4%
26 A 35 ANS	792	1121	1913	11,9%	23,8%	16,8%
36 A 45 ANS	2015	1807	3822	30,2%	38,3%	33,5%
46 A 55 ANS	2506	1147	3653	37,6%	24,3%	32,1%
56 A 65 ANS	901	369	1270	13,5%	7,8%	11,1%
>= 66 ANS	334	123	457	5,0%	2,6%	4,0%
TOTAL	6673	4719	11392	100,0%	100,0%	100,0%

	HOMMES	FEMMES	FILE ACTIVE
MINIMUM	15 ans	14 ans	14 ans
MAXIMUM	88 ans	87 ans	88 ans
MOYENNE	47 ans	42 ans	45 ans

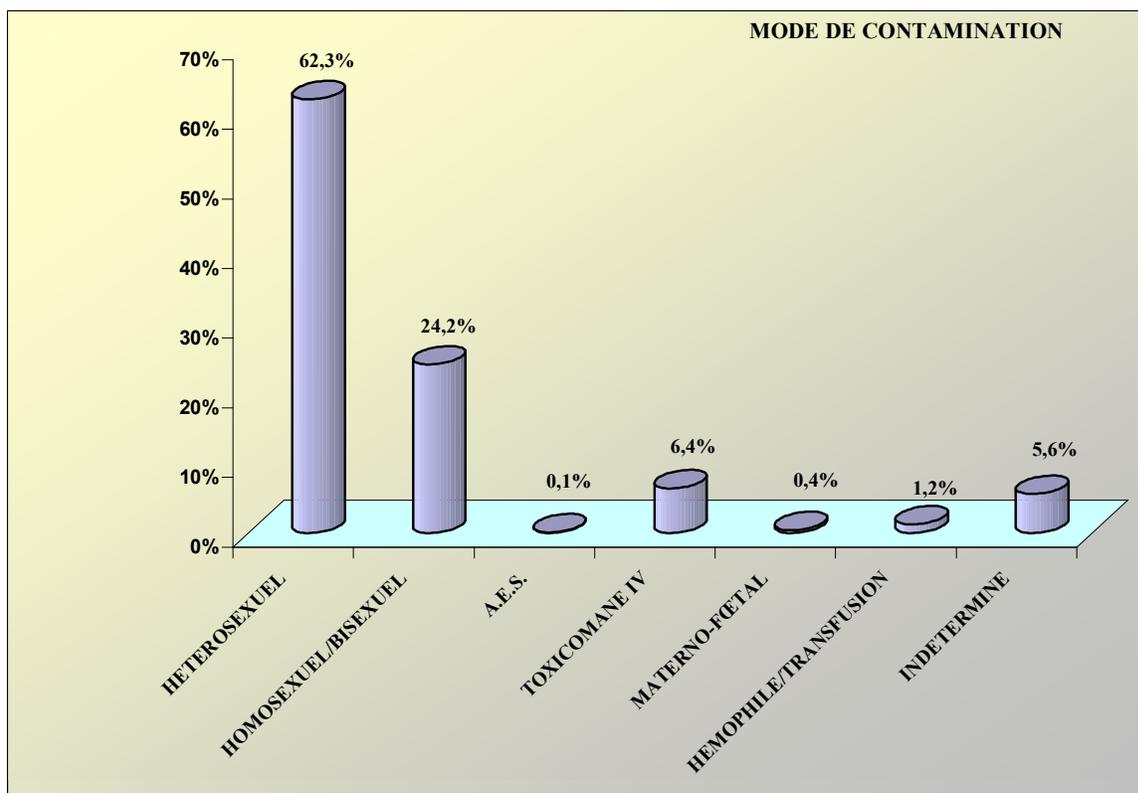


Un vieillissement progressif des patients de la file active ressort, + 1 an par rapport à l'année précédente. Les femmes sont significativement plus jeunes que les hommes.

e/ Répartition par mode de contamination

		% DE LA FILE ACTIVE HORS NON RENSEIGNES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
HETEROSEXUEL	7060	62,3%	62,0%
HOMOSEXUEL/BISEXUEL	2743	24,2%	24,1%
A.E.S.	9	0,1%	0,1%
TOXICOMANE IV	725	6,4%	6,4%
MATERNO-FËTAL	45	0,4%	0,4%
HEMOPHILE/TRANSFUSION	138	1,2%	1,2%
INDETERMINE	634	5,6%	5,6%
NON RENSEIGNE	57	-	0,5%
TOTAL *	11411	100,2%	100,2%

* 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 62,3 % par mode hétérosexuel et 24,2 % par mode homosexuel ou bisexuel.

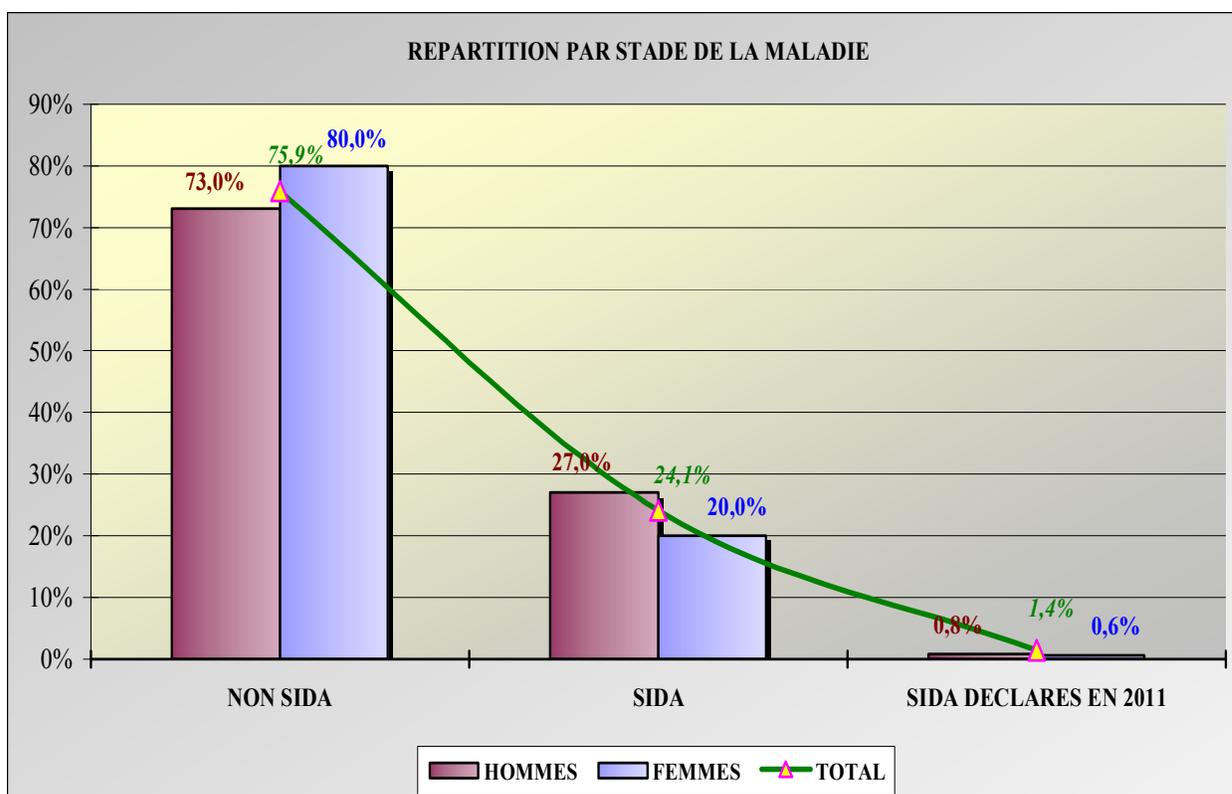
La transmission par voie intraveineuse pour les usagers de drogue concerne 6,4 % de la file active.

Pour 5,6 % des patients, le mode de contamination est indéterminé.

Globalement, les chiffres sont stables d'une année sur l'autre.

f/ Répartition par stade de la maladie

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
NON SIDA	4872	3773	8645	73,0%	80,0%	75,9%
SIDA	1801	946	2747	27,0%	20,0%	24,1%
TOTAL	6673	4719	11392	100,0%	100,0%	100,0%
SIDA DECLARES EN 2011	92	66	158	0,8%	0,6%	1,4%



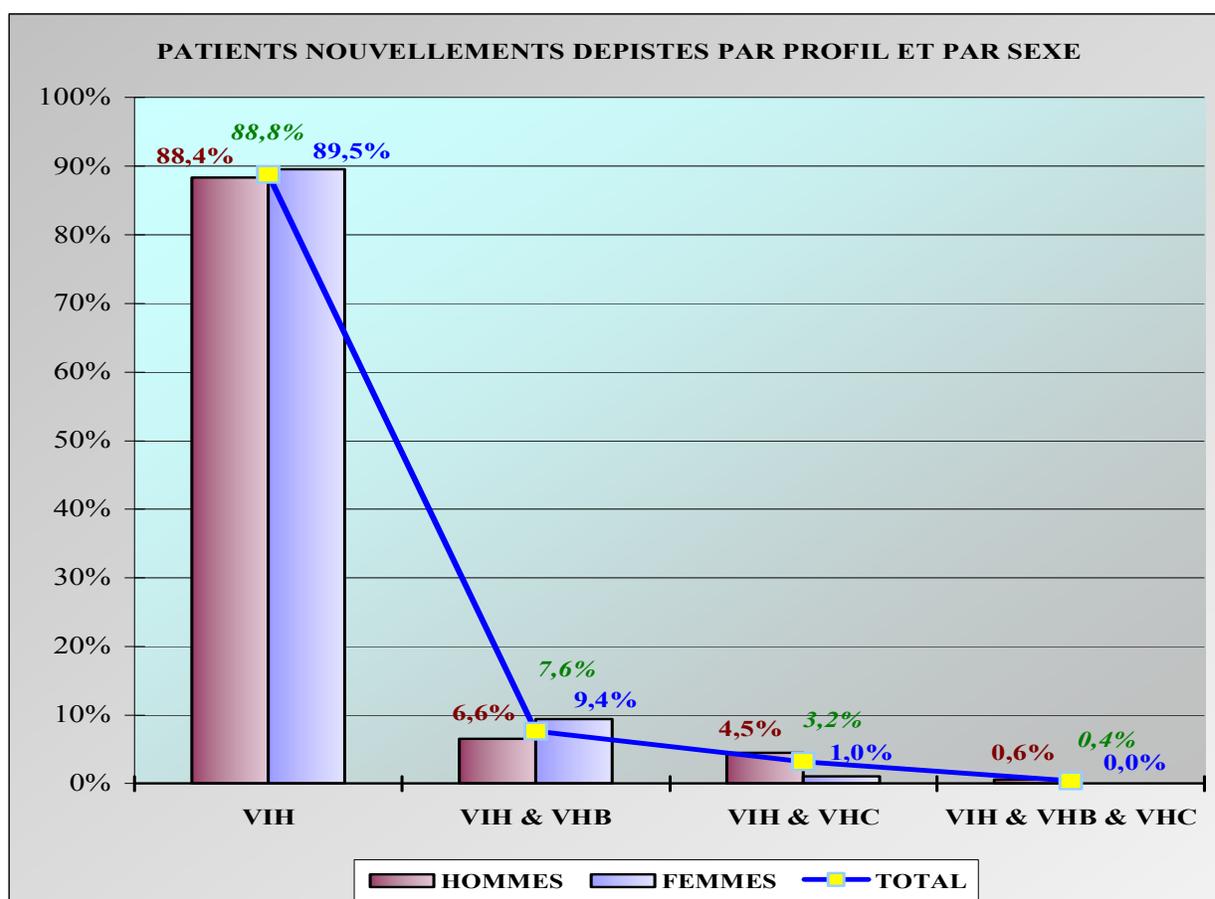
Les femmes sont prises en charge à un stade plus précoce.

B) Analyse sur les patients nouvellement dépistés

En 2011, on compte 526 personnes nouvellement dépistées ce qui représente 4.6 % de la file active validée.

a) Répartition par profil

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL NOUVEAUX DEPISTES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
VIH	296	171	467	88,4%	89,5%	88,8%	4,1%
VIH & VHB	22	18	40	6,6%	9,4%	7,6%	0,4%
VIH & VHC	15	2	17	4,5%	1,0%	3,2%	0,1%
VIH & VHB & VHC	2	0	2	0,6%	0,0%	0,4%	0,0%
TOTAL	335	191	526	100,0%	100,0%	100,0%	4,6%

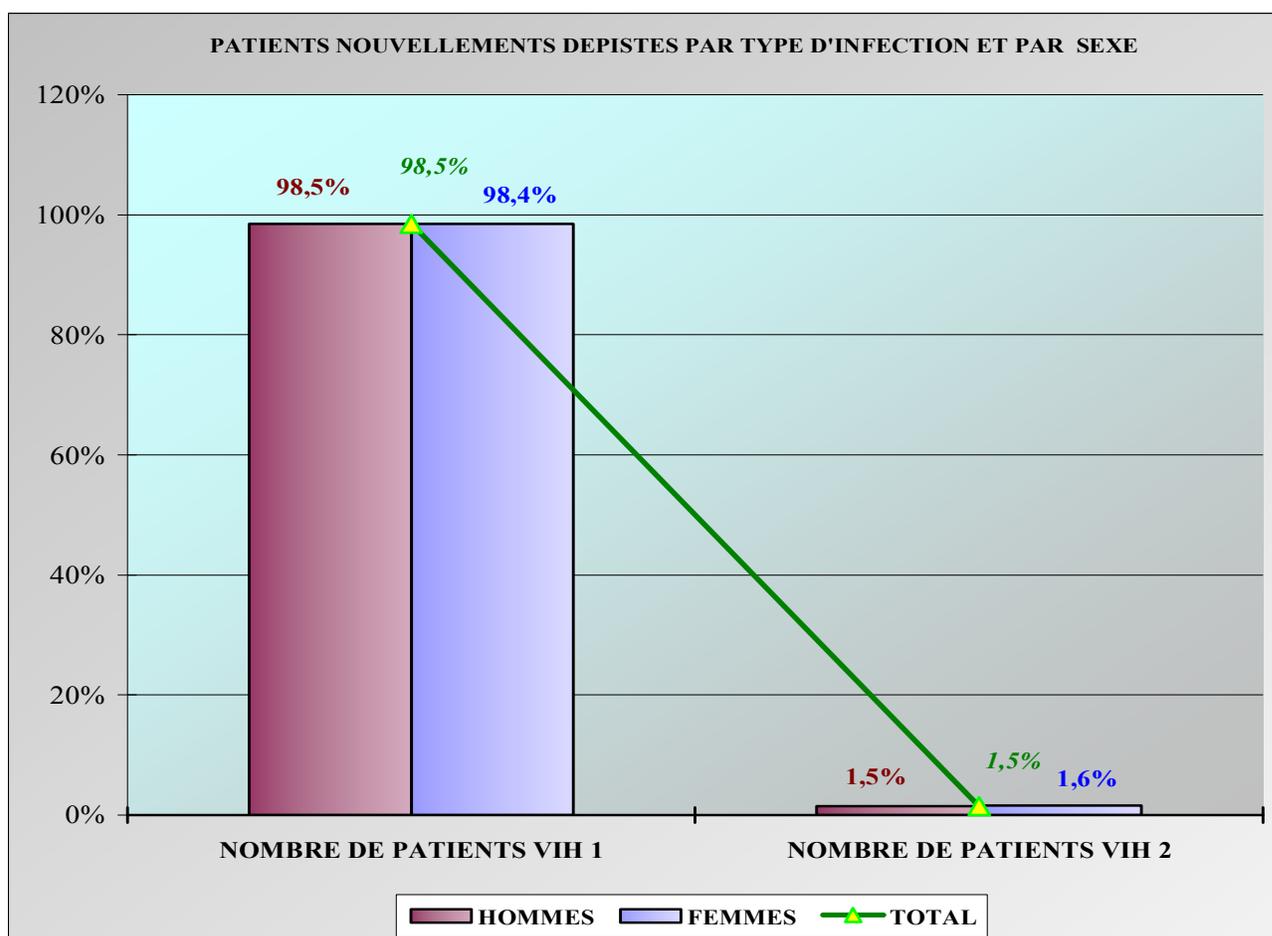


La co-infection avec le virus de l'hépatite C est moins importante chez les nouveaux dépistés par rapport à la file active totale (3,2 % contre 10,7 %) ce qui ne change pas par rapport à l'année dernière.

Il y a plus de co-infectés VIH/VHB que de VIH/VHC. Les femmes sont plus co-infectées par le VIH/VHB que les hommes et a contrario il y a plus de co-infectés VIH/VHC de sexe masculin que féminin.

b) Répartition par type de VIH et par sexe

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL NOUVEAUX DEPISTES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
NOMBRE DE PATIENTS VIH 1	330	188	518	98,5%	98,4%	98,5%	4,55%
NOMBRE DE PATIENTS VIH 2	5	3	8	1,5%	1,6%	1,5%	0,07%
TOTAL	335	191	526	100,0%	100,0%	100,0%	4,62%

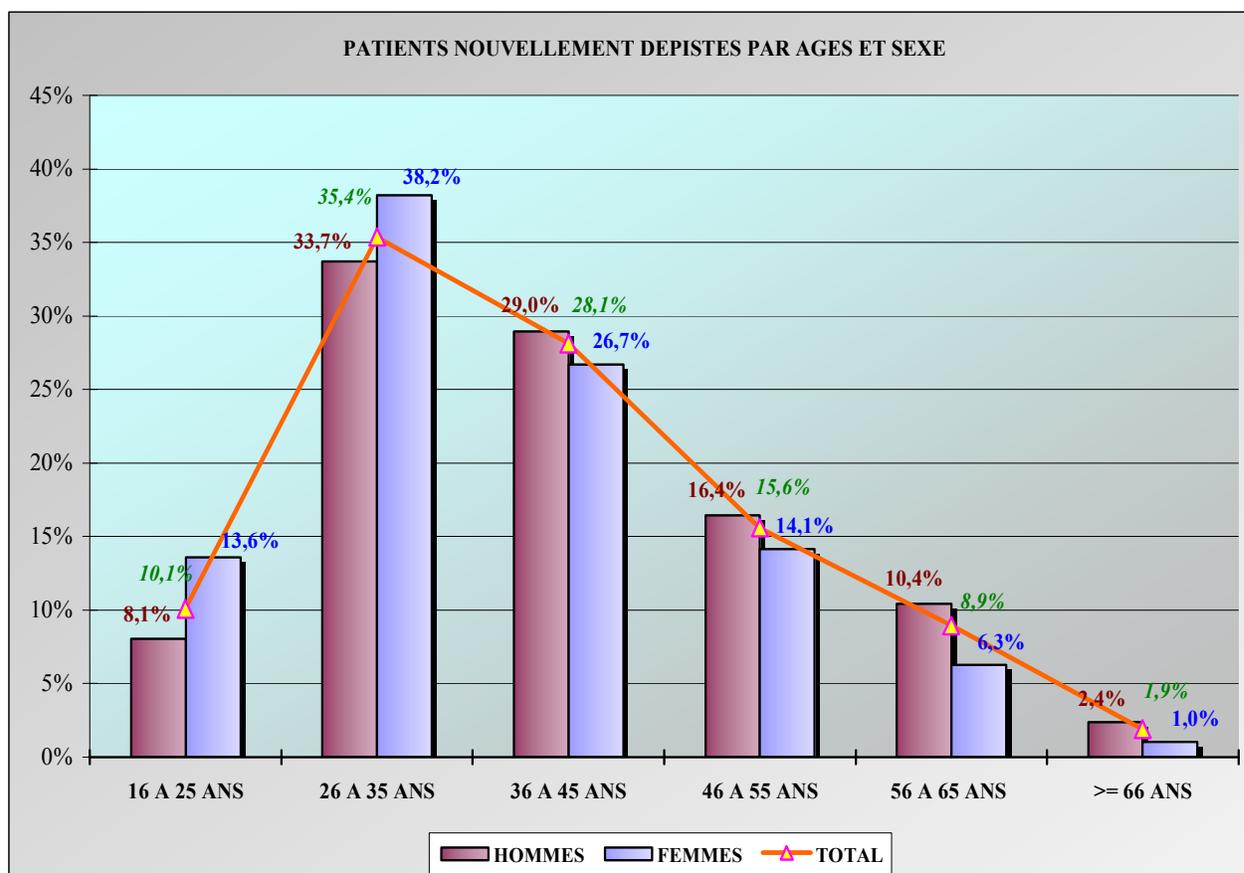


Conformément à ce que l'on observe dans la file active totale, la grande majorité des patients nouvellement dépistés est infectée par le VIH1. Le taux de VIH2 reste faible et sans évolution significative par rapport aux années précédentes.

c) Répartition par tranche d'âge

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL NOUVEAUX DEPISTES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
16 A 25 ANS	27	26	53	8,1%	13,6%	10,1%	0,5%
26 A 35 ANS	113	73	186	33,7%	38,2%	35,4%	1,6%
36 A 45 ANS	97	51	148	29,0%	26,7%	28,1%	1,3%
46 A 55 ANS	55	27	82	16,4%	14,1%	15,6%	0,7%
56 A 65 ANS	35	12	47	10,4%	6,3%	8,9%	0,4%
>= 66 ANS	8	2	10	2,4%	1,0%	1,9%	0,1%
TOTAL	335	191	526	100,0%	100,0%	100,0%	4,6%

	HOMMES	FEMMES	FILE ACTIVE
MINIMUM	20 ans	18 ans	18 ans
MAXIMUM	76 ans	67 ans	76 ans
MOYENNE	40 ans	37 ans	39 ans

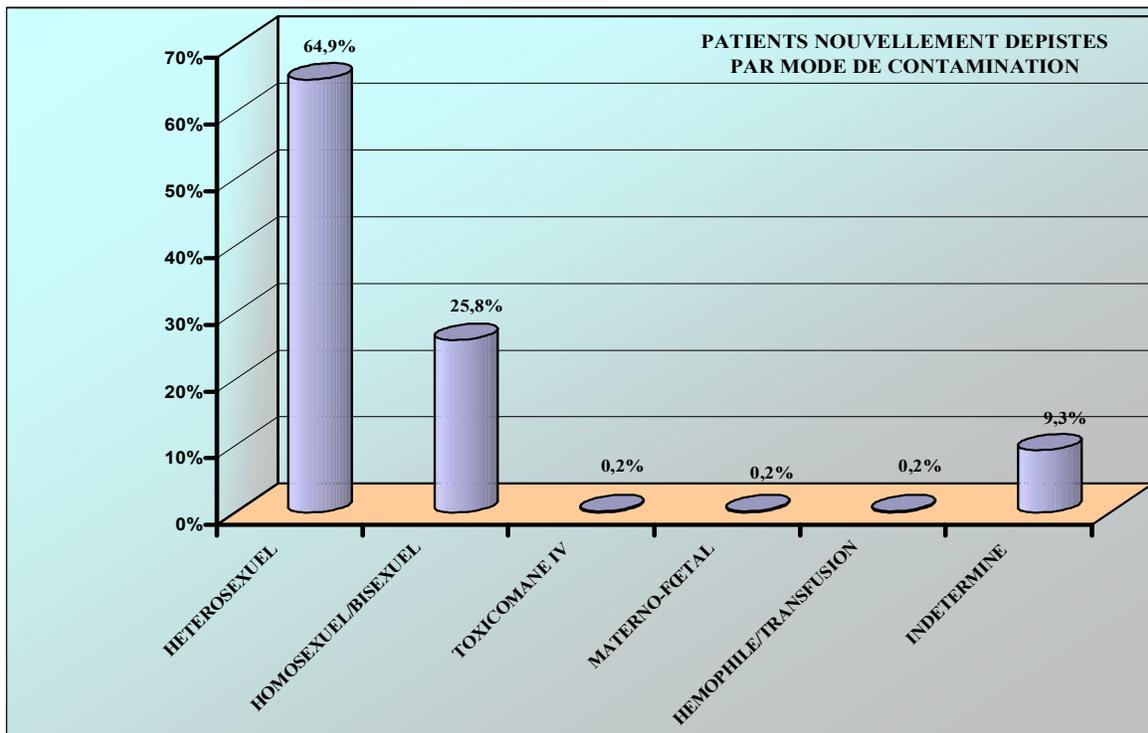


La moyenne d'âge chez les nouveaux dépistés est de 39 ans avec une moyenne significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes.

d) Répartition par mode de contamination

		% TOTAL NOUVEAUX DEPISTES	% TOTAL HORS NON RENSEIGNES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
HETEROSEXUEL	334	63,5%	64,9%	2,9%
HOMOSEXUEL/BISEXUEL	133	25,3%	25,8%	1,2%
TOXICOMANE IV	1	0,2%	0,2%	0,0%
MATerno-FETAL	1	0,2%	0,2%	0,0%
HEMOPHILE/TRANSFUSION	1	0,2%	0,2%	0,0%
INDETERMINE	48	9,1%	9,3%	0,4%
NON RENSEIGNE	11	2,1%	-	0,1%
TOTAL *	529	100,6%	100,6%	4,6%

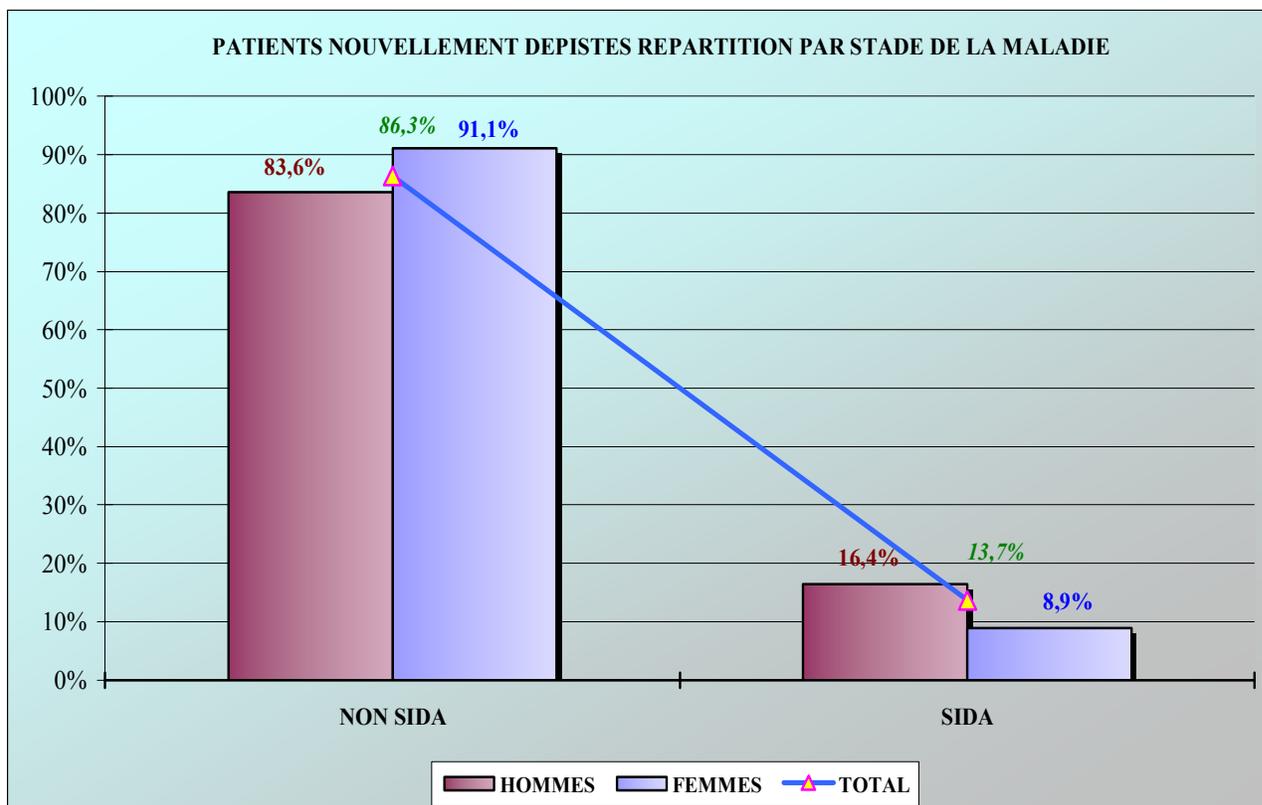
* Il peut y avoir plusieurs modes de contamination possibles pour un même patient



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

e) Répartition par stade de la maladie

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL NOUVEAUX DEPISTES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
NON SIDA	280	174	454	83,6%	91,1%	86,3%	3,99%
SIDA	55	17	72	16,4%	8,9%	13,7%	0,63%
TOTAL	335	191	526	100,0%	100,0%	100,0%	4,6%



La proportion de stade Sida parmi les personnes nouvellement dépistées diminue par rapport à l'an dernier (13,7 % vs 16,7 %). Cette proportion est significativement plus faible pour les femmes que pour les hommes.

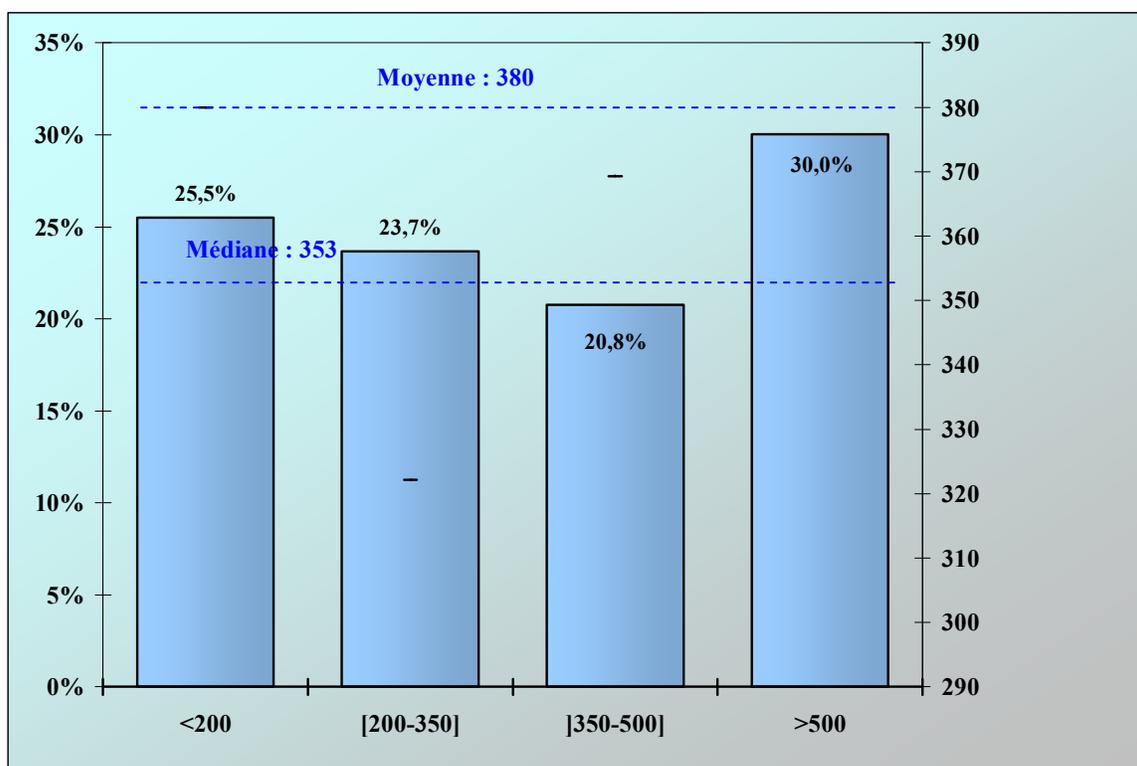
f) Répartition par tranche de CD4

Il s'agit de la première valeur de CD4 de 2011. 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...).

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL NOUVEAUX DÉPISTES	% TOTAL HORS NON RENSEIGNES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
<200	79	45	124	23,58%	23,56%	23,57%	25,51%	1,09%
[200-350]	70	45	115	20,90%	23,56%	21,86%	23,66%	1,01%
]350-500]	64	37	101	19,10%	19,37%	19,20%	20,78%	0,89%
>500	94	52	146	28,06%	27,23%	27,76%	30,04%	1,28%
NON RENSEIGNE	28	12	40	8,36%	6,28%	7,60%	-	0,35%
TOTAL	335	191	526	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	4,6%

Médiane	353
Moyenne	380



On remarque qu'à leur prise en charge les patients nouvellement dépistés ont en **moyenne 380 CD4 / mm^3** de sang et une **médiane de 353 CD4 / mm^3** de sang.

Ces chiffres sont en augmentation par rapport à l'année précédente. Cependant, 49,2 % des patients sont diagnostiqués VIH+ à un taux inférieur à 350 CD4/ mm^3 de sang et 70 % à un taux inférieur à 500 CD4/ mm^3 de sang.

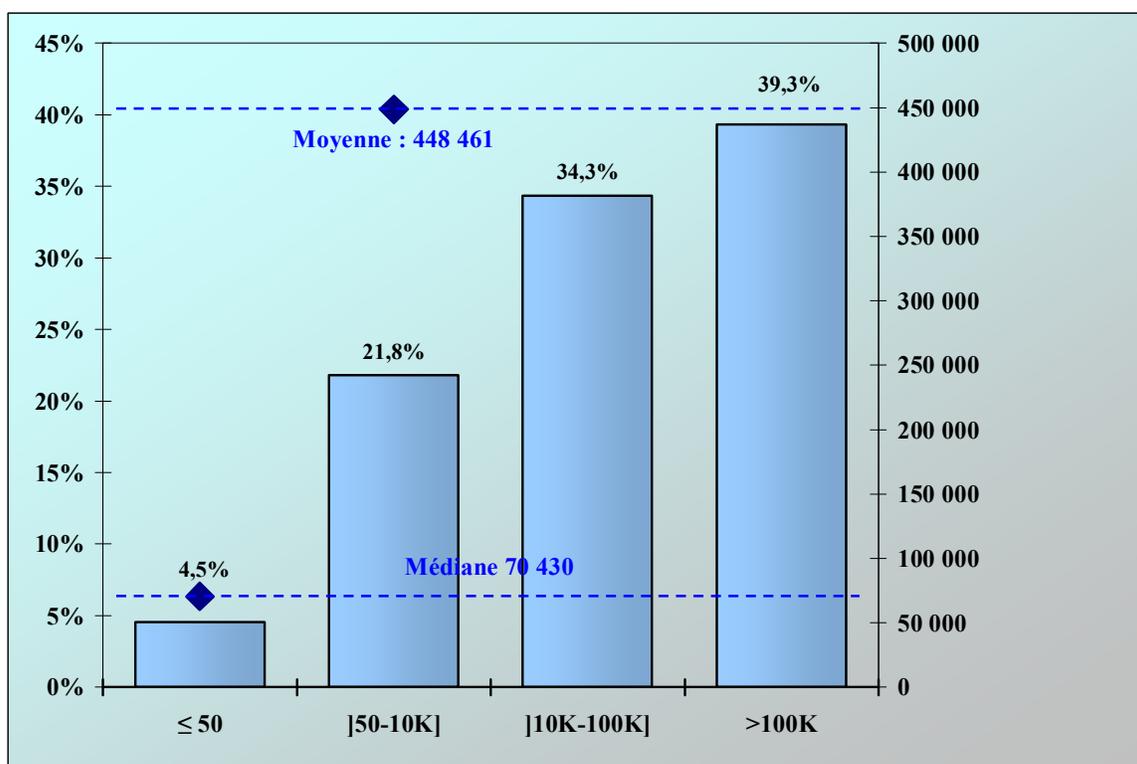
g) Répartition par Charge Virale

Il s'agit de la première valeur de la charge virale de 2011, 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...).

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL NOUVEAUX DEPISTES	% TOTAL HORS NON RENSEIGNES	% TOTAL DE LA FILE ACTIVE
<=50	10	11	21	3,0%	5,8%	4,0%	4,5%	0,2%
]50-10K]	44	57	101	13,1%	29,8%	19,2%	21,8%	0,9%
]10K-100K]	100	59	159	29,9%	30,9%	30,2%	34,3%	1,4%
>100K	138	44	182	41,2%	23,0%	34,6%	39,3%	1,6%
NON RENSEIGNE	43	20	63	12,8%	10,5%	12,0%	-	0,6%
TOTAL	335	191	526	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	4,6%

Médiane	70 430
Moyenne	448 461



On remarque qu'à leur prise en charge les patients nouvellement dépistés ont une charge virale **moyenne de 448 461 copies/ml** et une **médiane de 70 430 copies/ml**. Parmi les patients nouvellement dépistés, près de 40 % a un taux plasmatique de virus supérieur à 100 000 copies/ml, ce qui est une indication thérapeutique de mise sous traitements antirétroviraux.

C) Analyse sur les patients en cours de traitement

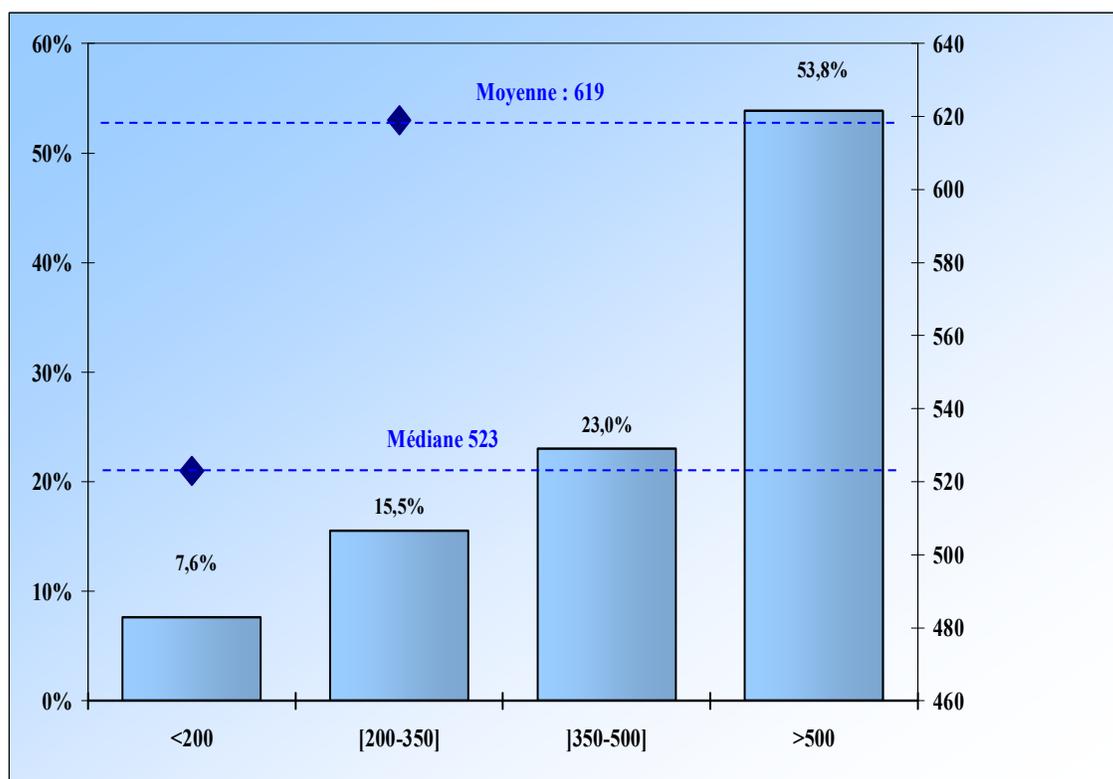
10 213 patients sur les 11 392 de la file active sont en cours de traitements antirétroviraux (patients en cours de traitement ou en arrêt de traitement depuis moins de 6 mois) ce qui représente 89,6 % des patients dont les données sont analysables.

a) Répartition par tranche de CD4

Il s'agit de la dernière valeur de CD4 de 2011. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm³ de sang total. L'analyse est faite sur les 9 996 patients pour lesquels la valeur des CD4 est renseignée.

	TOTAL	% PATIENTS TRAITES HORS NON RENSEIGNES
<200	762	7,6%
[200-350]	1552	15,5%
]350-500]	2301	23,0%
>500	5381	53,8%
NON RENSEIGNE	217	-
TOTAL	10213	100,0%

Médiane	523
Moyenne	619



54 % des patients traités ont des CD4 supérieurs à 500/mm³ de sang, ce taux est en amélioration par rapport aux années précédentes.

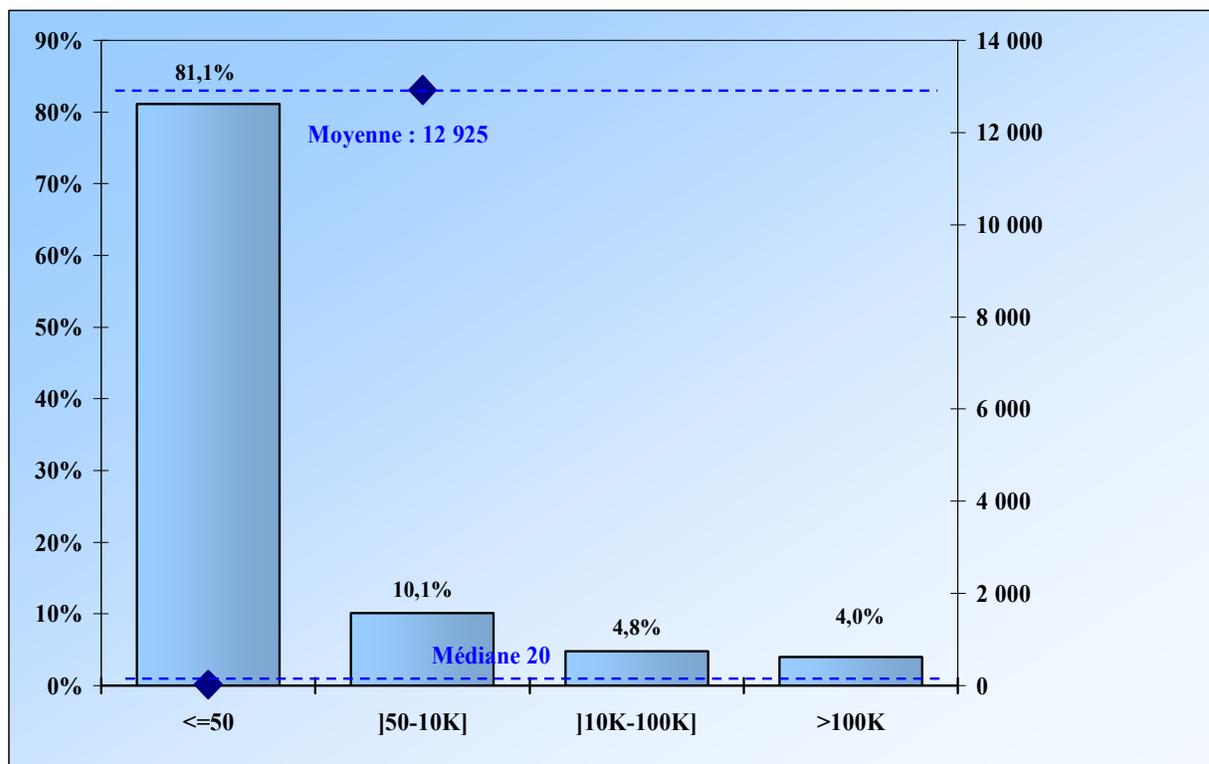
b) Répartition par Charge Virale

Il s'agit de la dernière valeur de la charge virale de 2011, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.

L'analyse est faite sur les 9 976 patients pour lesquels la charge virale est renseignée.

	TOTAL	% PATIENTS TRAITES HORS NON RENSEIGNES
<=50	8094	81,1%
]50-10K]	1008	10,1%
]10K-100K]	476	4,8%
>100K	398	4,0%
NON RENSEIGNE	237	-
TOTAL	10213	100,0%

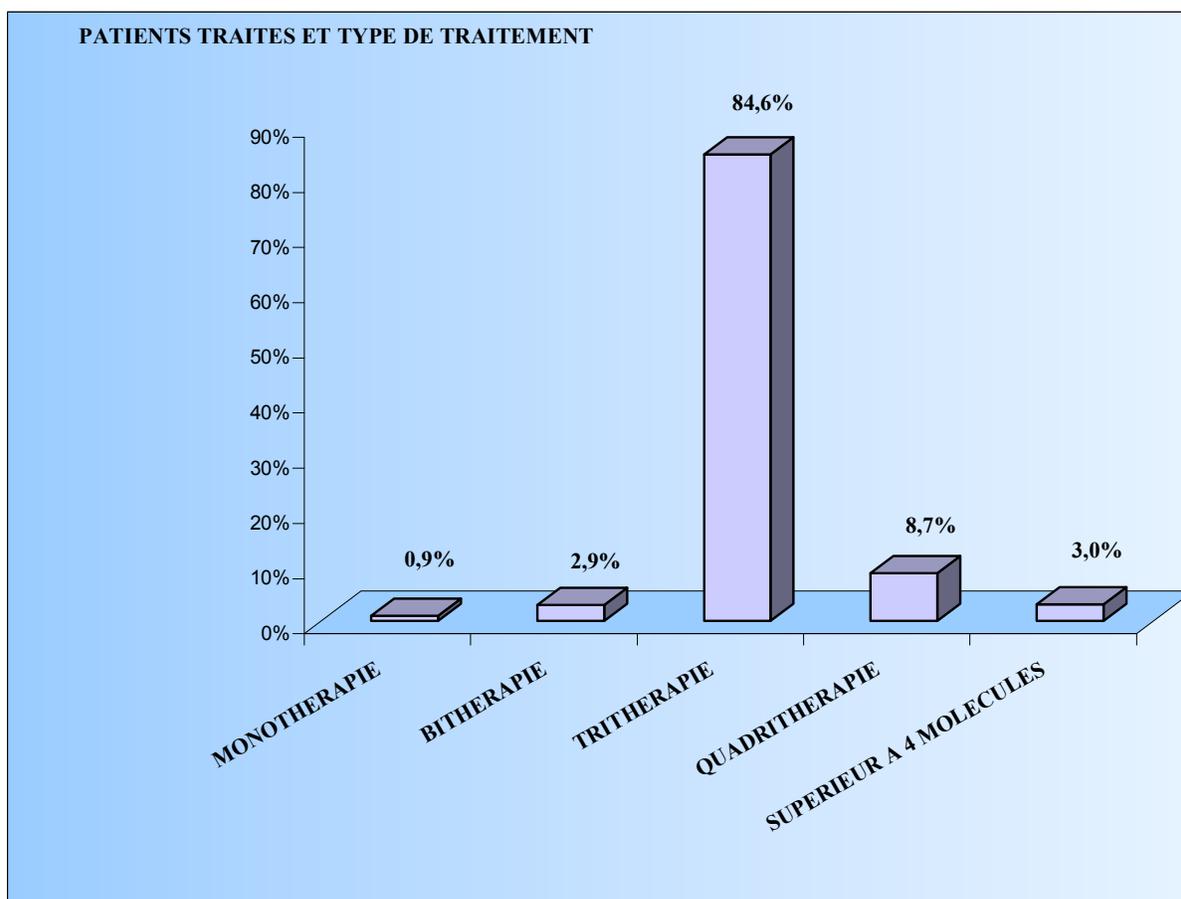
Médiane	20
Moyenne	12 925



Parmi les patients traités, la charge virale est inférieure à 50 copies/ml dans plus de 81.1 % des cas, ce qui est en amélioration par rapport à 2010 (78.4%).

c) Répartition par type de traitement ARV : combinaisons thérapeutiques

	TOTAL	% PATIENTS TRAITES
MONOTHERAPIE	91	0,9%
BITHERAPIE	293	2,9%
TRITHERAPIE	8639	84,6%
QUADRITHERAPIE	884	8,7%
SUPERIEUR A 4 MOLECULES	306	3,0%
TOTAL	10213	100,0%

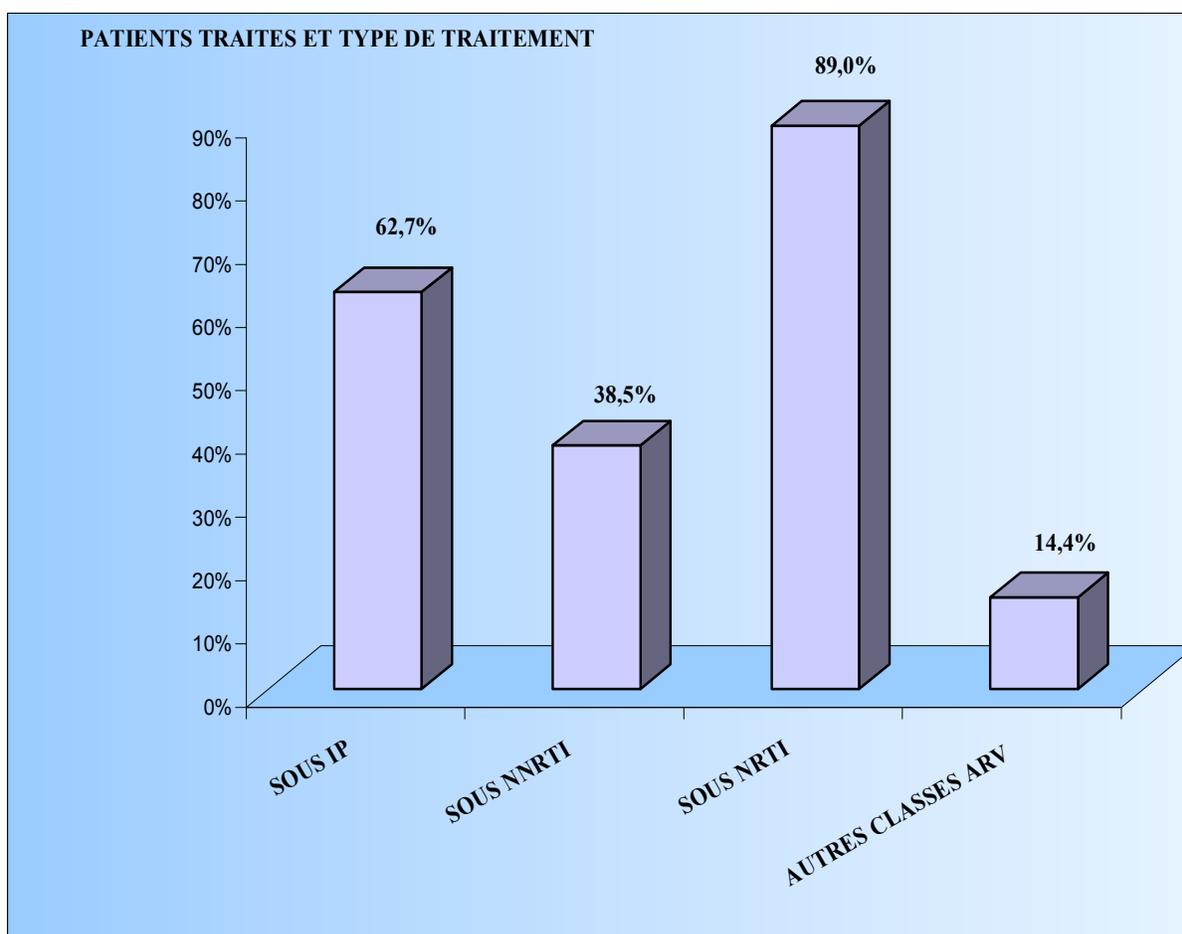


La trithérapie est majoritairement choisie comme combinaison de traitements antirétroviraux et 84,6 % des patients bénéficient de ce type de traitement.

d) Répartition par type de traitement ARV : classes thérapeutiques

	TOTAL	% PATIENTS TRAITES
SOUS IP	6403	62,7%
SOUS NNRTI	3928	38,5%
SOUS NRTI	9090	89,0%
AUTRES CLASSES ARV	1474	14,4%
TOTAL	20895	-

Il peut y avoir plusieurs types de traitements pour un même patient.



Parmi les combinaisons disponibles, les inhibiteurs de protéase sont privilégiés.

D) Analyse sur les patients sans traitement

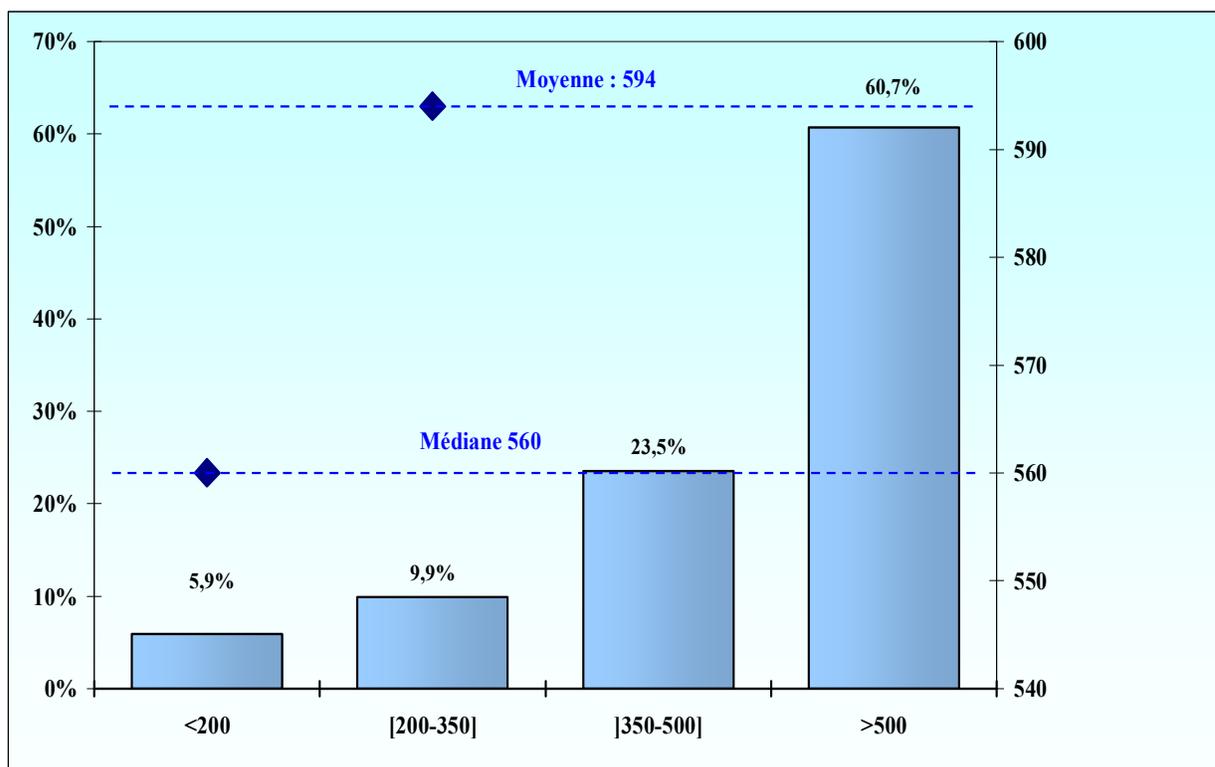
1 179 patients sur les 11 392 de la file active sont sans traitement antirétroviral (patients naïfs de traitement ou en arrêt de traitement depuis au moins 6 mois) ce qui représente près de 10,3 % des patients dont les données sont analysables.

a) Répartition par tranche de CD4

Il s'agit de la dernière valeur de CD4 de 2011. Cette valeur est exprimée en nombre de cellules par mm³ de sang total. L'analyse porte sur 1 110 patients pour lesquels la valeur des CD4 est renseignée.

	TOTAL	% PATIENTS SANS TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<200	65	5,9%
[200-350]	110	9,9%
]350-500]	261	23,5%
>500	674	60,7%
NON RENSEIGNE	69	-
TOTAL	1179	100,0%

Médiane	560
Moyenne	594



Près de 40 % des patients non traités ont moins de 500 CD4/mm³ alors qu'il y a une indication thérapeutique de mise sous traitement. Une analyse plus fine de cette absence de traitement mériterait d'être menée.

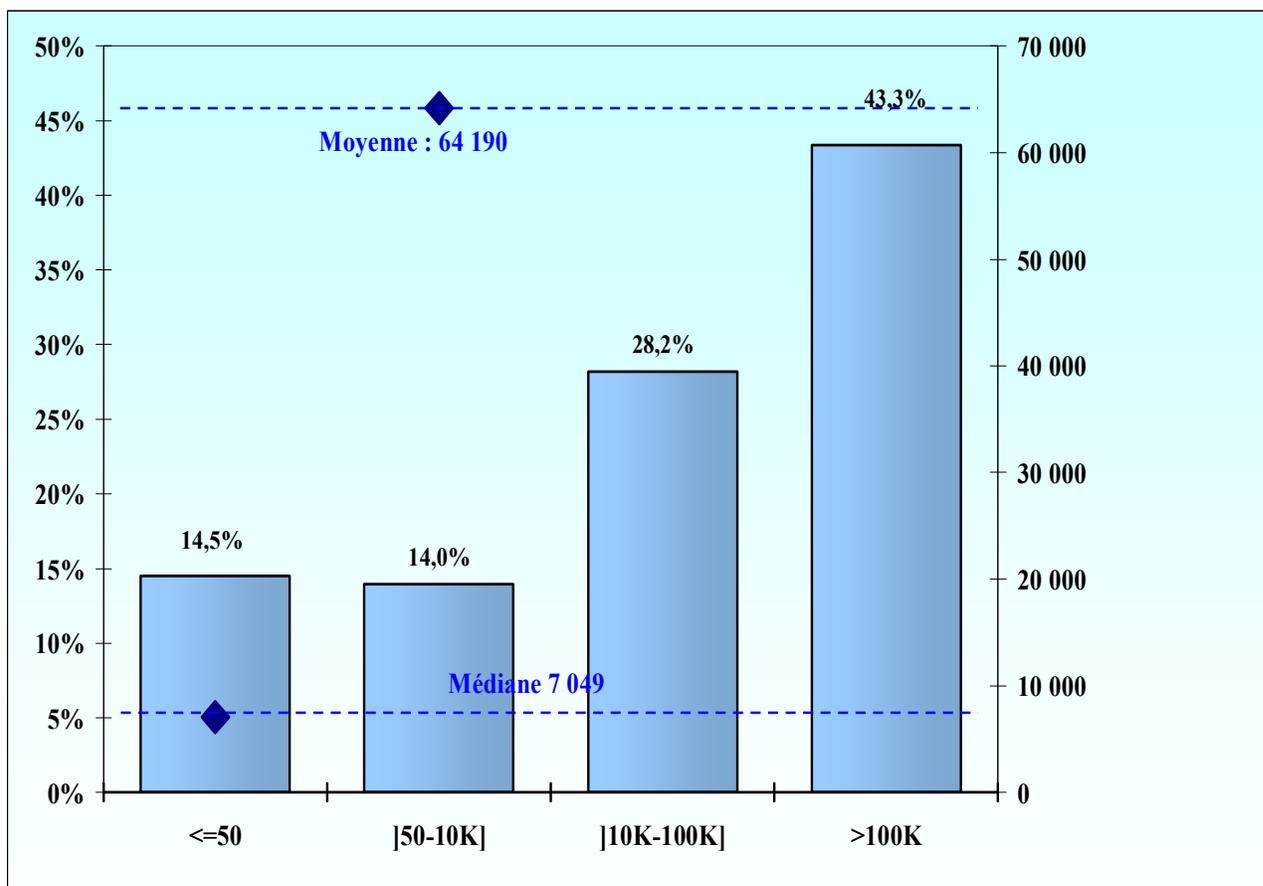
b) Répartition par Charge Virale

Il s'agit de la dernière valeur de la charge virale de 2011, elle est exprimée en nombre de copies/ml de plasma.

L'analyse porte sur 1 082 patients pour lesquels la charge virale est renseignée.

	TOTAL	% PATIENTS SANS TRAITEMENT HORS NON RENSEIGNES
<=50	157	14,5%
]50-10K]	151	14,0%
]10K-100K]	305	28,2%
>100K	469	43,3%
NON RENSEIGNE	97	-
TOTAL	1179	100,0%

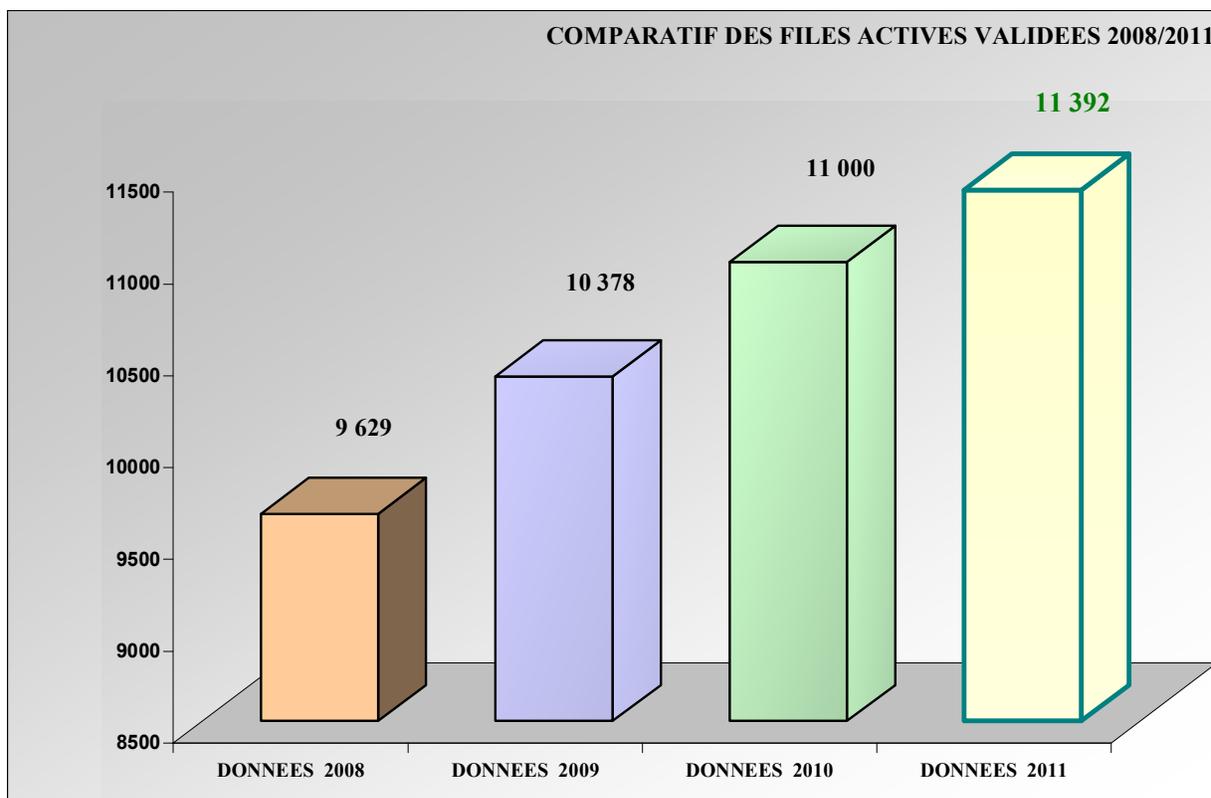
Médiane	7049
Moyenne	64 190



43 % des personnes non traitées ont une virémie plasmatique supérieure à 200 000 copies/ml alors qu'il y a une indication de mise sous traitement. Ce taux mériterait d'être investigué.

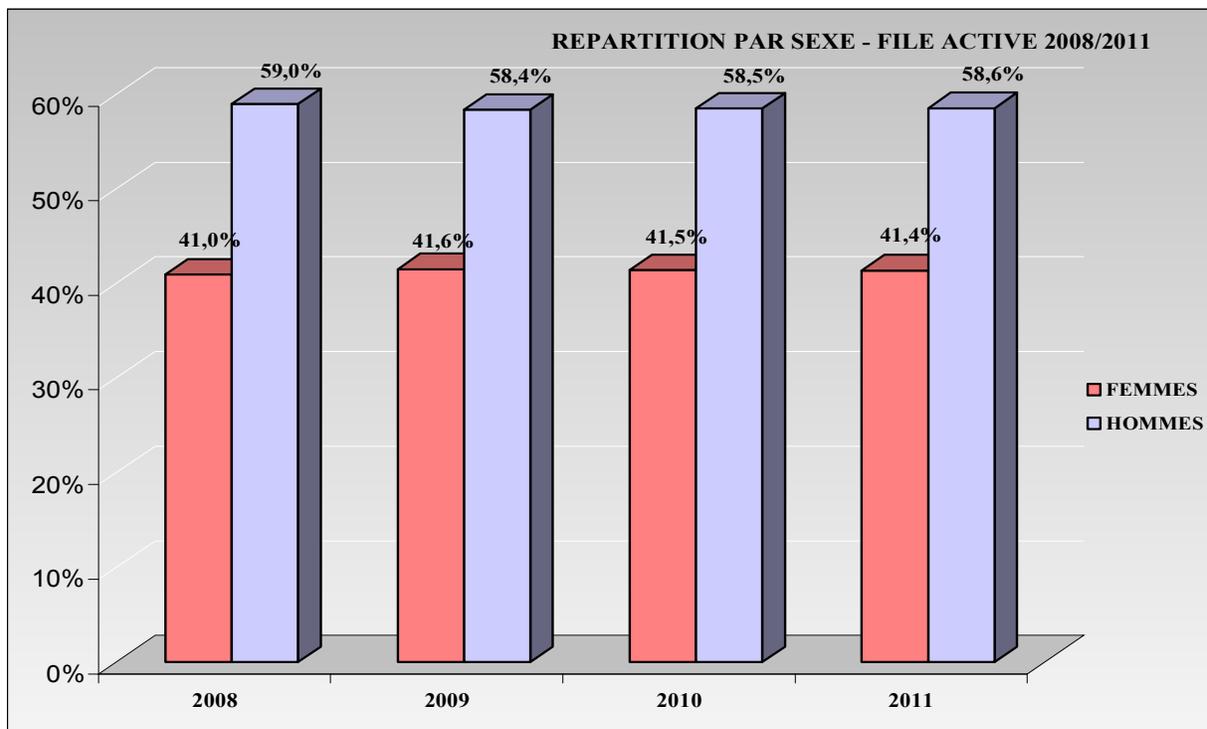
4.3 Analyse comparative des files actives validées 2008-2011

A) Comparaison sur les files actives



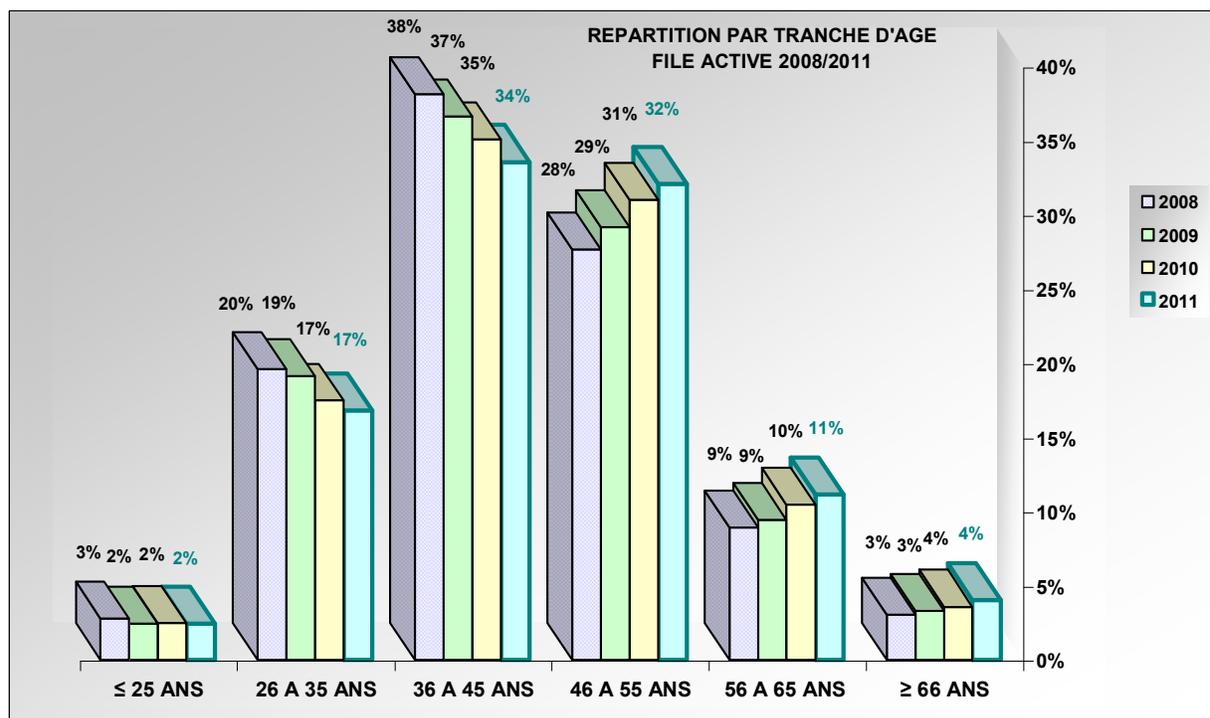
La file active validée 2011 a augmenté de 392 patients par rapport à l'année précédente soit une progression de 3,6 %. Cette augmentation s'explique par l'effort fourni en matière de saisie informatisée des dossiers patients dans le logiciel e-Nadis®.

a) Répartition par sexe



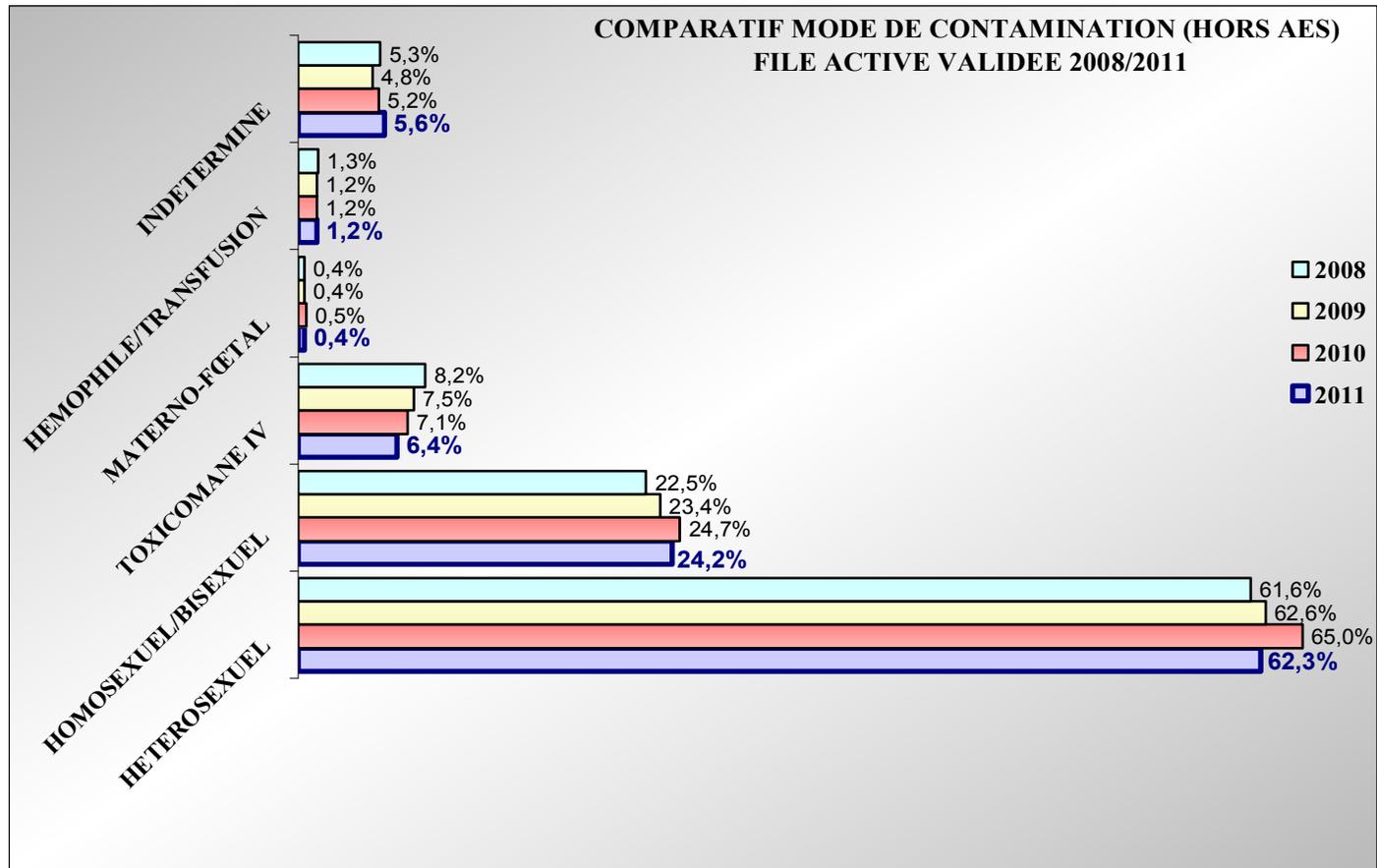
On constate une stabilité entre la proportion hommes / femmes depuis trois ans avec en moyenne 58,5 % d'hommes et 41,5 % de femmes.

b) Répartition par âge



Il y a une modification par tranche d'âge au profit d'un vieillissement de la population.

c) Répartition par mode de contamination

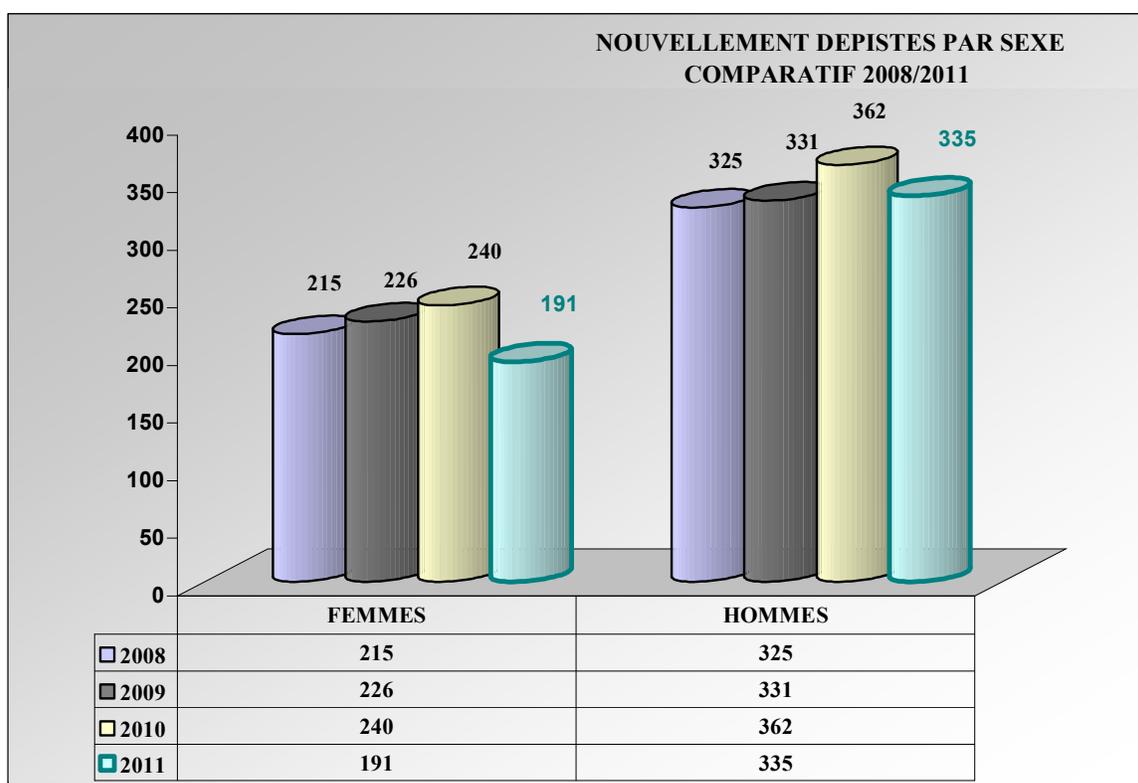


Il y a une stabilité globale des modes de contamination à l'exception des usagers de drogue par voie intraveineuse qui baissent régulièrement.

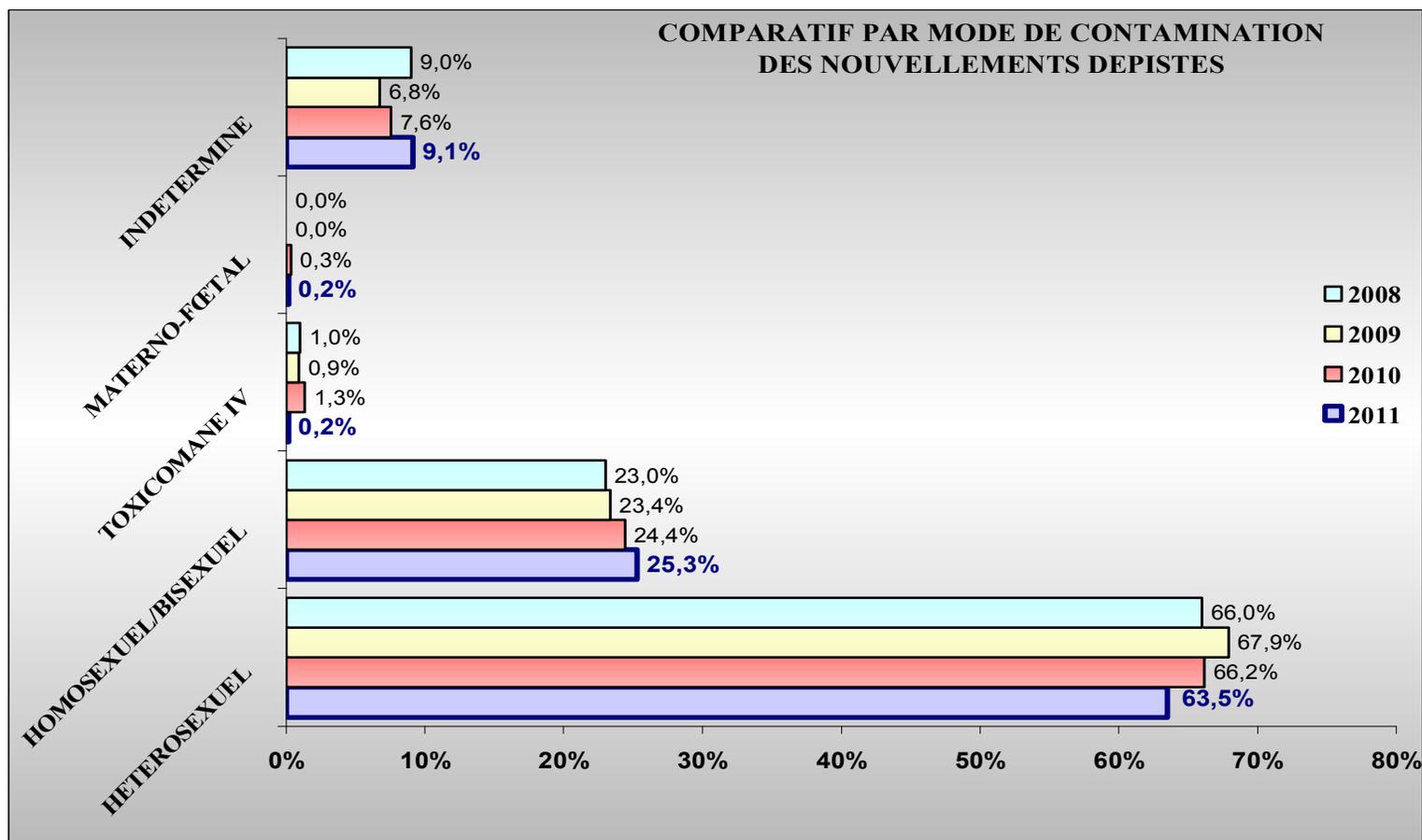
B) Comparaison sur les patients nouvellement dépistés

	2008	2009	2010	2011
PATIENTS NOUVELLEMENT DEPISTES	540	557	603	526

a) Répartition par sexe



b) Répartition par mode de contamination



On constate une baisse des nouvelles contaminations chez les hémophiles transfusés ainsi que chez les usagers de drogue injecteurs et une augmentation chez les HSH.

Cette année faute de réponses suffisantes (10 retours sur 27 sites), nous ne sommes pas en mesure de vous présenter des données issues du PMSI.

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 2011, (FA 12 578) 2,1 % de patients ont été suivis dans des essais ANRS et 6,8 % de patients dans des cohortes ANRS.

Ainsi, parmi la file active 2011, au total 8,9 % des patients suivis ont pris part à des études ANRS.

3,1 % de patients ont participé à des études hors ANRS sur l'ensemble des patients suivis en 2011.

Par conséquent, on compte 12 % de patients inscrits dans des études sur l'ensemble de la file active 2011.

Il faut noter que certains sites ne font pas de recherche clinique en raison de files actives trop restreintes ou faute de temps médical disponible.

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 2011 par site	1400	1134	562	193	428	45	3510	173	NC
Nombre d'essais et cohortes par site	11	8	4	0	6	1	36	2	NC
Nombre de patients suivis par site	168	133	49	0	54	1	479	13	NC
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2011	12,0%	11,7%	8,7%	0,0%	12,6%	2,2%	13,6%	7,5%	NC

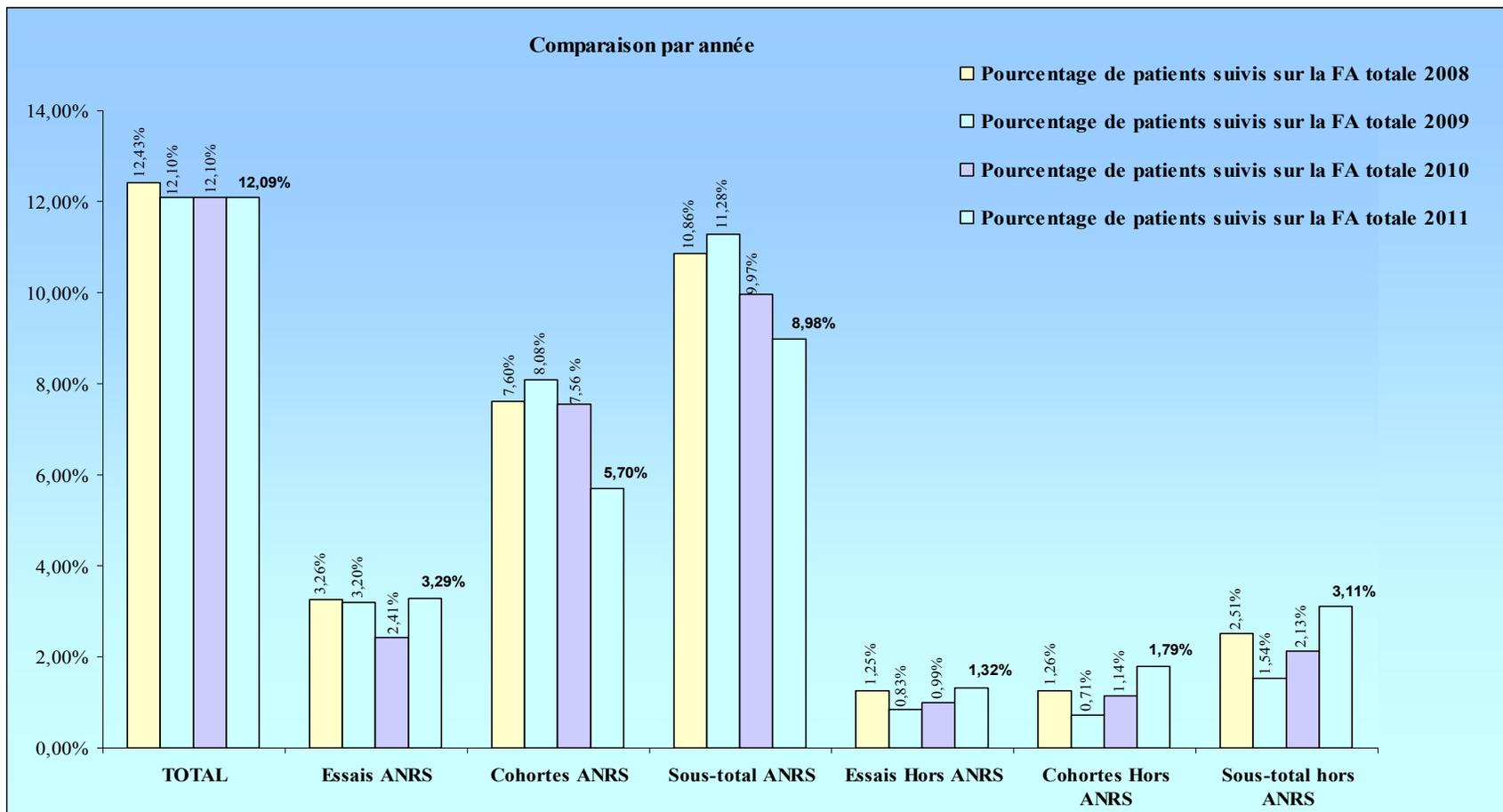
	Jean Verdier	Créteil	Fontainebleau	Bligny	Melun	Aulnay	Gonesse	Arpajon	Avicenne
FA 2011 par site	725	594	88	128	426	554	708	44	938
Nombre d'essais et cohortes par site	13	12	1	4	3	6	3	0	23
Nombre de patients suivis par site	43	96	1	23	9	42	62	0	274
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2011	5,9%	16,2%	1,1%	18,0%	2,1%	7,6%	8,8%	0,0%	29,2%

	Juvisy	Nemours	Montereau	Dourdan	Etampes	Montfermeil	Montreuil	Villeneuve	Longjumeau
FA 2011 par site	51	14	40	18	36	NC	NC	633	188
Nombre d'essais et cohortes par site	0	0	0	0	0	NC	NC	11	0
Nombre de patients suivis par site	0	0	0	0	0	NC	NC	86	0
Pourcentage de patients suivis dans les études par rapport à la FA 2011	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NC	NC	0,0%	0,0%

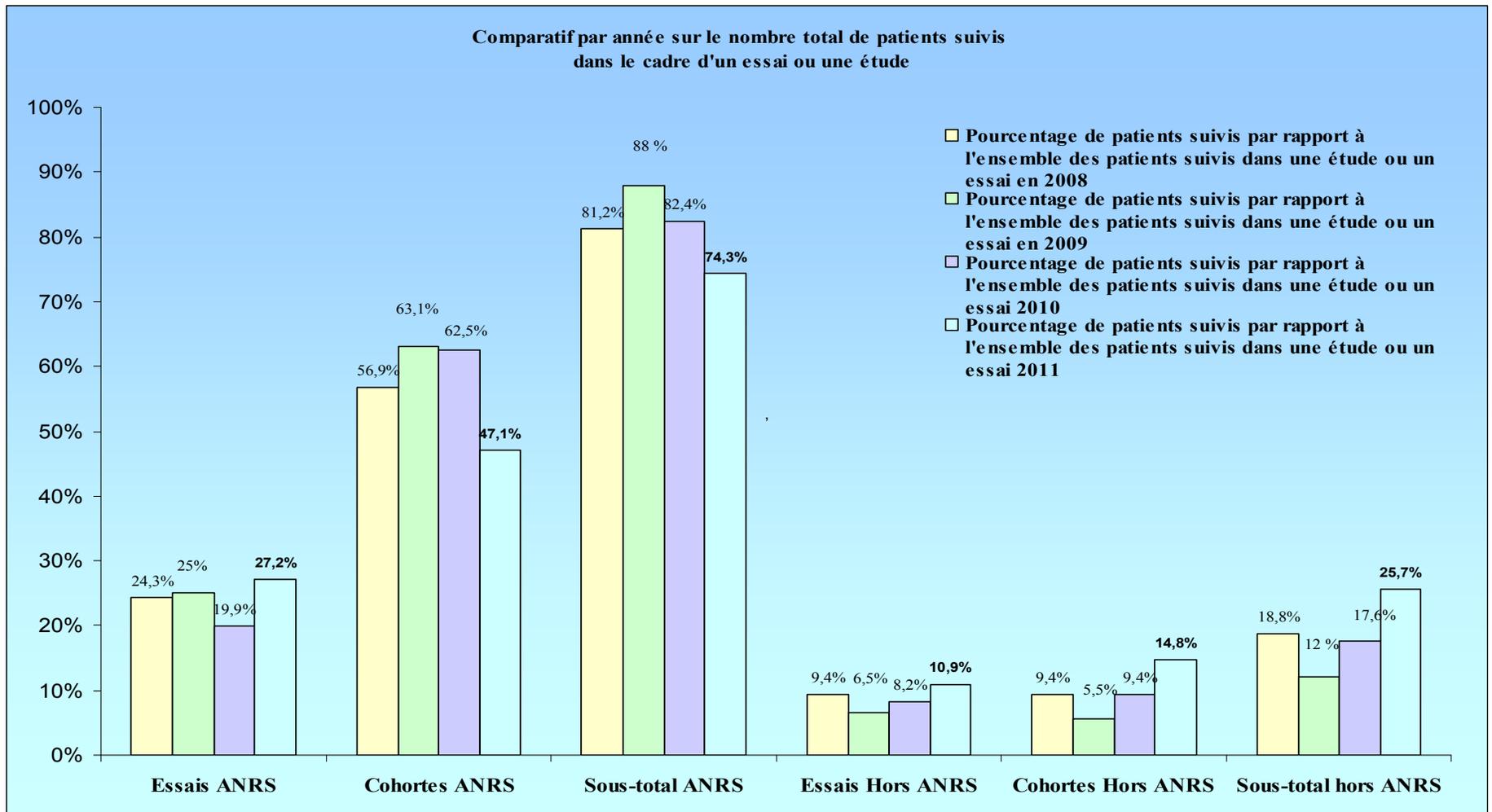
Comparaison 2008-2011 :

	DEMARCHES				Nombre de patients suivis			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Etudes en partenariat avec l'ANRS								
Essais	69	49	46	40	411	371	301	410
Cohortes	66	69	59	51	960	937	943	711
Sous Total ANRS	135	118	105	91	1 371	1 308	1 244	1 121
Etudes hors ANRS								
Essais	36	25	26	34	158	96	124	165
Cohortes	913	9	21	14	159	82	142	223
Sous Total hors ANRS	49	34	47	48	317	178	266	388
TOTAL	184	152	152	139	1 688	1 486	1 510	1 509

A) Comparaison du nombre de patients suivis dans des essais et/ou cohortes en 2008/2011



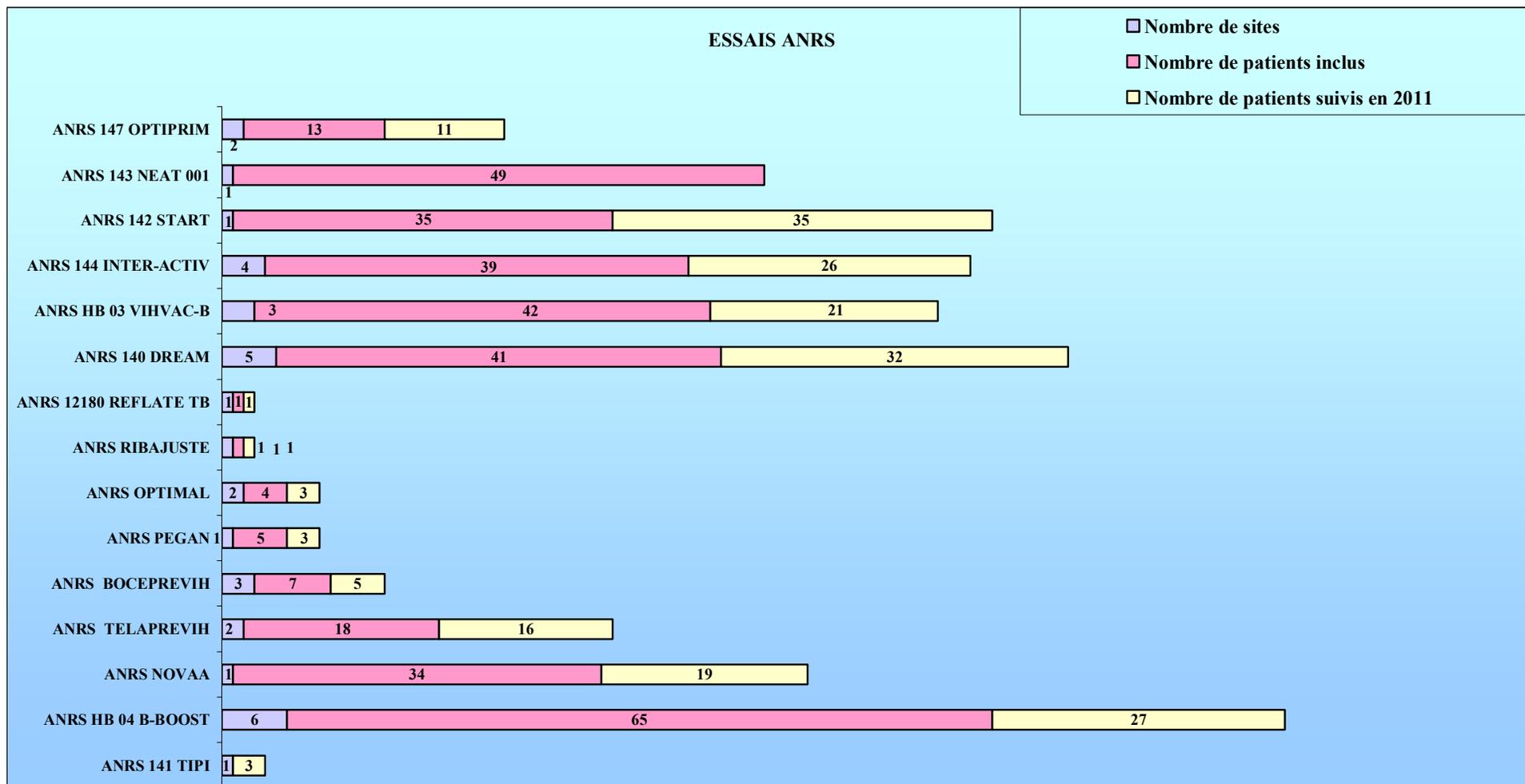
Au regard des files actives globales, le pourcentage de patients suivis dans une étude ou un essai est stable surtout ces deux dernières années (12,10 %). On constate une légère baisse de patients suivis dans le cadre des protocoles (essais et cohortes) de l'ANRS.



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.

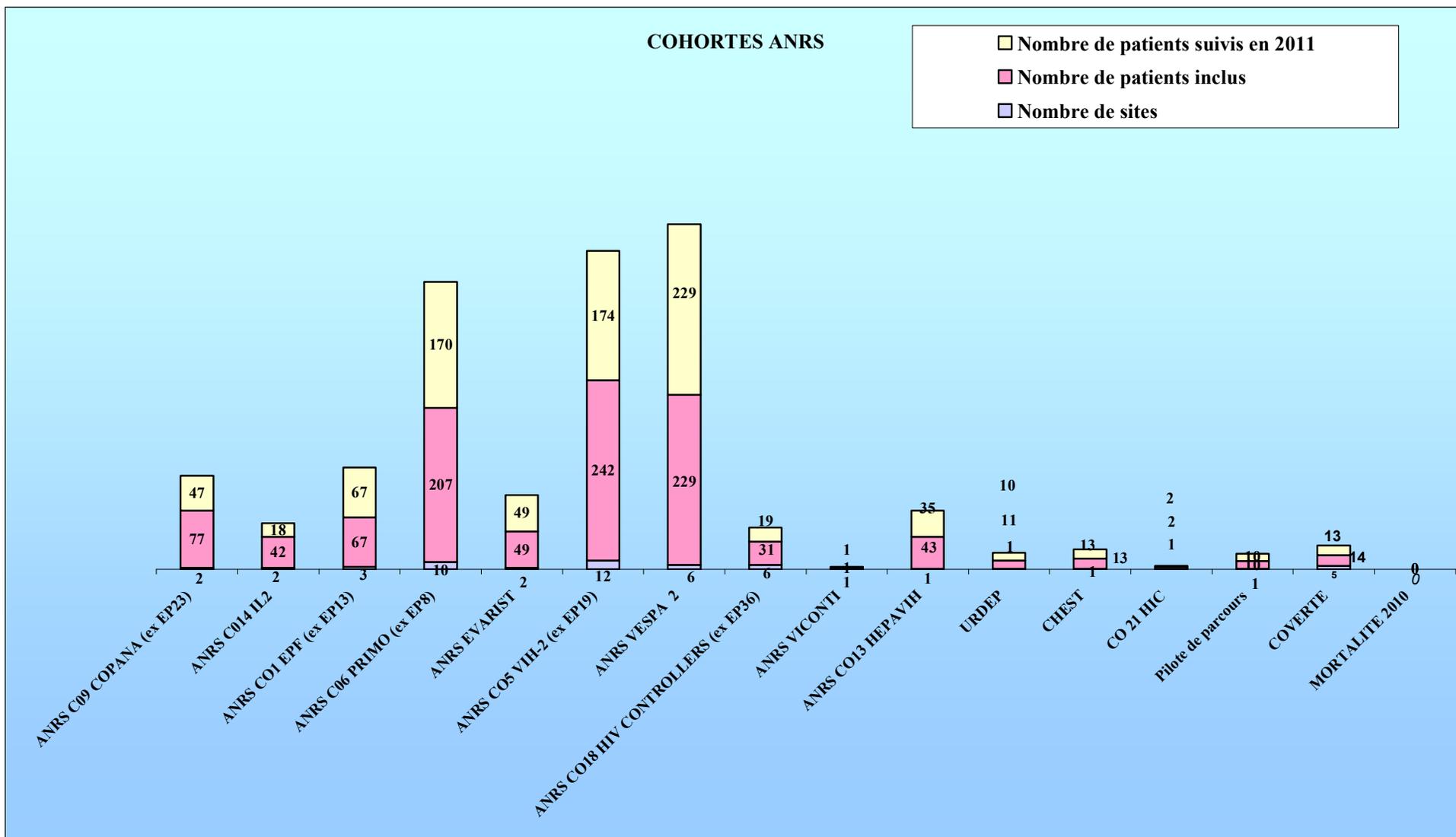
B) Activité de Recherche Clinique menée dans le cadre de l'ANRS

a) Essais



Au total, 15 essais ont été effectués dans le cadre de l'ANRS. Les essais B-BOOST, DREAM et START sont ceux qui ont été les plus « attractifs ».

b) Cohortes

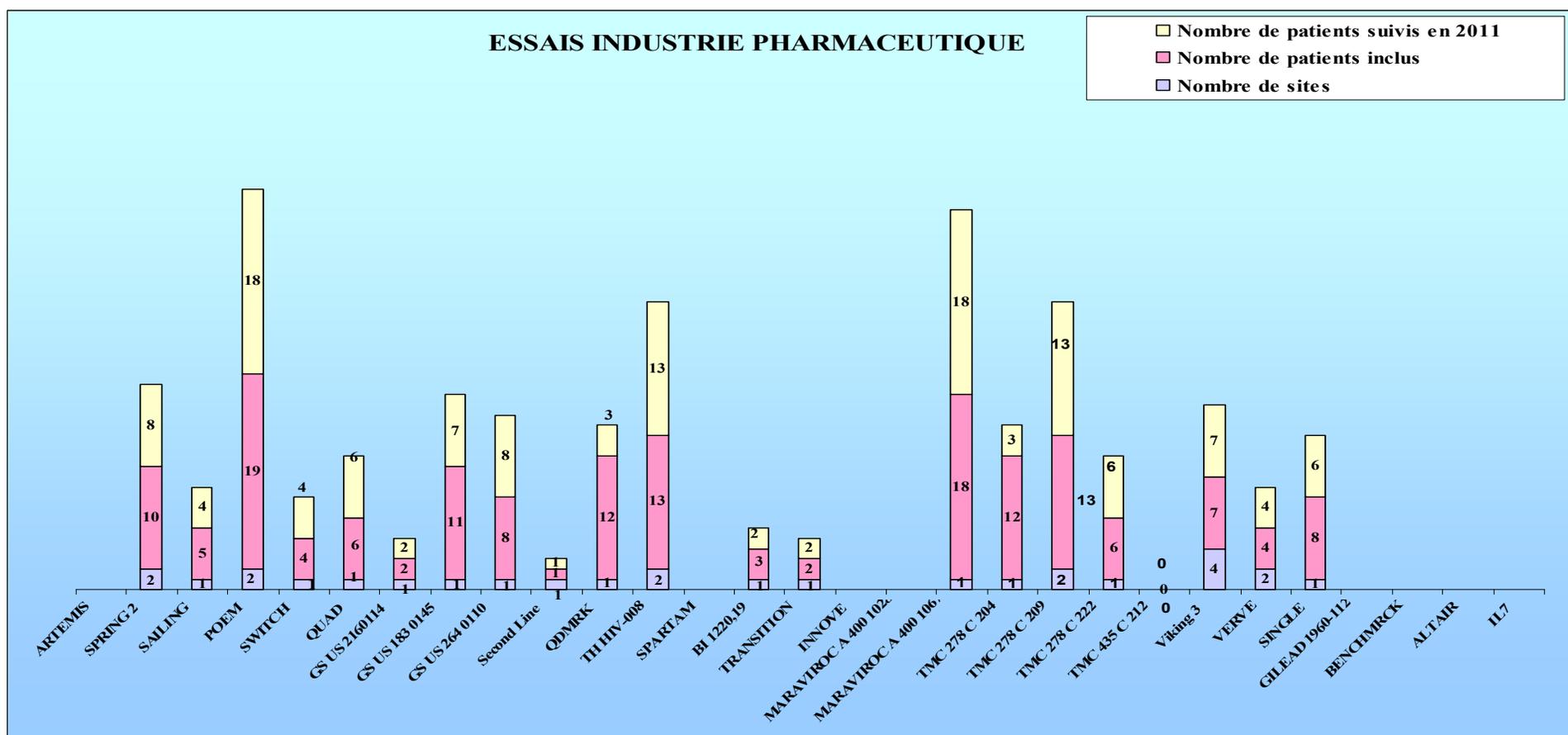


C) Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS

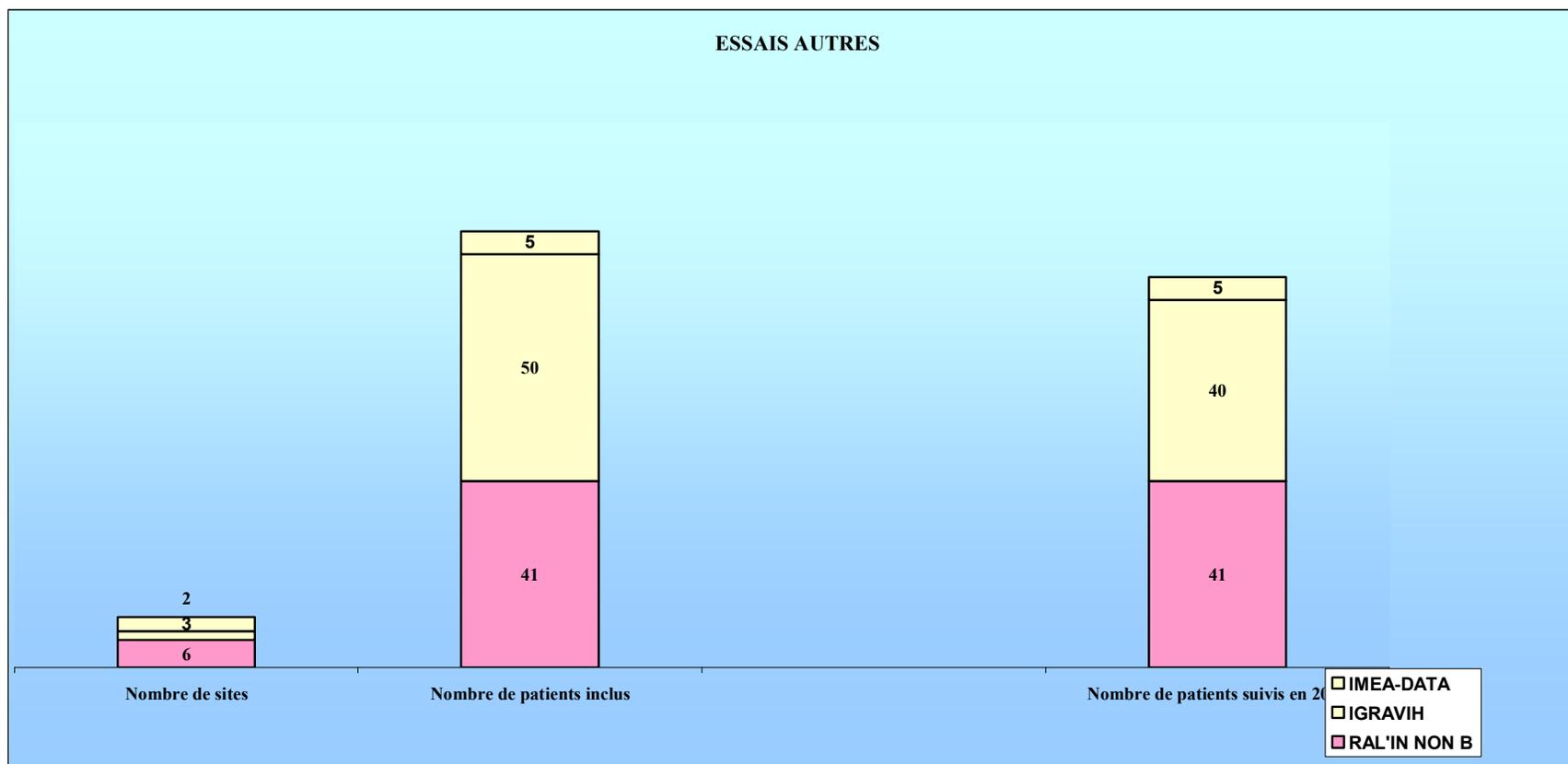
(Industrie pharmaceutique et autres c'est-à-dire à l'initiative des centres hospitaliers)

a) Essais

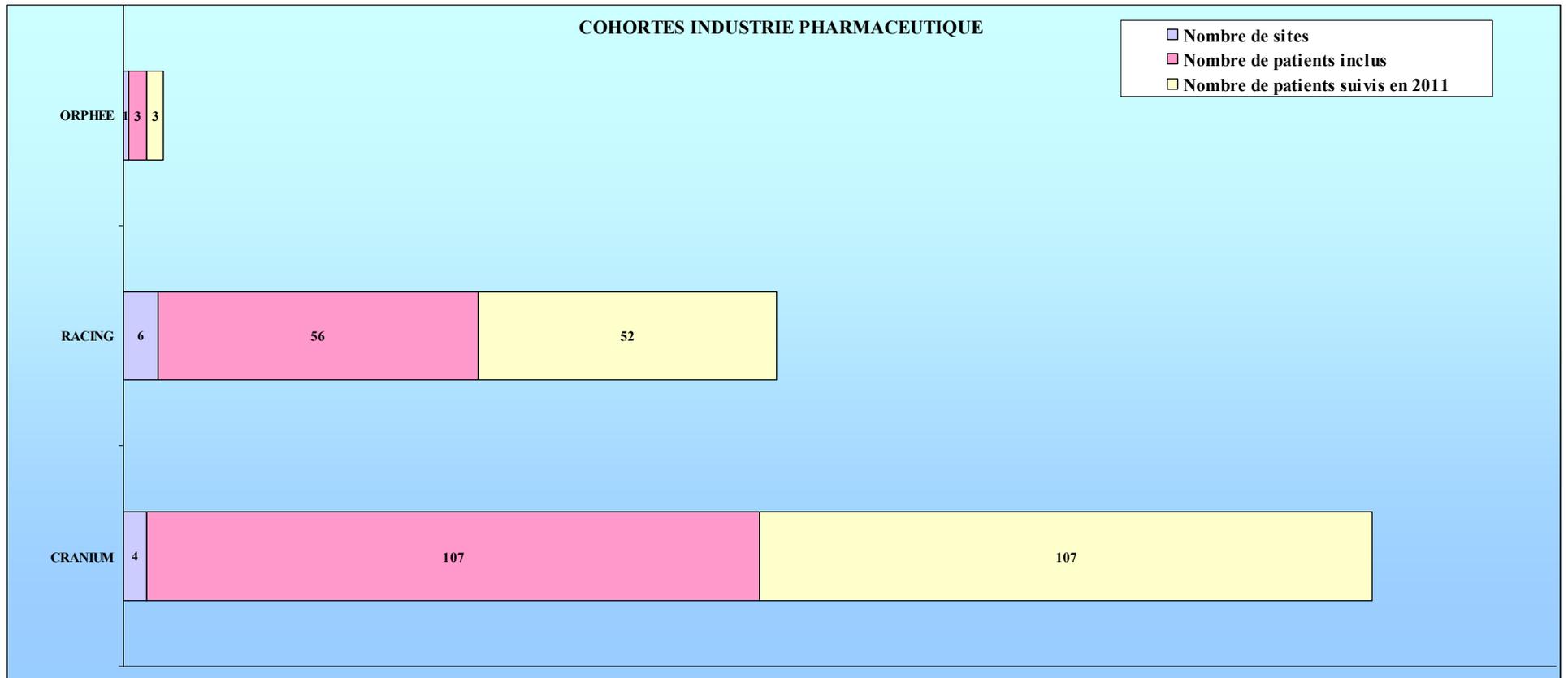
Concernant les essais menés par les industries pharmaceutiques, on remarque que peu d'établissements participent aux mêmes essais. Cependant, le nombre de patients suivis dans ces essais reste important.



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 3 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 2011.



b) Cohortes

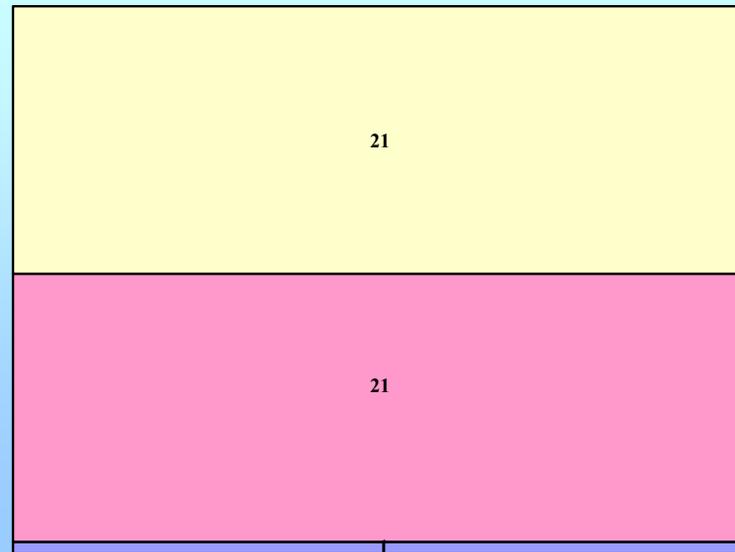


COHORTES AUTRES

■ Nombre de démarches

■ Nombre de patients inclus

□ Nombre de patients suivis en 2011

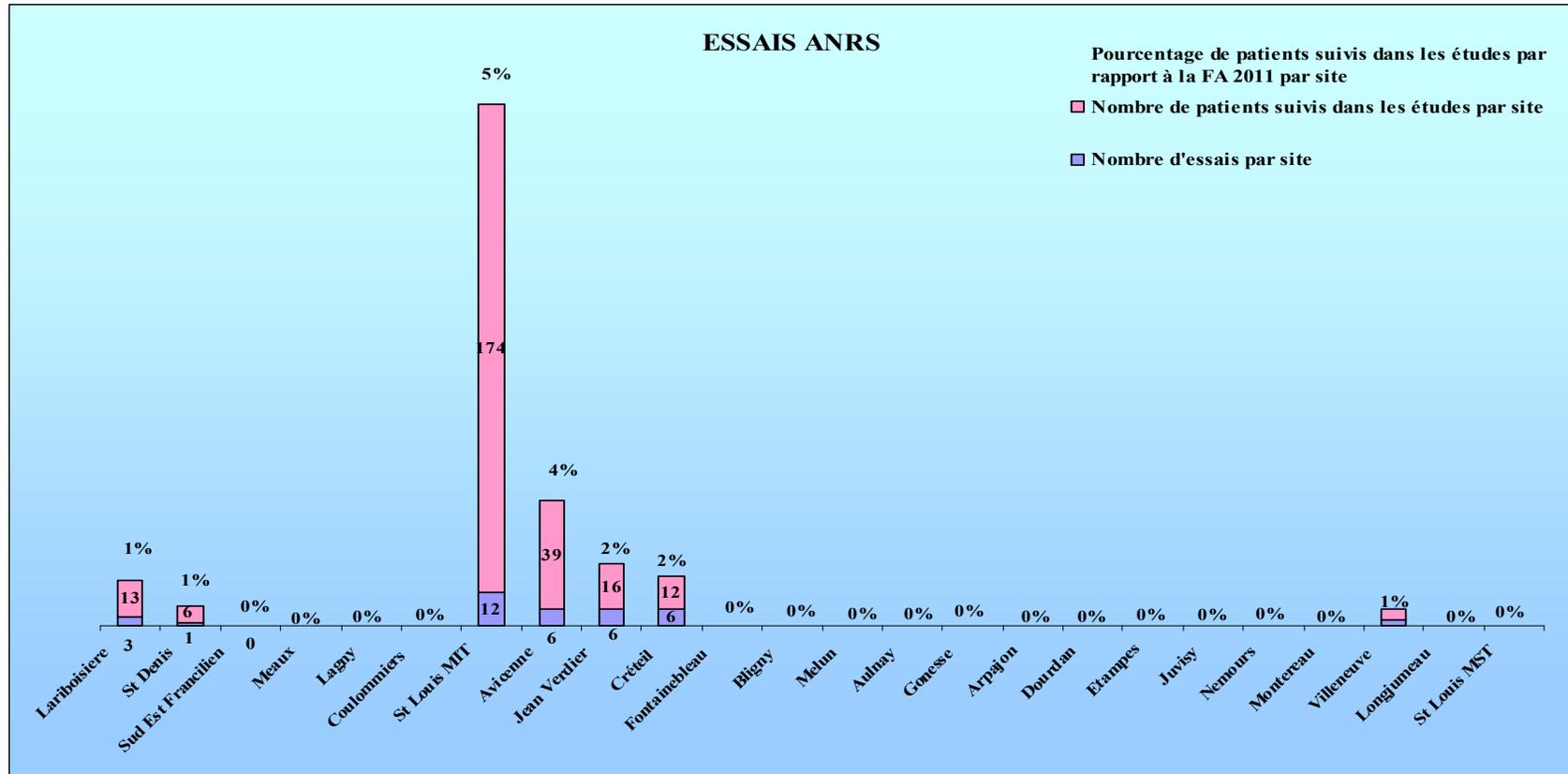


SANTE SIH

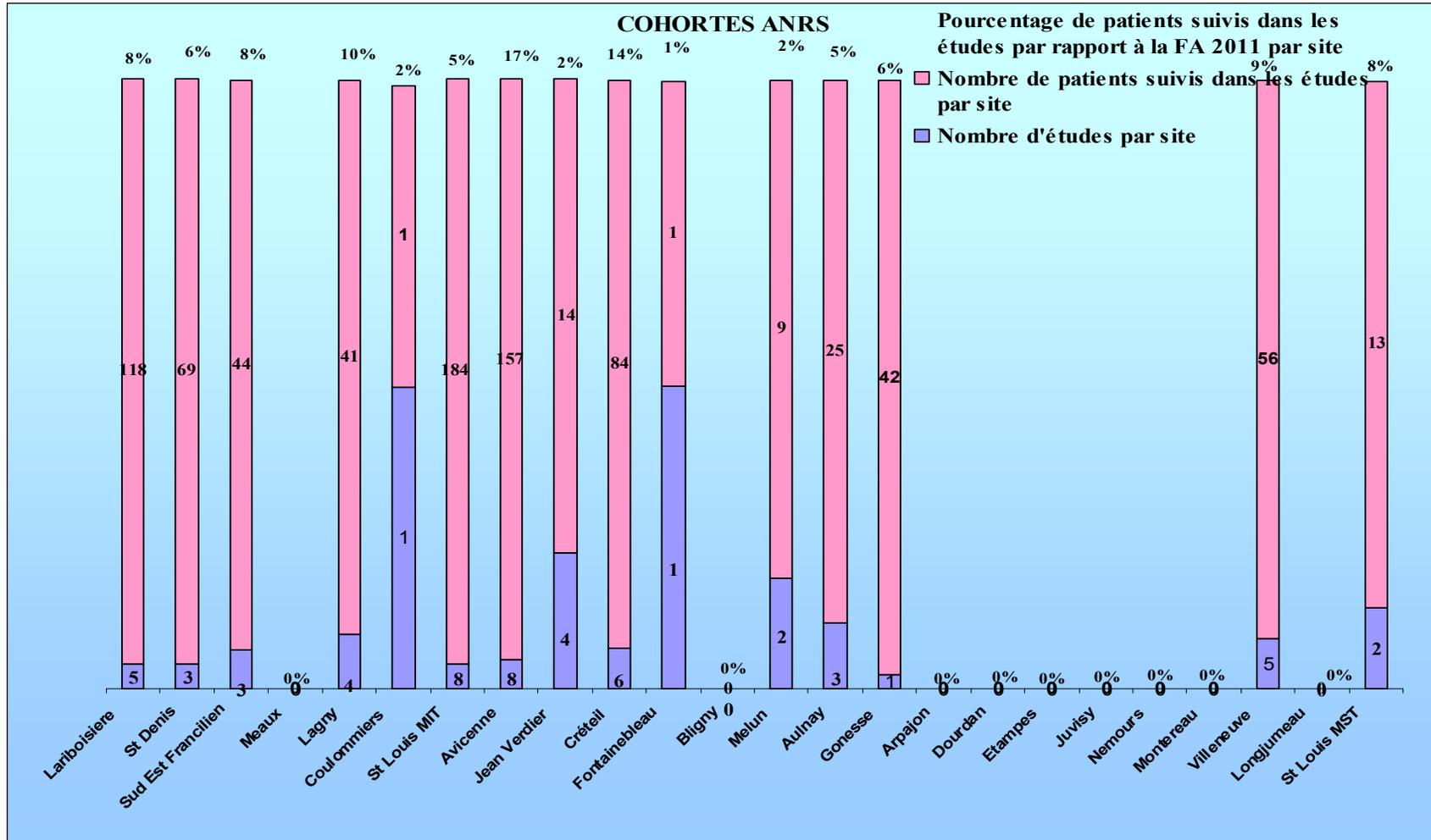
5.2 Analyse détaillée de la recherche clinique

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

a) Essais

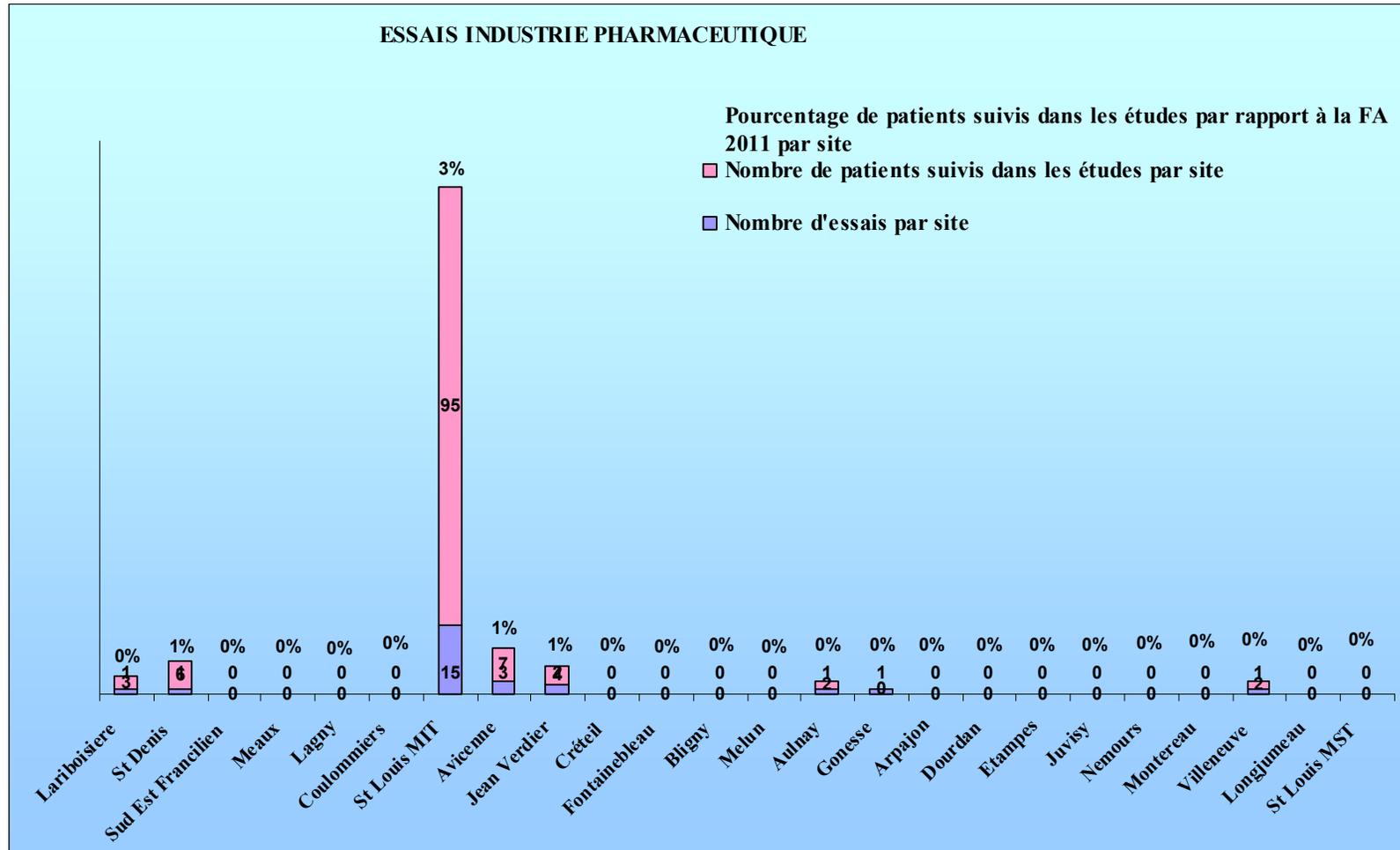


b) Cohortes

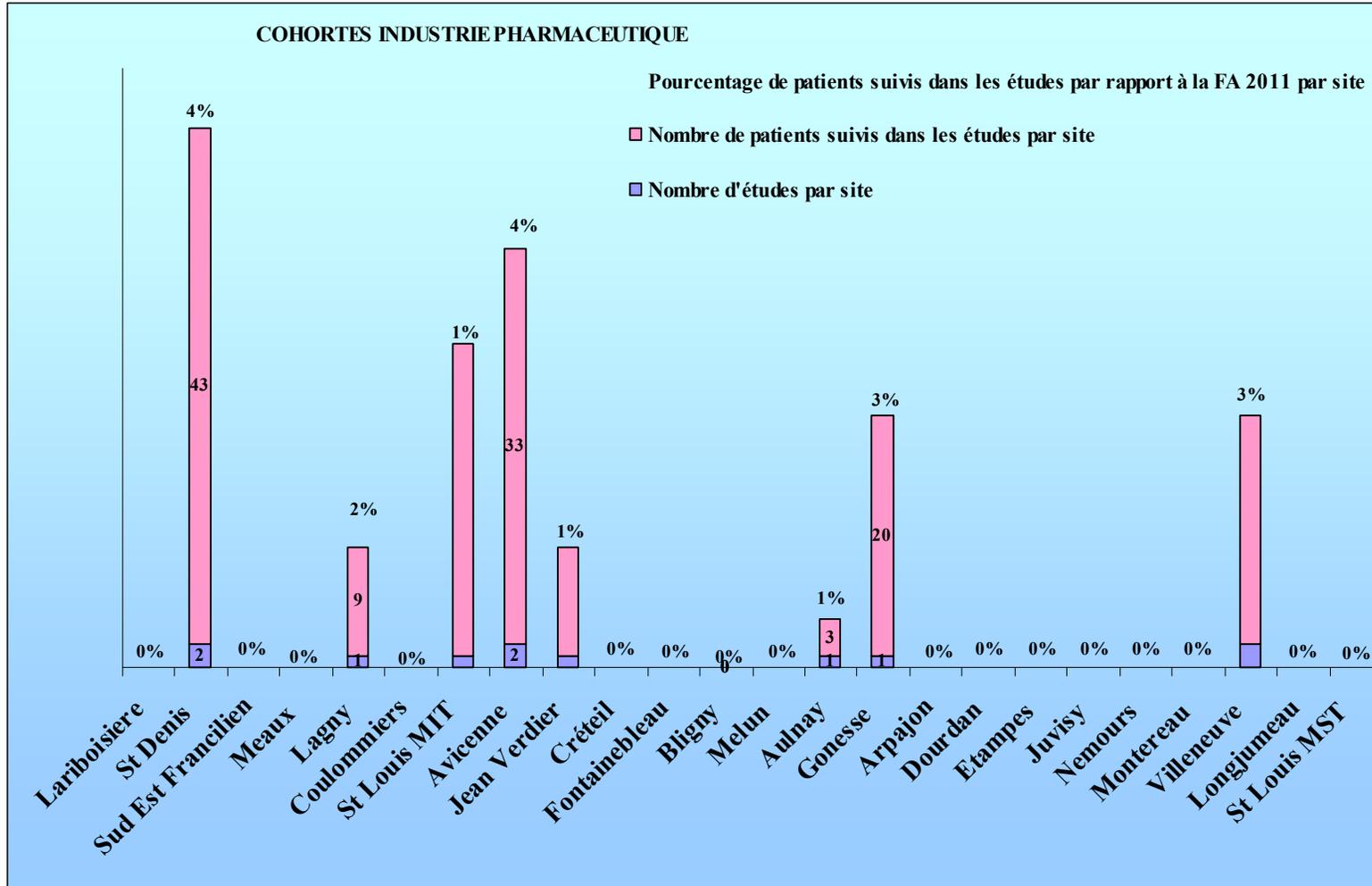


B) Activité de Recherche Clinique menée dans un autre cadre que celui de l'ANRS : (Industrie Pharmaceutique)

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 localement 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 et, le cas échéant, pour éviter les redondances.

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

A la création de la COREVIH treize commissions, trois sous-commissions et un groupe de travail avaient été mis en place. Au fil de la première mandature, des Commissions ne se sont plus réunies faute de mobilisation du pilote, des membres ou encore en l'absence de définition d'objectifs.

C'est pourquoi, l'une des premières missions du Bureau de la seconde mandature sera de revoir le découpage des Commissions (maintien, suppression ou création de nouveaux items), élaborer des feuilles de cadrage en recevant les pilotes.

B) Présentation thématique des commissions

Commission « Addiction »

La commission Addiction pilotée par Etienne MATTER et Denis PEDOWSKA avait vocation à s'intéresser aux déclinaisons de la problématique VIH/hépatites chez les usagers de drogues. Les pilotes avaient élaboré 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 a été largement diffusé mais n'a reçu aucune réponse. Face à ce constat du manque d'intérêt des acteurs sur cette problématique, aucune réunion n'a eu lieu et les pilotes se sont interrogés sur l'opportunité de maintenir cette Commission.

Commission « Migrants »

La commission dédiée aux migrants, pilotée par le Dr Olivier PATEY, ne s'est pas réunie au cours de l'année 2011 en raison du manque de disponibilité du pilote. En effet, celui-ci a dû faire face à de gros problèmes d'effectifs médicaux sur son secteur géographique, difficultés auxquelles il a dû pallier.

Néanmoins, compte tenu des importants changements réglementaires relatifs aux droits des étrangers qui sont intervenus au cours de l'année, la COREVIH a régulièrement relayé des informations adressées par la CIMADE ou le COMEDE.

Au cours de la prochaine mandature, la COREVIH souhaite remobiliser cette Commission dont le thème est considéré comme majeur a fortiori sur son territoire.

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).

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 sur ces problématiques mais cela n'a pas été suivi d'effets malgré l'identification de 2 objectifs clairs.

- ✘ remobiliser les acteurs de cette prise en charge pour participer aux réflexions et travaux de la Commission en privilégiant l'aspect médico-social
- ✘ mieux informer les publics et réseaux partenaires des dispositifs d'aval existants sur le territoire en précisant leurs fonctions respectives et leurs spécificités à travers l'élaboration d'une plaquette pédagogique qui serait également un annuaire des structures.

La question du maintien de cette Commission reste entière.

Commission « ARV et Pharmacovigilance »

La Commission "Antirétroviraux et Pharmacovigilance", pilotée par le Dr Hervé TROUT, avait été mise en place à la création du COREVIH avec un investissement important du pilote qui malheureusement n'a pas été relayé par les autres membres de la Commission.

Ce groupe s'est réuni une fois au cours de l'année mais faute de mobilisation, le pilote a trouvé préférable de ne pas poursuivre. La mission de pharmacovigilance confiée aux COREVIH reste donc en suspens.

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 initialement par Antonio Ugidos, s'est consacrée à la mise en place d'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.

Les quatre services suivants ont été sélectionnés sur dossier :

- ✘ 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, principalement sur 2010 et a fait intervenir de nombreux formateurs. Le dernier jour de cette formation de 40h a eu lieu le 26 mai 2011 avec une assez bonne participation.

Cette journée a permis de s'interroger sur les événements ayant eu lieu 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 ont choisi en fonction des besoins ressentis. Globalement, les participants ont apprécié cette dernière session à distance même si une mise en pratique sur site n'a pas toujours été possible.

Il est prévu de mettre en place un groupe de suivi et d'échange des pratiques avec toutes les entités autorisées par l'ARS à faire des séances d'éducation thérapeutique. Compte tenu de la dynamique en place (auto-évaluation, financement...) des contrôles des autorités de tutelles sont à prévoir.

Sur notre territoire, les programmes autorisés sont les suivants :

Année de la délivrance de l'autorisation	Dépt	APHP/ Autres	Structure	Site	Commune	Thématique
2010	75	APHP	Groupe hospitalier Saint-Louis - Lariboisière - Fernand Widal	Hôpital Lariboisière	Paris 10ème	VIH/SIDA
2010	75	APHP	Groupe hospitalier Saint-Louis - Lariboisière - Fernand Widal	Hôpital Saint-Louis	Paris 10ème	VIH/SIDA
2010	75	APHP	Groupe hospitalier Saint-Louis - Lariboisière - Fernand Widal	Hôpital Saint-Louis	Paris 10ème	VIH/SIDA
2010	77		Centre hospitalier de Lagny-Marne-la-Vallée		Lagny	VIH/Hépatites B/C
2010	93	APHP	Groupe Hospitalier Avicenne - Jean Verdier - René Muret	Hôpital Avicenne	Bobigny	VIH/SIDA
2010	91		Centre médical de Bligny		Briis-sous-Forges	VIH/SIDA
2010	93		Centre hospitalier de Saint-Denis		Saint-Denis	VIH/SIDA
2010	93		Groupe hospitalier intercommunal le Raincy-Montfermeil		Montfermeil	VIH/SIDA
2010	94		Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil		Créteil	VIH/SIDA
2010	94		Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil		Créteil	Hépatites B/C
2010	94		Centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges		Villeneuve-Saint-Georges	VIH enfant/adolescent

Il faut par ailleurs noter que 2 sites ont bénéficié de financements MIGAC dédiés, le service de maladies infectieuses du CHU St Louis avec 36 000 € et celui du CH de Lagny à hauteur de 31 685 €.

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.

Le pilote ayant quitté ses fonctions au cours de l'année 2011, un remplaçant devra être désigné.

Le découpage pourrait être amené à évoluer comme suit «Prévention, Information et Education pour la santé » avec un volet dédié à l'ETP et l'autre à la prévention et la santé sexuelle, thèmes qui n'ont pas été abordés pour l'instant.

En revanche, d'autres Commissions ont été plus actives, les travaux sont relatés ci-dessous.

Commission « Psy »

La Commission PSY, pilotée par le Docteur Roser CEINOS, Psychiatre au CSSP (Comité Sida Sexualités, et Prévention) de Ville-Evrard s'est réunie pour la première fois en janvier 2009.

Durant l'année 2011, la Commission s'est réunie à 5 reprises avec un nombre de participants oscillant entre 5 et 8. Pour la plupart il s'agit de psychologues hospitalières, d'infirmières mais aussi d'une psychiatre, d'une coordinatrice régionale des programmes de maintien à domicile (Aides Juvisy), d'une coordinatrice régionale de Sida Info Service et d'un représentant du collège 3.

1°) Cette année la Commission a poursuivi l'organisation des ateliers d'échanges cliniques pluridisciplinaires avec toujours autant de succès. Deux ateliers ont eu lieu, ils ont été animés par le Dr Roser Ceinos, psychiatre et Josiane Phalip-Le Besnerais, psychologue.

⊗ 3^{ème} ATELIER D'ECHANGES CLINIQUES, le 8 Février 2011, qui a réuni 26 personnes autour de 3 thèmes:

⊗ « **Simple comme un coup de fil ?** »

Christophe CHAUSSE, écoutant à Sida Info Service

⊗ « **Pathologie Psy/Somatique, quelle offre d'accueil et d'hébergement ? Les ACT jusqu'où ?** »

Dr Roser CEINOS, psychiatre au CSSP de Ville Evrard et

Denis PEDOWSKA, Directeur de l'ACT de Gagny

⊗ « **Se mal-traiter à l'adolescence** »

Sandra FERNANDEZ, Infirmière, Equipe Psy-VIH de Ville-Evrard à l'hôpital Jean Verdier.

⊗ 4^{ème} ATELIER D'ECHANGES CLINIQUES, le 15 novembre 2011, qui a réuni 21 personnes.

⊗ « **Du rêve au cauchemar (Sustiva-Atripla)** »

Martine SHINDO, psychologue St Louis et

Dr Caroline LASCOUX-COMBE, PH St Louis.

⊗ « **Identité de mère, identité de femme avec le VIH : la violence que présente la contamination dans l'histoire de couple et sa place dans le fonctionnement familial** »

Audrey HAUCHECORNE, Psychologue et

Association Dessine-moi un mouton

⊗ « **La contamination thérapeutique** »

Jeffrey LEVY, Psychologue, Psychanalyste, Réseau ESPAS

Ces ateliers permettent la présentation de 3 cas cliniques, suivie d'une discussion soit en tables rondes, soit générale. La réflexion est toujours riche et appréciée. De nombreux participants se fidélisent car 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

L'objectif est de mettre à disposition des membres de la COREVIH, une plaquette/annuaire afin de faciliter l'orientation des patients vers les soignants psy. Le bureau du COREVIH nous avait demandé de compléter la plaquette en y intégrant les coordonnées des CMP et des correspondants psy-toxicomanie.

Pour une question de faisabilité et de cohérence, car le but de cette plaquette est de recenser les soignants psy spécialisés dans la prise en charge de PVVIH, nous avons décidé d'ajouter à la fin de la plaquette simplement la phrase suivante : « Les CMP de secteur peuvent être sollicités pour tous les patients en fonction de l'adresse de leur domicile. Les coordonnées précises des CMP sont facilement consultables sur internet. Prévoir un délai d'attente pour obtenir un RV ». (Cf annexe n°3).

3°) RECHERCHE CLINIQUE SUR LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LES PVVIH

Une pré-étude a été menée auprès d'un échantillon de 30 personnes. Il est apparu que 20 % prenaient des psychotropes. Ce chiffre est élevé. Cette pré-étude a été transmise à la Commission Recherche Clinique de la COREVIH afin de proposer une étude plus élargie. Néanmoins, au vu de ces résultats, il nous semble important d'éviter la banalisation de la prescription des psychotropes comme réponse aux situations de détresses psychiques.

4°) CREATION D'UNE COMMISSION PSY INTER-COREVIH

La réflexion est toujours en cours.

PROJETS 2012 :

- ⊗ Poursuite des ateliers d'échanges cliniques
- ⊗ Poursuite du recueil des interventions et des échanges lors des ateliers
- ⊗ Mise à jour annuelle de la plaquette/annuaire
- ⊗ Valoriser le travail des psy au sein de la COREVIH car prendre en compte l'angoisse du malade face à l'infection est un facteur décisif de l'observance thérapeutique et donc de l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de vie. Les contraintes économiques rendent nécessaires, plus que jamais, d'intégrer la pluridisciplinarité au cœur des pratiques soignantes et des politiques de santé publique.

Commissions « Soins »

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

En juin 2010, la **Sous-Commission « Foie et VIH »**, pilotée par les Dr Caroline LASCOUX-COMBE et Valérie GARRAIT, a vu le jour.

Quatre axes de travail avaient été dégagés :

- ⊗ Elaboration d'annuaires
- ⊗ Elaboration de documents de bonnes pratiques
- ⊗ Mise en place d'un staff trimestriel animé à tour de rôle par un binôme d'hépatologues de la COREVIH
- ⊗ Mise en place d'études propres à la COREVIH

La Commission s'est réunie à 3 reprises en 2011. Si les pilotes ont réussi à recruter des hépatologues, le nombre de participants reste décevant.

Etat de l'avancement des projets :

Une fiche de bonnes pratiques pour le suivi des patients au stade cirrhone a été établie par le Dr Rosa (**annexe n°4**). Elle va être diffusée et sera accessible sur le site internet de la COREVIH.

Un premier staff de discussion de dossiers, auquel trois hépatologues ont participé, a pu avoir lieu au cours du 1^{er} semestre 2012. La discussion de dossiers du CHI de Créteil, du CHU St Louis et du CH de Lagny a eu lieu. Il n'y a eu aucun dossier extérieur en plus ceux apportés par les participants réguliers. Un prochain staff dossier sera organisé au cours du second semestre.

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. Il faut noter que la constitution de la sous-commission « Femmes et VIH » est en adéquation avec les missions transversales et de pluridisciplinarité affectées aux COREVIH.

La sous-commission « Femmes et VIH » s'est réunie trois fois en 2011 avec un noyau dur de 7 personnes.

En 2010, deux projets avaient été finalisés : l'enquête sur les besoins en ACT ainsi que l'enquête sur l'utilisation d'internet par les femmes de la COREVIH vivant avec le VIH.

En 2011, deux projets ont été poursuivis :

- ⊗ L'enquête rétrospective sur l'observance aux traitements ARV des femmes enceintes, coordonnée par Nicole CIRARU-VIGNERON (résultats en attente).
- ⊗ L'enquête sur l'annonce de la maladie aux enfants/adolescents (séronégatifs) nés de mères séropositives menée à partir d'un questionnaire élaboré par Marie-Aude KHUONG et Josiane PHALIP LE BESNERAIS. Elle a fait l'objet d'un poster présenté aux journées de la SFLS, et dont vous trouverez les résultats en **annexe n°5**.

Le changement de COREVIH de rattachement pour l'hôpital St Denis au profit de la COREVIH IDF Nord va mettre un terme à la participation de Marie-Aude KHUONG ainsi que d'autres membres. L'avenir de cette Commission va donc se poser, l'éventualité d'un groupe inter-COREVIH est avancée.

Commission « Recherche Clinique »

La commission de Recherche Clinique de la COREVIH, pilotée par le Pr Jean-Michel MOLINA, s'est réunie à quatre reprises en 2011.

Suite à l'appel à projets lancé début 2010, les projets suivants ont notamment pu être mis en place:

- ⊗ Enquête sur l'utilisation des psychotropes chez les personnes infectées par le VIH menée par le Dr Ceinos dans le cadre de la Commission Psy (cf supra) ;
- ⊗ Etude en cours sur le statut sérologique des partenaires infectés par le VIH ;
- ⊗ Le projet sur le dépistage a finalement été pris en charge par la Commission Dépistage (cf Infra) ;
- ⊗ Un projet sur le VIH2 a été initié
- ⊗ Des protocoles dans le cadre de l'intensification par Valaciclovir et l'utilisation de tests génétiques pour prévenir la tolérance à l'Efavirenz sont actuellement en cours d'élaboration.

Vous trouverez plus de détails ainsi que l'ensemble des projets dans les comptes rendus accessibles sur le site de la COREVIH.

Cette Commission a eu du mal à se mettre en place et la participation est limitée à un petit nombre de membres mais qui sont tout à fait motivés. Au cours des derniers mois, les projets ont finalement pu être mis en place et une dynamique a pu se créer. Le constat est donc plutôt encourageant pour l'année 2011 et les années à venir.

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 désormais quatre 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 du centre pénitentiaire de Réau (77) qui a ouvert en novembre, rattachée au centre hospitalier Marc Jacquet de Melun
- ✗ UCSA de la maison d'arrêt de Chauconin (77), rattachée au centre hospitalier de Meaux

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, 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. Celui-ci est composé de manière pluridisciplinaire (médecins, assistantes sociales, associatifs...) et est représentatif en termes de territoires et de collèges, à l'image des COREVIH. Le groupe s'est réuni à une seule reprise en 2011 et a traité principalement des thématiques suivantes :

- ✗ présentation des enquêtes Prévacar, dont vous trouverez les résultats ciblés sur la région francilienne en **annexe n° 6** et Pride
- ✗ détermination des groupes de travail et des pilotes autour des objectifs identifiés en 2010 et des 4 axes suivants: Recueil épidémiologique et informatisation, Prévention, Dépistage et Sortie de détention.

Les objectifs sont les suivants :

- Harmoniser et améliorer le recueil épidémiologique notamment en informatisant tous les UCSA et en les dotant si possible de l'outil de suivi e-Nadis®,
- Renforcer le niveau d'information et de prévention dans les lieux de détention, notamment en laissant à disposition des brochures en corrélation avec les interventions proposées par les associations en prison,
- Renforcer l'offre de dépistage VIH tout au long du parcours de détention,
- Améliorer la prise en charge des usagers de drogues incarcérés,
- Favoriser l'accès au préservatif en multipliant les lieux de diffusion au sein de la prison,
- Améliorer le dispositif d'accompagnement social et de prévention pour les sortants de détention.

La commission a poursuivi le dialogue entamé en 2010 avec l'ARS IDF et doit prendre part au groupe de travail sur la santé des personnes incarcérées, mené dans le cadre de l'élaboration du SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins).

Commission « Dépistage »

En 2011, la commission Dépistage s'est réunie à deux reprises : le 28 Janvier et le 8 Avril.

L'objectif général de cette commission est de mettre en œuvre les recommandations pressenties ou émises par le Plan National de Lutte contre le Sida (PNLS). Des objectifs spécifiques ont été définis autour de l'élargissement de l'offre de dépistage :

à la population générale accédant aux soins ;
à des populations ciblées ;
ou à des situations ciblées.

Une réflexion a été également menée sur le dispositif CDAG/CIDDIST très important sur le territoire de la COREVIH afin d'anticiper les restructurations suggérées par de nombreuses instances, notamment dans un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Quelques situations ciblées ont été discutées et débattues au cours des réunions :

⌘ **Dépistage en médecine générale**

Le réseau Paris Nord s'est impliqué dans l'évaluation de l'utilisation de tests rapides en médecine générale. Le résultat global de cette offre de dépistage a été décevant car uniquement 7 % des patients se sont vus proposer le test. L'utilisation du test rapide en pratique de ville se révèle donc peu adaptée, compte tenu d'un investissement en temps que sa réalisation demande. Dans ce contexte, les discussions s'orientent volontiers vers la promotion d'une campagne de dépistage proposée par les médecins généralistes dans le cadre d'un prélèvement réalisé chez les patients sur l'ensemble du territoire, pendant une semaine donnée, sur un modèle proche de ce qui est proposé dans les centres hospitaliers. Cette campagne devra être mise en place à la fin de l'année 2012.

⌘ **Dépistage en CDAG/CIDDIST**

Le territoire est couvert par 28 CDAG qui ont tous des pratiques, des activités et des rendements (taux de fréquentation ?) très différents.

Trois volets ont été abordés concernant ces structures :

l'activité hors les murs : elle est rendue difficile pour des raisons de moyens ou des raisons réglementaires. En effet, la réglementation ne permet pas, par exemple, au personnel hospitalier d'exercer leur activité en dehors de ses locaux. Des expériences ont cependant été réalisées dans le cadre de la COREVIH, notamment celle du CDAG de Saint-Louis en direction des personnes prostituées d'origine chinoise en collaboration avec Médecins du monde, et celle du CDAG de Fernand Widal en direction de populations africaines fréquentant les coiffeurs traditionnels du quartier Château d'Eau, en s'appuyant sur une structure associative ;

implication des CDAG dans l'offre de dépistage dans les structures de soins. Le constat, que les personnels de santé exerçant dans les structures de soins sont réticents à une proposition de dépistage étendue parmi les patients, incite à proposer des actions de sensibilisation, de formation ou d'aide fonctionnelle. En effet les soignants, dont les enquêtes montrent que moins de 30 % adhère à l'idée de pratiquer la proposition de dépistage, invoquent le manque de temps ou le manque de formation. Ainsi le personnel des CDAG pourrait participer à la formation des soignants, à la prescription ou la réalisation de tests dans certaines situations ciblées (services accueillant des tuberculeux, centres de vaccination, centre d'orthogénie, etc...). Ce projet se heurte au manque de moyens, à une formation parfois insuffisante du personnel des CDAG dont le statut et le salaire sont extrêmement précaires ;

la fusion des CDAG et des CIDDIST préconisée par des institutions (IGAS, Conseil National du Sida) et ayant déjà fait l'objet de propositions législatives, mérite d'être envisagée et, si possible, anticiper. Elle se heurte actuellement à la résolution des mécanismes de financement.

L'éventualité d'une évolution des dispositifs vers des centres de santé sexuelle invite au rapprochement avec des structures chargées du planning familial, qu'elles soient associatives ou institutionnelles (Centre de Planification et d'Education Familiale – CPEF). Bien que ces structures aient des financements, des moyens et des cultures différents, la réflexion se poursuit afin d'envisager de proposer des projets pilotes sur la base du volontariat afin d'élaborer des projets construits autour de ce concept.

🔗 Dépistage dans les centres hospitaliers

La mise en œuvre d'une proposition systématique de dépistage pour tous les entrants en hospitalisation complète a fait l'objet de discussions approfondies au sein de la commission. Elles ont abouti à la proposition d'une étude de faisabilité dont les objectifs et la méthodologie sont présentés dans le tableau ci-après:

<p>OBJECTIFS de la recherche</p>	<p><u>OBJECTIF PRINCIPAL :</u> Faisabilité du dépistage / acceptabilité : nb de test réalisé / nb de patient éligible obstacles identifiés à la proposition de dépistage chez les soignants à l'aide d'un questionnaire semi-ouvert proposé à chaque chef de service ou responsable d'unité.</p> <p><u>OBJECTIFS SECONDAIRES :</u> Nombre de nouveaux diagnostics/ nombre de tests de dépistage réalisés Nombre de tests de dépistage réalisés en 2011 par rapport au nombre réalisé dans une période équivalente en 2010 Description des caractéristiques socio-démographiques, cliniques et biologiques des personnes dépistées positive.</p>
<p>METHODOLOGIE (population, nombre de sujets, méthodes ...)</p>	<p><u>CRITERES D'INCLUSION:</u> La proposition systématique de dépistage du VIH sera faite à : Toute personne entrante dans un service d'hospitalisation aigue, âgée de 15 à 70 ans, indépendamment de toutes identifications de facteurs de risques d'exposition. Le test de dépistage sera réalisé chez : - Toute personne ayant donné son consentement oral à cette proposition. N'ayant pas d'infection à VIH connu N'ayant pas réalisé de test de dépistage dans l'année écoulée</p> <p><u>DUREE DE L'ETUDE :</u> durée : une semaine du 3 au 9 Octobre 2011</p> <p><u>METHODES :</u> Faisabilité Comptage auprès du laboratoire du nombre de tests réalisés pendant la période test Par établissement Par spécialité et par service Recueil rétrospectif du nombre de tests réalisés pendant la période équivalente en 2010 Comptage auprès des admissions (ou du PMSI) du nombre d'entrant correspondant aux critères d'inclusion pendant la période test Par établissement Par spécialité et par service Obstacles à la prescription : Entretien semi-dirigé réalisé par les TECs avec les chefs de service et d'unité sur les difficultés rencontrées à la proposition systématique de dépistage à partir de rubriques identifiées dans la littérature internationale. Caractéristiques des patients dépistés Recueil des données démographiques cliniques et biologiques des nouveaux diagnostics pendant la période</p>

Les obstacles à la prescription ont été évalués par un questionnaire adressé, aux médecins, basé sur les principaux prétextes évoqués dans la littérature pour ne pas proposer cette prescription (cf n° annexe 7).

Cette campagne s'est déroulée du 3 au 9 Octobre 2011 et les résultats ont été les suivants :

Taux de propositions en fonction de l'établissement

	Hospitalisations		Nbre dépistages		Pourcentage		Delta total	VIH +
	2010	2011	2010	2011	2010	2011		
Arpajon	101	61	5	2	5	3		
Aulnay	?	319	45	39	?	12		
Bligny	124	139	5	10	4	7		
Bobigny	300	246	36	51	12	21		1
Bondy	199	231	62	88	31	38		
CHIV	260	222	39	102	15	46		
CHSF	258	333	24	84	9	25		
Coulommiers	63	58	2	41	3	70		
Créteil	157	146	14	62	9	42		1
Dourdan	64	60	15	22	23	37		
Etampes	131	64	6	12	5	19		
Fontainebleau	139	131	15	?	11	?		
Gonesse	NR	454	64	68		15		
Lagny	213	222	3	56	1	25		
Lariboisière	425	470	73	136	17	29		
Longjumeau	239	160	14	22	6	14		
Meaux	224	180	15	40	7	22		
Melun	384	409	6	20	2	5		1
Montereau	91	122	0	8	0	7		
Nemours	?	70	0	21	0	30		
Saint-Denis	337	61 (?)	118	33	35	54		
Saint-Louis	567	457	48	41	8	9		
	4276	4615	609	958	14 %	21 %	66 %	3

Le taux global de proposition de dépistage aux entrants pendant cette semaine a été de 21 %. Ce taux a été très variable d'un établissement à un autre variant de 3 % à l'hôpital d'Arpajon à 70 % pour l'hôpital de Coulommiers.

On a pu observer une augmentation de 66 % du nombre de proposition entre 2010 et 2011.

Sur 4 615 entrants toutes disciplines confondues dans les établissements de la COREVIH pendant cette semaine, on a pu dénombrier 3 nouvelles découvertes de sérologie VIH.

En ce qui concerne les obstacles que le personnel de soins a évoqué pour justifier l'absence de proposition, la principale raison invoquée est le refus des patients, ce qui ne correspond sans doute pas à la réalité puisque dans les enquêtes où l'avis des patients est demandé, on ne retrouve jamais des taux supérieurs à 30 % de refus. Les autres raisons invoquées sont prioritairement le manque de temps des médecins, un test VIH déjà réalisé, l'absence de facteurs de risque identifiés, ce qui dénote un manque de compréhension des enjeux de la stratégie de dépistage généralisé, la barrière de la langue et une mauvaise connaissance de la pathologie de la part des soignants.

Bien qu'un courrier personnalisé ait été adressé au responsable des services, des affiches diffusées ainsi que des plaquettes d'information pour les soignants et les patients (**cf annexe n° 8 et 8 bis**), il a pu être fait le constat que l'information sur cette campagne a été peu diffusée parmi les soignants d'une manière générale. On constate d'ailleurs une assez bonne corrélation entre le taux d'adhésion à la campagne et le niveau d'information réalisé dans l'établissement. L'enquête prévue en 2012 sera donc accompagnée d'une information plus importante.

1. Centres de vaccination internationale (CVI)

La COREVIH IDF Est est dotée de 5 centres de vaccination internationale. La vaccination anti amarile réalisée dans ces centres est en principe contre indiquée au cours de l'infection par le VIH lorsqu'il existe un déficit immunitaire inférieur à 200 CD4/mm³. Aucun centre de vaccination internationale ne réalise ou ne propose une sérologie préalable à la vaccination. Par ailleurs, les candidats à la vaccination anti amarile sont, pour une part importante (> 50 %) des personnes migrantes d'origine d'Afrique sub-saharienne qui représente une population particulièrement exposée à l'infection par le VIH.

Compte tenu de la réalisation de cette vaccination dans des conditions ne permettant pas un prélèvement sanguin, l'utilisation d'un test rapide a été proposée. Une étude dont l'objectif est l'acceptabilité du dépistage dans ce contexte a été discutée et rédigée. Cette étude a été planifiée sur 2012, sur une période de trois mois. Quatre centres sur 5 ont accepté d'y participer.

2. Centres d'interruption volontaire de grossesse

Une enquête réalisée en 2009 avait révélé que la proposition de test de dépistage dans les centres IVG était très hétérogène et dans l'ensemble peu pratiquée.

Une évaluation téléphonique faite en Avril 2011 révèle que le dépistage s'est étendu très largement dans les IVG chirurgicales. La mise en place d'une offre de dépistage dans les centres d'IVG médicamenteuses est envisagée.

3. Formation sur les TROD

La COREVIH a participé à une formation sur les tests rapides en collaboration avec le CRIPS au niveau de l'élaboration du programme ainsi qu'à la participation directe à la formation. Pour des raisons budgétaires, cette formation initialement programmée en 2011 a été réalisée en janvier 2012. Une autre session doit être renouvelée dans le courant de l'année 2012 (cf programme en **annexe n°9**).

Commission « Perdus de vue »

Au regard des éléments du rapport d'activité 2010, qui faisait ressortir que près de 9 % des patients étaient perdus de vue c'est-à-dire ceux pour lesquels il n'y a pas eu de consultation/hospitalisation pour leur infection à VIH après un délai de plus d'un an, en excluant les patients décédés ou suivis dans un autre centre, cette thématique a été identifiée comme prioritaire.

Un groupe dont le pilotage a été confié au Dr Sébastien GALLIEN va être lancé en 2012.

6.2 Bilan de fonctionnement de la COREVIH

Le fonctionnement des instances

	Nombre de réunions				Nombre de membres				Taux moyen de présence			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Comité	3	3	3	2	88	70*	62*	62 *	32%	23%	34%	25%
Bureau	10	10	8	7	9	9	9	9	78%	61%	61%	62%

* sièges encore occupés

Bien que l'arrêté préfectoral de composition du Comité ait été refait à mi-mandat, d'où la petite hausse de participation en Comité en 2010, on constate que seuls 62 sièges sont toujours pourvus sur les 90 prévus par les textes.

Le taux de participation est calculé sur la base de 88 membres c'est-à-dire du nombre de titulaires et de suppléants, ceux-ci étant systématiquement conviés aux réunions plénières.

En 2011, seules 7 réunions de bureau ont eu lieu contre les 10 prévues dans le règlement intérieur.

Objectifs réalisés au 31 décembre 2011 au fil de la 1^{ère} mandature

	Nbre total hôpitaux	Nbre hôpitaux suivant des PVVIH	Nbre hôpitaux données reçues via fichier commun		Nbre services avec e-Nadis®		Nbre de services ayant transféré les données à l'Inserm (via DMI2 /DOMEVIH)		Nombre hôpitaux couverts par un(e) TEC		Nbre de postes ⁴		
			cible	réalisé	cible	réalisé	cible	réalisé	cible	réalisé	Cible ARH/ARS	Budgétés au 31/12	Effectifs rémunérés au 31/12
2008	28	26	26	18 ²	30	10	9	7	26	18	22	15	14,8
2009	28	26	-	-	30	19	9	7	26	26	22	20,5	17,8
2010	28	26	-	-	30	19	9	3+3	26	24	22	21	14 + 5
2011	28	24 ¹	-	-	24	20	9	2 + 2 ³	24	24	22	21 ⁵	15 + 3 ⁶

¹ Parmi les centres hospitaliers situés sur le territoire, les centres d'Orsay et de Ville Evrard n'ont pas de file active et les CH de Montreuil et Montfermeil ne participent plus aux diverses activités de la COREVIH.

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®

³ Deux services ont transmis totalement les données de l'année 2011 et 2 seulement partiellement.

⁴ 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.

⁵ dont seulement 15 ETP sont gérés par l'hôpital siège

⁶ parmi les 18 personnes comptabilisées, 3 ETP n'ont pas travaillé durant une année pleine

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

Les mouvements de personnel intervenus au cours de l'année 2011 ont nécessité une mise à jour ou la création de nouvelles conventions.

La convention relative à l'organisation du temps de travail de la TEC évoluant sur les CH de Montreuil et Montfermeil est devenue caduque suite au retrait de moyens faute de participation au recueil épidémiologique.

Au fil des recrutements (cf p :12), des conventions ont été signées entre l'hôpital Siège et les hôpitaux suivants :

- ⓧ les sites de Lagny, Meaux/Provins et Coulommiers
- ⓧ les sites d'Avicenne et Jean Verdier
- ⓧ les sites d'Aulnay et Gonesse
- ⓧ le CH de Melun pour le CDD de 6 mois.

VII Divers événements et manifestations

Séminaire des Coordonnateurs

8 & 9 juin 2011, à Martigues organisé par les COREVIH PACA Ouest Corse et Centre Poitou Charente.

Cette seconde rencontre, qui s'est déroulée en présence du représentant des Directeurs Généraux des ARS sur la thématique COREVIH, a réuni la plupart des coordonnateurs. Ces journées ont été plus axées sur le poste de coordonnateur que l'année précédente.

A cette occasion, les échanges ont eu lieu autour des items suivants :

- Evolution du rôle du coordonnateur
- Profil de poste
- Développement des compétences
- Intégration des nouveaux coordonnateurs
- Organisation de la représentativité des coordonnateurs des COREVIH
- Relations COREVIH / Industrie pharmaceutique

Les prochains organisateurs de ces journées seront soit la COREVIH de la Réunion, soit celle de Bretagne si la faisabilité dans ce DOM devait être remise en cause, notamment pour des raisons de distance et de budget. Le programme de ces séminaires suivra les évolutions et travaux actés au fil des ans.

La deuxième journée nationale des COREVIH, organisée par la SFLS

2 novembre 2011, à Lyon

A la veille du congrès de la SFLS, s'est tenue la deuxième Journée Nationale des COREVIH.

La COREVIH était largement représentée avec comme participants : la coordinatrice, une TEC, un membre du Bureau du collège 2 et deux médecins membres du Comité. La COREVIH a, par ailleurs, répondu à l'enquête sur la mise en œuvre du PNLS.

Les sujets abordés étaient les suivants :

- Bilan de la journée des coordinateurs
- Les métiers des COREVIH
- Actions originales de coordination au sein des COREVIH
- Le plan national VIH/IST:
 - Missions du Comité de suivi et du Comité technique
 - Rôle des représentants des COREVIH au Comité de suivi du plan
 - Restitution de l'enquête de suivi du plan
- Enquête PREVACAR
- Table ronde sur la place des COREVIH dans la promotion de la santé sexuelle

Soirée inter-COREVIH : VIH/Sida : 30 ans déjà et maintenant?

28 novembre 2011, Café de la Danse à Paris

La COREVIH IDF Est a aussi participé à l'événement « Sida, 30 ans déjà et maintenant ». En effet, à l'occasion des 30 ans de la découverte du virus, les cinq COREVIH franciliennes ont associé leurs ressources pour proposer au grand public une soirée d'information retraçant les faits marquants de ces trente dernières années, depuis la découverte du VIH, les tests de dépistage, les premiers traitements, les thérapies combinées et ciblées, suivis d'un débat sur les perspectives de la lutte contre le VIH.

Le programme a été établi par un Comité de pilotage réunissant les professionnels de santé, les représentants des usagers et les professionnels médico-sociaux.

Vous retrouverez le programme de cette soirée qui a réuni près de 250 personnes en annexe (annexe n°10).

DEMOTIS :

A la demande de l'ARS IDF, les COREVIH ont été sollicitées pour aider à la consultation DEMOTIS, projet de recherche financé par l'ANR.

Les objectifs étaient :

Pour les participants (professionnels de santé ou sociaux, patients, associations de patients ou d'usagers du système de santé, informaticiens dans le secteur de la santé), cette consultation est une porte ouverte qui devait permettre à chacun de faire remonter son avis aux instances référentes (ARS et ASIP-Santé) sous des formes diverses (déclaration, réponse aux questions posées ou de retour d'expériences).

Pour les chercheurs du projet DEMOTIS, cette consultation permettra de confronter le fruit de leurs analyses techniques et juridiques aux problèmes et réalités de terrain rencontrés par les acteurs de la lutte contre le VIH et les usagers du système de santé.

Pour cela, la COREVIH a diffusé par voie postale et numérique, des affiches et flyers et diverses informations. Elle devait également contribuer à des groupes de synthèse en vue de procéder aux rédactions finales. Cette consultation, qui devait avoir lieu via une plateforme en ligne <http://www.demotis.org>, n'a pas été suivie d'effet probablement faute de mobilisation et de participation des acteurs ciblés.

Alimentation de la « boîte à outils » (BAO)

Comme lors des années précédentes, la COREVIH a contribué à l'alimentation de la BAO. 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.

Présentations diverses :

Enfin, la coordinatrice administrative a été sollicitée pour présenter les travaux menés par la Commission inter-COREVIH prison lors des deux événements suivants :

[Journée inter-associative organisée par Sidaction, le 8 décembre 2011 à Paris](#)

&

[COREVIH en Actions, le 15 décembre 2011 à Paris.](#)

Echanges avec l'ARS :

Au cours de l'année 2011, de nombreux échanges ont eu lieu avec divers interlocuteurs de l'ARS.

En effet, des réunions ont été organisées afin de renforcer les liens des 5 COREVIH avec l'autorité de tutelle. Ces rencontres ont réuni les Présidents, les Vice-présidents ainsi que les Coordonnateurs.

Des aspects techniques ont pu être abordés, les coordonnateurs ont d'ailleurs rédigé deux notes inter-COREVIH relatives, d'une part, aux difficultés rencontrées en l'absence de crédit d'investissement et, d'autre part, aux problématiques liées aux recrutements.

Enfin des échanges à caractère stratégique et organisationnel ont été entrepris avec les Présidents et les Vice-présidents.

Enfin, les COREVIH ont largement contribué à la préparation du renouvellement du Comité, le premier mandat étant arrivé à son terme en 2011. La procédure de renouvellement s'est faite sous l'égide de l'ARS IDF et s'est étendue sur plusieurs mois.

Les COREVIH ont été mis à contribution à plusieurs titres :

- Mise en place d'un bilan qualitatif et quantitatif du premier mandat
- Diffusion de l'appel à candidature pour le nouveau Comité
- Information ponctuelle et différenciée des professionnels de santé, médico-sociaux et des représentants des usagers sur les critères de sélection pour le renouvellement.

Interventions diverses de la COREVIH

La COREVIH a été sollicitée pour intervenir suite à des problèmes ponctuels relatifs à la prise en charge des PVVIH sur son territoire.

Elle a été saisie sur les points suivants :

- ✂ par le Réseau l'AVIH (Lagny 77) au sujet d'un poste de psychologue coordinatrice,
- ✂ par le Réseau Aulnay 93 pour son poste de coordinatrice,
- ✂ par le Comité Sida Sexualité et Prévention (CSSP) de l'EPS Ville Evrard pour le remplacement du poste de Psychiatre Coordonateur
- ✂ pour un problème d'effectif médical au CH Sud Francilien

Quand les éléments communiqués ainsi que les délais impartis le permettaient, la COREVIH est intervenue, souvent avec succès, auprès de l'ARS et des administrations hospitalières concernées.

VIII DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES

À la fin de la première mandature, la COREVIH Ile-de-France Est a dû faire face aux différents défis qu'elle devait relever.

Parmi ceux-là l'étendue du territoire, la multiplicité des établissements de santé prenant en charge les personnes vivant avec le VIH, la prédominance des hôpitaux généraux (20/24) impliqués dans cette prise en charge ne sont pas les moindres de ces défis.

Afin d'assurer l'une de ses missions essentielles, qui consiste à mesurer l'activité tant sur le plan quantitatif que qualitatif, la décision a été prise, dès le début de la mandature, de déployer un outil de recueil informatisé commun à l'ensemble des établissements sous la forme d'un dossier médical (e-Nadis®). A ce jour, 20 sur 24 établissements du territoire sont dotés d'un recueil de données informatisées ce qui correspond à plus de 90 % de la file active.

Parmi les 20 établissements, 7 ont cependant des données rétrospectives qui restent encore incomplètes. Quant aux 4 établissements restants, leur mise en route pourra sans doute être réalisée dans le courant de l'année 2012. L'enjeu est particulièrement important puisque les moyens attribués aux COREVIH le seront probablement, à partir de 2012, en fonction des files actives validées.

Cette année 30 % du budget de la COREVIH n'ont pu être dépensés. La raison principale en est la difficulté de recrutement : en effet, sur les 21 équivalents temps plein budgétés, 5 postes sont restés vacants en moyenne au cours de cette année.

Par ailleurs, il était prévu de financer une interface entre le logiciel médical, les serveurs de résultats ou les dossiers informatisés locaux dans les différents établissements. Ces interfaces sont ardemment souhaitées par les utilisateurs qui y voient un gain de productivité très important. Cependant, depuis la fin 2011, l'ensemble des données est hébergé par l'ATI de l'Assistance Publique. Cet hébergement impose des règles conformes à la réglementation sur l'hébergement de données de santé qui ne sont pas résolues à ce jour dans les faits au niveau du siège, mais qui font l'objet d'un plan d'élaboration qui devrait aboutir à l'automne 2012 au niveau du secrétariat général.

La file active des patients suivis dans les établissements de la COREVIH a poursuivi son augmentation mais à un taux moindre par rapport aux années précédentes. Cette faible augmentation est sans doute liée en partie au fait que les files actives déclaratives ont fortement diminué en 2011 et qu'elles étaient probablement surévaluées dans les années précédentes.

Neuf pour cent de cette file active sont représentés par des patients nouvellement pris en charge en 2011. Pour la moitié d'entre eux, il s'agit de patients nouvellement diagnostiqués.

Quatre-vingt dix pour cent des patients suivis bénéficient d'un traitement antirétroviral.

Bien que le nombre de patients nouvellement dépistés n'ait pas augmenté par rapport à l'année dernière, on peut cependant constater qu'ils sont pris en charge plus précocement puisque le pourcentage de ceux dépistés au stade sida a significativement diminué ainsi que la médiane du taux de CD4 a significativement augmenté par rapport aux années précédentes.

Parmi les patients traités, plus de 81 % ont des résultats optimum avec un taux de virus inférieur au seuil de détection.

A la suite du bilan du travail des commissions réalisé à l'issue de cette première mandature, il est nécessaire de recentrer le travail autour des grands axes définis par le Plan National de Lutte contre le Sida (PNLS) :

- ✂ développer les actions de prévention, d'information et d'éducation pour la santé : profiter de la très probable restructuration des CDAG et des CIDDIST pour établir des projets pilotes regroupant les différents partenaires possibles, y compris associatifs autour du concept de centres de santé sexuelle ;
- ✂ poursuivre et amplifier les nouvelles stratégies de dépistage tant en ce qui concerne les populations cibles que l'offre en population générale ;
- ✂ optimiser la prise en charge médicale en renforçant le lien avec les hôpitaux généraux à activité faible ou modérée qui en expriment le besoin et en renforçant le lien avec la médecine de ville ;
- ✂ réduire les inégalités d'accès au soin et assurer à tous la qualité d'une prise en charge globale en particulier pour les personnes précaires ou en situation sociale difficile ; le territoire est particulièrement concerné par une proportion importante de populations migrantes et étrangères pour lesquelles des services spécifiques doivent pouvoir être offerts. Le nombre important de perdus de vue (8 % par an) doit faire l'objet d'une attention particulière.

La formation des personnels qui, compte tenu de sa multiplicité et de l'étendue du territoire, s'est révélée extrêmement complexe à organiser dans le cadre de notre COREVIH, doit faire l'objet d'une réflexion et d'une offre adaptée à la situation, notamment l'usage de téléconférence.

Enfin, tout doit être mis pour favoriser la mobilisation associative qui fait l'originalité de ces structures en faisant vivre la démocratie sanitaire.

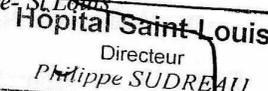


Willy ROZENBAUM

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, le technicien d'informations médicales, la coordinatrice administrative et les pilotes des Commissions de travail.

Glossaire général

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AES : Accident d'Exposition au Sang

ANR : Agence Nationale de Recherche

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

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Informations Partagés de Santé

ATI : Agence Technique Informatique, entité de l'AP-HP qui assure l'hébergement de la base e-Nadis®

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

BAO : Boîte à Outils

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

CCS SI Patient : Centre de Support et de Services du Système d'Information Patient, entité de l'AP-HP

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CENGEPS : Centre National de Gestion des Essais de Produits de Santé

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

COFIL : 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

DAJDP : Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient, entité de l'AP-HP

DAT'AIDS : Dat'Aids est un logiciel d'exploitation dont l'objectif est de promouvoir la qualité des données et la recherche clinique des sites utilisateurs du dossier médical informatisé Nadis®

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.

DMP : Dossier Médical Partagé

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.

FA: File active c'est-à-dire 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 : Hôpital de Jour

HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

JNI : Journées Nationales d'Infectiologie

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 des Soins

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

TROD : Test Rapide d'Orientation et de Diagnostic de l'infection à VIH 1 et 2

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 140 DREAM

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

ANRS 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 135 PRIMEVA

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

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 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 VIH-VAC-B

Essai de stratégie vaccinale randomisé multicentrique de phase III comparant l'immunogénicité et la tolérance de trois schémas de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez des patients infectés par le VIH ayant des lymphocytes T supérieurs à 200/mm³.

ANRS HC 26 TELAPREVIH

Étude pilote évaluant l'efficacité de la trithérapie interféron pégylé –ribavirine – télaprèvir chez des patients co-infectés VIH-VHC, en éche cd'un traitement antérieur par interféron pégylé et ribavirine

ANRS HC 27 BOCEPREVIH

Évaluation chez des patients co-infectés VIH/VHC de génotype 1, en échec après un traitement antérieur par bithérapie Peg-Interferon et Ribavirine, du taux de Réponse Virologique Soutenue (RVS) obtenu après un traitement associant Peg-Interferon, Ribavirine et Boceprevir

ANRS HB 06 PEGAN

Essai de phase III, randomisé, multicentrique, sans insu, évaluant à S96 la perte de l'Ag HBs suite à un traitement de 48 semaines par l'interféron pégylé a-2a chez des patients ayant une hépatite B chronique (AgHBe négatif), sous traitement et répondeurs (charge virale indétectable) à un traitement par analogue(s) nucléosidique(s) et/ou nucléotidique(s) depuis au moins 12 mois.

ANRS 146 OPTIMAL

Optimized Phase III Trial of Immuno-stimulation with Maraviroc, a CCR5 antagonist, combined with Anti Retroviral Therapy (cART) in advanced, Late diagnosed HIV-1 infected patients with an AIDS-defining event and/or CD4 counts below 200 cells/mm³

ANRS RIBAJUSTE

Essai clinique, multicentrique, contrôlé et randomisé évaluant en ouvert l'efficacité et la tolérance de l'ajustement de posologie de la ribavirine par mesure pharmacologique de l'exposition à la ribavirine au cours de la bithérapie interféron pégylé a-2a (40 kD) + ribavirine chez les patients atteints d'hépatite virale chronique C à génotype viral 1 naïfs

ANRS EP 46 NOVAA

Essai de vaccination anti amarile des sujets infectés par le VIH-1: mise au point des nouveaux outils et études des réponses virologiques et immunologiques

ANRS HB03 VIH VAC B

Essai de stratégie vaccinale randomisé multicentrique de phase III comparant l'immunogénicité et la tolérance de trois schémas de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez des patients infectés par le VIH ayant des lymphocytes T supérieurs à 200/mm³

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 HEP AVIH

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)

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

ANRS C014 IL-2

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

ANRS 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.

ANRS EP 49EVARIST

EVALuation du RISque résiduel de Transmission du VIH chez des HSH traités ayant une charge virale plasmatique indétectable

ANRS VESPA 2

Enquête transversale nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH

ANRS EP 48 HIV CHEST

Enquête de faisabilité du diagnostic précoce des cancers broncho-pulmonaires par tomодensitométrie thoracique faible dose sans injection de produit de contraste dans une population infectée par le VIH et tabagique chronique

ANRS CO 21 HIV CODEX

Patients infectés par le VIH depuis plus de dix ans avec ARN VIH plasmatique inférieur à 400 copies/ml en l'absence de tout traitement: Cohorte des Extrêmes

ANRS PARCOURS

S'intéresse à la santé des migrants. Vise à améliorer la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH et de l'hépatite B chez les migrants d'Afrique subsaharienne vivant en France

ESSAIS INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

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 114 :

Etude comparative new boost Gilead versus Ritonavir avec Atazanavir et Truvada

GS US 2640 110

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.

QDMRK

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.

TMC 278 C 222

Le but de l'étude est de fournir un accès continu à la molécule TMC278 (rilpivirine) chez les patients infectés par le VIH-1 qui ont été randomisés et traités avec TMC278 dans les Phases précédentes.

TMC 435 C 212

Le but de cette étude est d'examiner l'innocuité, la tolérabilité et l'efficacité de la molécule TMC435 chez des patients qui sont infectés par le génotype 1 du virus de l'hépatite C et co-infectés par le virus de

l'immunodéficience humaine (VIH). Les patients recevront également le peginterféron alfa-2a et ribavirine dans le cadre de leur traitement

SPRING 2: GSK

phase3: Efficacité du Dolutegravir versus Raltégravir chez les patients mono infectés par le VIH et naïfs de traitement

SAILING: GSK

phase3: Efficacité du Dolutegravir versus Raltégravir chez les patients mono infectés par le VIH et en échec de traitement

POEM: ViiV Health Care

Observation de la tolérance du Maraviroc

SWITCH: Gilead

Simplification thérapeutique

QUAD: Gilead

Étude de non infériorité du "Quad" (TDF/FTC/COBI/EVG) par rapport à l'Atripla

SECOND LINE: (National Center in Hiv Epidemiology and Clinical Research)

A randomised open-label study comparing the safety and efficacy of ritonavir boosted lopinavir and 2-3N(t)RTI backbone versus ritonavir boosted lopinavir and raltegravir in participants virologically failing first-line NNRTI/2N(t)RTI therapy: the SECOND-LINE study

TH-HIV-008: GSK

Essai de vaccination à visée thérapeutique chez les patients VIH + naïfs de traitements et ayant des CD4 > 500.

Clinical Trial Protocol 1220.19: Boehringer Ingelheim

Safety and Efficacy of 240mg BI201335 once daily in combination with Pegylated Interferon Alpha 2a and Ribavirin for treatment of chronic Hepatitis C (HCV) genotype 1 infection in HIV/HCV-co-infected patients

VIKING 3: GSK

Étude de Phase III pour démontrer l'activité antivirale et la tolérance du Dolutégravir chez des patients adultes infectés par le VIH1 en échec thérapeutique d'un traitement antirétroviral contenant un inhibiteur de l'intégrase (documenté passé ou actuel)

VERVE: BOEHRINGER INGELHEIM

Comparaison de la Viramune à libération prolongée vs Viramune 2 X / jour

TRANXITION: BOEHRINGER INGELHEIM

NVP 400MG QD VS NVP 200MGX2 BID

SINGLE: ViiV healthCare

SINGLE (ING114467) est une étude multicentrique internationale à double insu et à deux volets visant à comparer les données sur l'efficacité et l'innocuité du 572-Trii (572 + ABC-3TC) et du schéma éfavirenz-ténofovir-emtricitabine (EFV-TDF-FTC) chez environ 800 patients infectés par le VIH-1 n'ayant jamais été traités

COHORTES INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

ORPHEE: ROCHE

Impact de l'insulino résistance sur la réponse virologique chez les patients coinfectés VIH/VHC traités par interféron pégylé et Ribavirine

CRANIUM: ABBOTT

Évaluation et analyse de la prévalence du dépistage positif de l'anxiété et ou symptômes dépressifs

RACING : MERCK SHARP & DOHME

Décrire en situation réelle les profils et l'évolution es patients infectés par le VIH1et traités par une association d'ARV comportant du Raltégravir jusqu'à 24 mois après l'instauration du traitement par Raltégravir.

ESSAIS AUTRES

RAL'IN NON B : RESEAU AULNAY 93

Comparer l'efficacité virologique à M6 d'un traitement contenant le Raltégravir (400 m x 2) chez des patients séropositifs naïfs de sous-type B et de sous-type non-B

IMEA DATA : IMEA

Evaluer chez des patients infectés par le VIH-1 ayant un taux de CD4 < 200 mm³ et naïfs de traitement ARV, l'efficacité virologique définie comme une CV < 50 copies/ml à 48 semaines et la tolérance de deux combinaisons d'ARV comportant atazanavir/r (ATZ/r, 300/100 mg) ou darunavir/r (DRV/r, 800/100 mg) en une prise par jour en association fixe de deux analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse.

COHORTES AUTRES

IGRAVIH : APHP(URC BICHAT)

Évaluation médico économique des nouveaux tests diagnostiques mesurant la réponse immunitaire spécifique de mycobacterium tuberculosis

SANTE SIH : IRD MONTPELLIER

Evaluation de la pratique du sport chez les patients VIH

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*

*** établissements ne prenant pas en charge de PVVIH*

**** établissements non associés aux activités de la COREVIH*

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 STAEDEL (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

Annexe n°3 : Annuaire des ressources PSY-VIH sur le territoire

ESSONNE 91

CH Arpajon / CH Juvisy :

Aucun intervenant Psy / VIH

Centre Médical de Bligny (Briis sous Forge)

Equipe psychiatrique de liaison

Psychiatre : TORRESANI-CHATILLON M.N

✉ : mn.torresani@cm-bligny.com

Psychiatre : RONDEAU PLANCHE S.

Psychologues : BREFORT S. / BUTAT M./ LEBARS

Addictologue : CHASTIN Nicolas

✉ : m.peuvrel@cm-bligny.com

CH Sud Francilien :

Psychologue : LANTIER Carol ☎ : 01.69.13.60.00

✉ : carol.lantier@ch-sud-francilien.fr

CH Etampes :

IDE Hygiéniste : BERNIER Sylvie ☎ : 01.69.92.52.52

✉ : sylvie.bernier@eps-etampes.fr

CH Dourdan :

Psychiatre temps partiel : BACHELET Karine

☎ : 01.60.81.59.42 [Psychiatrie de liaison](#)

CH Longjumeau :

Psychologue : LEROUVILLOIS Christine

☎ : 01.64.54.33.33 poste 31.71

✉ : christine.lerouvillois@ch-longjumeau.fr

VAL DE MARNE 94

CHIC CRETEIL / CH Villeneuve St George :

Aucun intervenant Psy/VIH

VAL D'OISE 95

CH Gonesse : Aucun intervenant Psy / VIH



1 avenue Claude Vellefaux

75475 PARIS Cedex 10

Téléphone : 01 42 38 53 28

Télécopie : 01 42 49 46 31

Messagerie :

secretariat.corevihest@sls.aphp.fr

www.corevihest.fr

Les Centres Médico-Psychologiques de secteur peuvent être sollicités pour tous les patients, en fonction de l'adresse de leur domicile. Les coordonnées précises des CMP sont facilement consultables sur internet. Prévoir un délai d'attente pour obtenir un rendez-vous»



ANNUAIRE 2011 INTERVENANTS PSY/ VIH



Tous les professionnels psychologues,
psychiatres recensés sur notre territoire

Annuaire réalisé par la Commission Psy

PARIS 75

ST LOUIS / LARIBOISIÈRE : SMIT

Psychologue TP – SHINDO Martine

☎ : 01.42.49.40.63 ✉ : martine.shindo@sls.aphp.fr

Spécialité : Psychologie clinique VIH et VHC

ST LOUIS : Immunologie / hématologie

Psychologue Analyste TP – LASKA Francine

☎ : 01.42.49.43.27 ✉ : francine.laska@sls.aphp.fr

Spécialité : PVVIH/VHC avec ou sans pathologie hématologique associée

Dermatologie : Psychologue TP – FOSSE Isabel

✉ : isabel.fosse@sls.aphp.fr

Spécialité : patients atteints de Kaposi/VIH

Psy de liaison : Psychiatre TP- SPADONE Christian

✉ : christian.spadone@sls.aphp.fr

1/2 journée de CS par semaine au SMIT

ESPAS (ESPAS Maison-Blanche)

Psychiatres : HEFEZ Serge / MEUT Catherine

Psychologues : LEVY Jeffrey / MARZLOFF Aude

COLLARD Lionel

Infirmières : BARRAULT Dominique /

SCHOUVEY Claudine

Spécialité : soutien psychologique et psychiatrique des PVVIH et VHC et leurs proches

☎ : 01.42.72.64.86 ✉ : espas-mb@wanadoo.fr

ARCAT : Psychologue : GARZO Miguel-Ange

✉ : hispano@arcat-sante.org

Spécialités : VIH et/ou hépatites, personnes "trans" et accueil possible en langue espagnole

SEINE ST DENIS 93

CH Robert Ballanger- Aulnay sous Bois :

Aucun intervenant Psy / VIH

CH Avicenne- Bobigny : Psychologue à temps

partiel

CH Jean Verdier- Bondy : (CSSP de Ville Evrard)

Psychiatre Temps partiel : CEINOS Roser

☎ : 06.81.78.28.64 ✉ : r.ceinoskohn@epsve.fr

Spécialité : Psy VIH/VHC

Psychologue temps partiel : LEVY Joy

☎ : 01.48.02.63.10 ✉ : joy.levy@jvr.aphp.fr

Infirmière : FERNANDEZ Sandra

☎ : 06.75.25.54.01 ✉ : sandra.fernandez@jvr.aphp.fr

Spécialité : soutien, accompagnement et aide à l'observance

CH Le Raincy / Montfermeil : (CSSP de Ville Evrard)

Psychiatre Temps partiel : CEINOS Roser

☎ : 06.81.78.28.64 ✉ : r.ceinoskohn@epsve.fr

Spécialité : Psy VIH/VHC

Psychologue temps partiel : COULAUD Hassina

✉ : h.coulaud@epsve.fr

Infirmière : OULAHBIB Faïza

☎ : 06.08.72.84.34 ✉ : f.oulahbib@epsve.fr

Spécialité : soutien, accompagnement et aide à l'observance

CH Delafontaine- St Denis : (CSSP de Ville Evrard)

Psychologue temps partiel :

PHALIP-LE BESNERAIS Josiane ☎ : 01.42.35.61.83

✉ : j.phaliplebesnerais@epsve.fr

Spécialité : Psychologue clinicienne, thérapeute familiale – CDAG

Psychologue temps partiel : BRESSON Aude

☎ : 01.42.35.61.83 ✉ : aude.bresson@gmail.fr

Psychologue : DUNOYER Sophie

✉ : sofiedunoyer@hotmail.com

Spécialité : addictions et co-infections (Le Corbillon)

Neuropsychologue : COTTEREAU Catherine

☎ : 01.42.35.61.40 ✉ : catherine.cottreau@ch-stdenis.fr

Infirmière : AKSAS Louisa

☎ : 01.42.35.61.83 ✉ : laksas@epsve.fr

CH André Grégoire-Montreuil :

Psychologue temps partiel : BRESSON Aude

☎ : 01.42.35.61.83 ✉ : aude.bresson@gmail

SEINE ET MARNE 77

CH Lagny sur Marne :

Psychologue temps partiel : LEMAITRE Inès

☎ : 01.01.64.80.49.10 ✉ : avih@psy@orange.fr

CH Meaux : Psychologue : GHIOTTI Christian

☎ : 01.64.35.10.70 / 06.65.58.91.33

✉ : christianghiotti@hotmail.fr

Spécialité : soutien psychologique personnes

séropositives et familles (Ville/ réseau)

CH Marc Jacquet – Melun / CH Montereau /

CH Nemours / CH Léon Binet- Provins /

CH Fontainebleau / CH René Albertiers –

Coulommiers : Aucun intervenant Psy / VIH

Annexe n°4 : Fiche de surveillance de la cirrhose non compliquée



Surveillance de la cirrhose non compliquée

Fiche élaborée dans le cadre de la Commission Foie & VIH

1- Evaluation de la cirrhose

Score de Child-Pugh :

Calcul du score de Child-Pugh			
	1 pt	2 pts	3 pts
Encéphalopathie	Absente	Grade 1 et 2	Grade 3 et 4
Ascite	Absente	Minime- modérée	abondante
Bilirubine totale µmol/l	<35	35-50	>50
Albumine (g/l)	>35	28-35	<28
TP (%)	>50	40-50	<40

Grade A : 5 à 6

Grade B : 7 à 9

Grade C : >10

Cirrhose décompensée correspond à CP B et C

= ADRESSER A L'HEPATOLOGUE

2- Surveillance et prévention primaire des complications

- Examen clinique et calcul du score de Child-Pugh à chaque consultation semestrielle pour les patients Child A, et plus si nécessaire pour les Child B ou C

Type d'examens		Fréquence
Biologie	BHC NFS plaquettes TP Albumine Créatinine Glycémie	semestriel
Marqueurs	Alphafœtoprotéine	semestrielle
Morphologie	Echographie hépatique + doppler Cf CR d'échographie type	Semestrielle par même opérateur
	Endoscopie digestive haute	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les 2 à 3 ans si pas de VO • Tous les 1 à 2 ans si VO stade 1 • Pas de surveillance si VO stade 2 traitées

Traitement des VO

Si VO stade 2 ou 3 :

- Propranolol 160 mg/j à vie
 - i. ECG pré-thérapeutique
 - ii. Respect des contre indications aux B-
 - iii. Objectif : obtenir une diminution de 25% de la fréquence cardiaque

- Si contre-indication ou mauvaise tolérance des B-/ ou non observance : Ligature de VO endoscopique jusqu'à éradication puis surveillance endoscopique.

Dire ou ne pas dire sa séropositivité à ses enfants

Introduction

Équipe médicale auprès de 99 mères séropositives, sur 2 sites :
 ⇒ Hôpital Dabatondine à B. Danta (80%)
 ⇒ CH Sud Fessilien (hôpital d'Éry) 20%
 Mère à Lydie Leduc, secrétaire de la COREVIH Est-de-la-France
 et à Martine Rivrot, secrétaire du SMTA l'Hôpital Dabatondine

L'annonce de sa séropositivité à ses enfants est toujours un acte difficile dont on craint les conséquences pour soi, pour l'autre, pour les liens qui nous unissent et l'avenir de la relation.

Quelles sont les femmes qui peuvent dire, et celles qui ne le peuvent pas ?

Quels sont les impacts de :
 ⇒ la durée de la séropositivité
 ⇒ le niveau sous traitement
 ⇒ le temps écoulé entre l'annonce du diagnostic et le niveau sous traitement
 ⇒ le lieu de traitement devant les enfants

⇒ le vieillissement des boîtes
 ⇒ le contrôle de l'infector à VIH
 ⇒ la présence du père à la maison, sa séropositivité, son traitement.

Est-il possible de parler : à qui, quand et pourquoi. Et à quel âge, quelle est sa relation ? Ya-t-il une place pour le doute ? le non-dit ?

Le but de l'enquête est de repérer :
 ⇒ quels sont les motifs de l'annonce,
 ⇒ ce qui a permis ou permisait de dire,
 ⇒ quels sont les conséquences du dire,
 ⇒ pourquoi choisir de taire ?

Cette enquête nous a permis d'explorer les liens possibles entre une réalité complexe, une représentation imaginaire de la maladie et les croyances traditionnelles.

Résultats de l'enquête :

Cent femmes ont été interrogées pour ce questionnaire, de moyenne d'âge 40 ans. Elles ont en moyenne 3 enfants, dont 86 % vivent en France. Un quart des femmes ont informé au moins un de leurs enfants. Parmi leurs 101 enfants, seuls 36 sont informés (35,6 %). Tous les enfants ne sont donc pas informés dans le tableau.

Origine :

- 56 : Afrique de l'Ouest (20 % info)
- 24 : Afrique Centrale (25 %)
- 6 : Maghreb (33 %)
- 6 : Caucase (88 %)
- 8 : Autres dont 1 DOM (12 %)

Les femmes caennaises informent plus leurs enfants (83 %), que celles du Maghreb (36 %), d'Afrique Centrale (25 %), d'Afrique de l'Ouest (20 %).

Niveau scolaire :

- < primaire : 19 (26 % info)
- Primaire : 13 (7 %)
- Collège : 26 (30%)
- Lycee : 27 (22%)
- Supérieur : 13 (30%)

Le niveau scolaire est assez élevé : 96 % de nos patientes ont le niveau collège ou plus. Le niveau d'étude ne constitue pas un critère significatif permettant de différencier les personnes qui disent ou ne disent pas.



Enfants -- (Age Moyen global de tous les enfants : 14 ans)

5 sont informés vers l'âge de 17 ans en moyenne (9,52%) 5 filles
 2 sont informés vers l'âge de 20 ans en moyenne (7,41%) 2 filles
 8 sont informés vers l'âge de 17 ans en moyenne (8,35%) 5 filles - 3 garçons
 60 enfants (36 filles - 24 garçons)

Auton n'a été informé
 Les autres sont plus informés que les autres.
 Les filles sont plus informées

Projet de dire

Enfant	nombre	annonce	jamais	NSP	pas-dire
N°1	78	38 (45%)	29	8	9
N°2	78	39 (50%)	20	10	9
N°3	55	24 (43%)	16	7	8
N°4	25	10 (40%)	8	4	3
N°5	9	3 (33%)	5	1	

Traitement ARV

25 femmes sont sous traitement ARV :
 56 prennent le Traitement devant les enfants 65%
 33 laissent les boîtes visibles 39%

25 femmes - info+ et 22 sont sous trait ARV
 17 prennent le Traitement devant les enfants 77%
 13 laissent les boîtes visibles 59%

Il est plus facile pour les femmes qui ont informé leurs enfants de prendre le traitement devant eux et de laisser les boîtes visibles. Dire évite ainsi probablement l'adhésion au traitement.

Pères

	Info+	Info-	total
Père maison	25	75	100
Père info+	10	34	44
Père trait	5	13	18

Seuls 51 femmes ont répondu concernant la connaissance du statut sérologique du père.
 Seuls 44 des pères vivent à la maison (info+ et info-) et 40% pour les femmes info+
 La moitié des pères info+ à la maison sont séropositifs et traités.

Motifs de l'annonce

(Il est possible d'avoir plusieurs motifs à l'annonce. Le pourcentage des totaux sont calculés sur 134 réponses, et les info+ sur 29 réponses)

- Besoin de sincérité et d'authenticité : Total : 35 (26 %) info+ : 9 (31%)
- Besoin de soutien de la part de l'enfant : Total : 15 (11%) info+ : 1 (3%)
- Anticipation d'une symptomatologie liée à la maladie difficile à vivre : Total : 30 (23%) info+ : 5 (17%)
- Déjà de prévention pour une sexualité à venir : Total : 46 (34%) info+ : 7 (24%)
- Autre : Total : 8 (6%) info+ : 7 (24% dont 2 : TME - 3 : coamir - 1 présent à l'annonce - 1 : NSP)

Ce qui prédomine pour les motifs de l'annonce chez nos femmes info+ c'est le besoin de sincérité et d'authenticité (31%), puis c'est le déjà de prévention pour une sexualité à venir. Le soutien de l'enfant n'est pas un motif dénotamment.



Qu'est-ce qui a permis ou permisait de dire ?

(Id les pourcentages sont calculés sur 125 réponses pour les totaux et sur 25 réponses pour les info+)

- L'enfant pose des questions : Total : 16 (12%) info+ : 2(8%)
- L'enfant est témoin de la maladie, de la prise de traitement : Total : 22 (17%) info+ : 6 (24%)
- Relation de confiance (secret partagé) : Total : 22 (17%) info+ : 4 (16%)
- Maturité de l'enfant : Total : 83 (49 %) info+ : 11 (44%)
- Autre : Total : 6 (5%) info+ : 2 (8%) - travail psychologique de la mère ou droit de savoir pour l'enfant

Comme pour toutes les femmes, c'est la maturité de l'enfant qui prédomine, mais la maturité n'est pas proportionnelle à l'âge réel. Certains enfants adultes ne sont pas considérés par leur mère comme matures.

Conséquences du dire

59 Réponses pour 25 femmes info+

- Soulagement : 27 %
- Secret partagé, complétié : 25 %
- Amélioration de la relation, Ouverture du dialogue : 17 %
- Aucune conséquence : 11 % (rien n'a changé)
- Rejet de l'enfant dans un premier temps : 5%
- Rejets de l'avoir dit : 2%
- Autre : 2 % (l'enfant est inquiet +)

Pourquoi choisir de taire

Au total : 145 réponses - info+ : 21 réponses

- Ne pas faire peur à l'enfant : système de protection : Total : 45 % info+ : 22 %
- C'est de l'ordre du privé, du personnel, de l'intime : Total : 34 % info+ : 23 %
- Se préserver soi-même ; préserver une image positive de soi : Total : 12 % info+ : 9 %
- Peur du rejet : Total : 10 % info+ : 4 %
- Vie d'un fait qui doit rester secrets : Total : 6 % info+ : 4 %
- Manque de confiance, peur du non respect du secret : Total : 4 % info+ : 4 %
- Attente à l'image de la famille que l'on veut transmettre : Total : 3 % info+ : 4 %
- Autre (prise d'adolescence, incompréhension...) : Total : 2 % info+ : 0
- Peur de la violence : Total : 1 % info+ : 0

C'est la protection de l'enfant qui prédomine largement dans les réponses. Pour les 2 premiers items, l'inquiétude des femmes ayant informé est plus élevée que la moyenne générale. Les items 3 et 7 ont été difficiles à aborder voire à comprendre.



Doute

11 femmes disent avoir un doute sur le fait que l'enfant sache le VIH malgré le secret et cela ne concerne que les aides :
 6 : enfant N°1
 5 : enfant N°2

Conclusions

Il est toujours difficile pour une femme de parler de sa séropositivité à ses enfants. Les femmes caennaises parlent plus facilement que les femmes d'autres origines. Souvent un seul enfant est informé vers 17 ans (filles). 56 % des femmes vivent seules ou sans compagnon à la maison. La moitié des pères vivant à la maison sont sans. Tous ont sous traitement. Toutes les femmes ont plus ou moins informé au moins 1 enfant (secret partagé). Il est très probable que l'annonce du fait va permettre davantage de femmes de parler de leur séropositivité à leurs enfants.

Ce qui prédomine dans :
 Les motifs de l'annonce c'est : le besoin de sincérité et d'authenticité puis la maturité de l'enfant.
 Les conséquences de l'annonce c'est : le soulagement, le secret partagé, le complétié.
 La non annonce c'est : ne pas faire peur à l'enfant et le refus du personnel de l'intime.

Annexe n°6 : Résultats de l'enquête PREVACAR sur l'IDF



**Ministère du Travail,
de l'Emploi et de la Santé**

Info: Ministère de Santé
N° Indro : 0 820 03 33 33
Site: www.mtss.gouv.fr
Décret du lundi 20 novembre 2006 n°1900

Direction générale de la santé

Enquête Prévacar
Résultats en Ile de France

Inter Corevih IDF
Paris, 14 février 2012

Dr Christine Barbier
DGS Bureau MC 1

Pourquoi Prévacar ?

- Un besoin de connaissances pour adapter les stratégies d'action
- Peu de données fiables sur VIH, VHC et TSO en milieu carcéral. Données parcellaires, anciennes
- Prévalences estimées plus élevées qu'en milieu libre: usagers de drogue, personnes de pays de forte endémie VIH et hépatites, facteurs de risque de transmission pendant l'incarcération
- Action du plan d'actions stratégiques 2010-2014
Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

2



Méthode

- COPIL national depuis 2008. Pilotage DGS (promoteur), InVs (coordination scientifique), DGOS, DAP, DRASS puis ARS, représentants des professionnels (APSEP, SPEEP), associations (Aides et Act Up, puis TRT5 et Sidaction)
- CNIL 12/2009, enquête en mai/juin 2010
- 2 volets: "Prévalence" et "Offre de soins"

3



Méthode Prévalence

- Méthode originale: tirage au sort à 2 degrés, 27 UCSA, 2154 numéros d'écrou à partir fichier national détenus
- Information collective et individuelle des personnes détenues, droit de refus
- Données recueillies par questionnaire anonyme à partir des dossiers médicaux
- 1861 questionnaires exploitables
- Résultats sérologies VIH/ VHC manquants: 28 à 30 % des dossiers: tests non faits ? faits et pas dans dossier ?

4



Résultats Prévalence VIH

- Prévalence VIH: 2.02 % [IC 95 % 0.95 - 4.23] ~ 1 220
- Prévalence varie avec âge (maxi 41/50), avec continent de naissance: Afrique subsaharienne > Amérique > Maghreb > France
- Diagnostic ancien: 9 ans. 1 sur 4 diagnostic incarcération en cours
- 18 % CD4 > 500, 29 % au stade SIDA
- 350 < CD4 < 500 = 77 % sous ARV
- 350 < CD4 = 72 % sous ARV

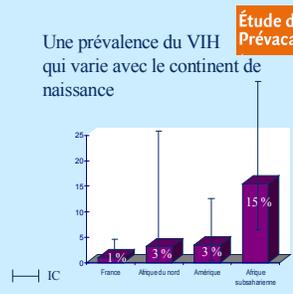
5



Prévalence VIH

Une prévalence du VIH qui varie avec le continent de naissance

Étude de santé Prévacar 2010

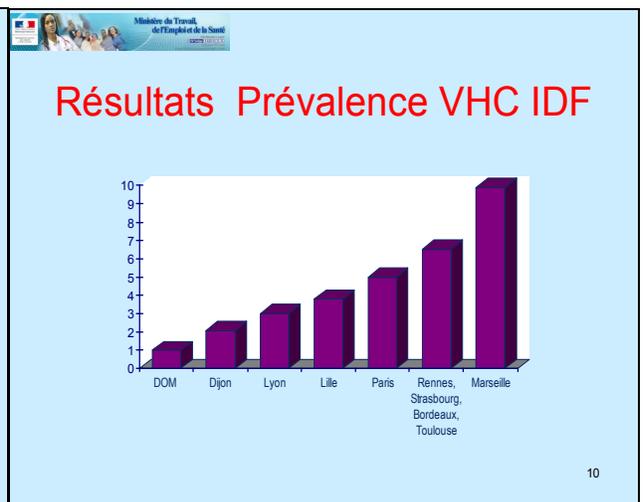
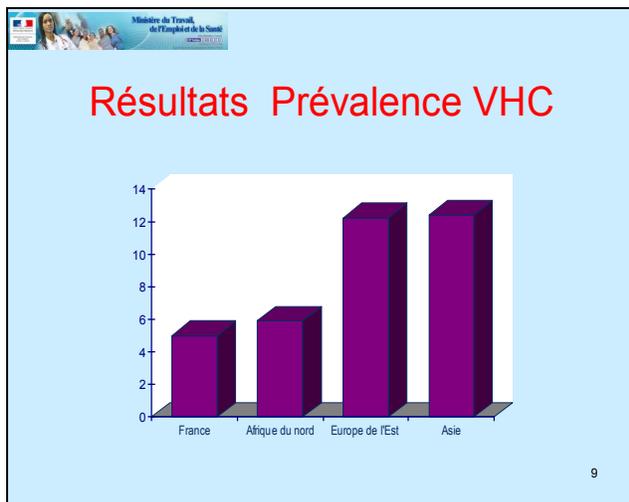


Continent de naissance	Prévalence VIH (%)
France	1%
Afrique du nord	3%
Amérique	3%
Afrique subsaharienne	15%

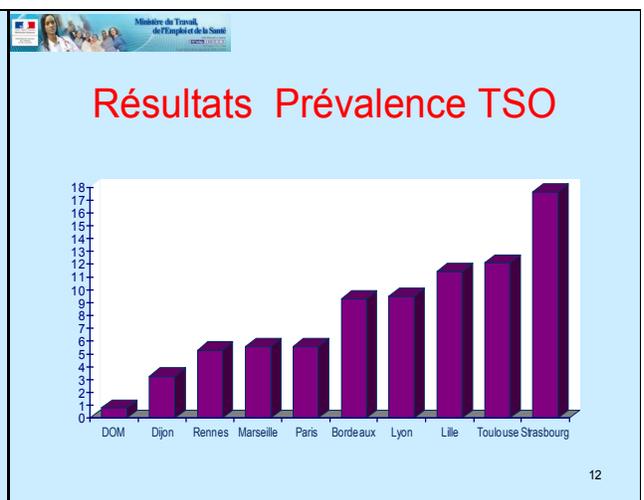
6



- ### Résultats Prévalence VHC
- VHC: 4.8 % [IC 95 % 3.536.50] ~ 3 000
 - Mode de transmission prédominant: Usage de drogues (70%)
 - Diagnostic ancien: 6, 8 ans. Une sur 5 découverte pendant le séjour en cours
 - Parmi VHC +: 46 % ont hépatite chronique
 - Parmi ceux ayant une hépatite chronique
 - Un sur 2 a eu exploration fibrose hépatique 12 derniers mois
 - Une personne sur 3 (36 %) est en traitement
- 8



- ### Résultats Prévalence TSO
- Prévalence personnes en TSO: 7.9 [6.5- 9.8]
 - Un traitement sur 3 initié pendant incarcération: cadrage d'une substitution "de rue", initiation avant sortie ?
 - 87 % ATCD usage opiacés noté dans dossier (63 % cocaïne). Un sur 2 a eu recours voie IV
 - Répartition BHD 68,5 % vs Méthadone 31, 5%
 - Prévalence varie avec âge (maxi 31/40 ans, âge moyen 34, 9 ans), type établissement pénitentiaire (8,4 % en MA, 6,9 % CD, 4, 6 % MC)
- 11



Facteurs de vulnérabilité

- Des femmes incarcérées plus vulnérables
- Prévalence VHC significativement plus élevée: 11.78 [8.48-16.12] vs 4,53 [3.26-6.27]
- Prévalence TSO significativement plus élevée: 16.5 [6.5-35.8] vs 7.7 [6.2-9.5]
- Prévalences VIH et VHC plus élevées chez les personnes sous TSO: respectivement 3, 6 % et 26,3 %
- Très peu de personnes co-infectées VIH/VHC

13

Méthode volet "Offre"

- Questionnaire "établissement": 35 questions
- 168 UCSA (hors EPM et Mayotte)
- Très bon taux de réponse: 145 UCSA (86 %), 92 % de la population incarcérée. IDF exhaustif (11 UCSA)
- Qualité des réponses: peu de données manquantes
- Limites: enquête déclarative, connaissance parfois insuffisante du médecin de l'UCSA sur le fonctionnement du CDAG et/ou du SMPR

14

Dépistage VIH/hépatites

- Proposition quasi systématique à l'entrée:
 - 93 % national/100 % en IDF
- Renouvellement de la proposition si refus à l'entrée
 - 50 % des UCSA, hétérogénéité territoires
 - 36 % en IDF ++
- Utilisation des 3 marqueurs VHB:
 - 85 % des UCSA
 - 100 % en IDF

15

Dépistage VIH/hépatites IDF

- Antenne CDAG:
 - 1 UCSA sur 3
 - pas d'intervention de CDAG en IDF
- Au niveau national: résultats communiqués à UCSA (avec accord patient):
 - 2 UCSA sur 3
 - cloisonnement relatif UCSA/CDAG

16

Prise en charge VIH/hépatites

- Consultations spécialisées VIH et hépato:
 - national: 52 % et 57 %
 - IDF: 73 % et 82 %
- CS hépato corrélé positivement à:
 - utilisation des 3 marqueurs (90 % vs 78 %)
 - accessibilité méthodes non invasives évaluation de la fibrose hépatique (tests sanguins)
- CS VIH et/ou hépato corrélé positivement à procédures formalisées à la sortie (69 % vs 35 %)

17

Prise en charge VIH/hépatites

- Recherche ARN VHC si VHC + (Elisa):
 - 50 % national, 82 % IDF
- Accès aux méthodes d'exploration
 - PBH: 85 % national/100 % IDF
 - 1 méthode non invasive: 90 %, 2 méthodes non invasives: 58 %. IDF 100 % des UCSA tests sanguins et 82 % tests non sanguins
- Procédure formalisée pour la continuité des soins à la sortie: 52 % des UCSA national/64 % IDF

18

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Prise en charge VIH/hépatites

- Permanences associatives pour le soutien des personnes atteintes:
 - 25 % des UCSA, variable entre régions
 - 36 % en IDF (4/11)
- Ne reflète pas l'ensemble des interventions associatives (prévention, formation...)

19

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Offre de prévention

- Vaccination VHB proposée par 95 % des UCSA/100 % en IDF
- Pas de données pour quantifier personnes vaccinées
- Organisation d'actions d'informations et prévention:
 - 3 UCSA sur 4
 - 10 sur 11 en IDF
- Une action réalisée dans les 6 mois précédents :
 - 1 UCSA sur 3
 - 5 sur 11 en IDF

20

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Offre TSO

- TSO accessibles dans 100 % des UCSA
- Diversification insuffisante au niveau national:
 - 4 UCSA Buprénorphine HD seule, 4 UCSA Méthadone.
 - IDF: 2 TSO dans toutes les UCSA
- Organisation de la dispensation hétérogène:
 - national: 63 % par équipe somatique UCSA, 14 % par équipe psychiatrique, 23 % par les 2...
 - IDF: idem

21

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

RDR

- 18 % des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement (cellules, couloirs, parlours, etc..) dans les 12 derniers mois
- Une seule UCSA en IDF
- Information rapportée aux UCSA par des tiers

22

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Discussion Généralités

- Faisabilité de l'enquête: mobilisation importante de tous les partenaires, rôle facilitateur de la DAP, forte adhésion des personnels UCSA
- Cohérence avec résultats d'autres recueils: enquête Pri2de (ANRS), observatoire DGOS (rapport activité UCSA)

23

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Discussion Prévalence (1)

- Enquête de prévalence, pour la 1^{ère} fois, donnant résultats extrapolables, méthodologie originale
- Estimation VIH, VHC et TSO du même ordre de grandeur que l'enquête 2003
- Prévalences VIH et VHC plus élevées qu'en population générale.
- Vulnérabilité des femmes et des personnes usagères de drogues

24

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Discussion Offre (1)

- Description détaillée de l'offre
- Caractère déclaratif, biais de désirabilité, enquête institutionnelle
- Offre relativement satisfaisante, mais marges de progrès
- Disparités entre territoires et établissement: effet taille, impact des politiques régionales, hétérogénéité des pratiques professionnelles

26

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Discussion Prévalence (2)

- Prévalences par régions: limites de méthode
- A confronter à constats terrain: Fleury faible nombre de dossiers VIH tiré au sort/ patients VIH suivis par l'UCSA...
- Prévalence VIH faible en IDF: étonnant
- 2 populations distinctes:
 - VIH: migrants Afrique Subsaharienne
 - VHC: usagers de drogue

25

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Discussion Offre (1)

- Situation en IDF plutôt meilleure
- Plus large accès à offre en consultations spécialisées et méthodes non invasives fibrose hépatique
- Pratiques plus conformes aux recommandations: 3 marqueurs VHB, ARN VHC, TSO
- Mais marges de progrès comme au niveau national
- Spécificités: moindre renouvellement proposition de dépistage ?

27

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Prise en compte des constats

- National: actualisation du guide méthodologique
 - Rappel des textes et recommandations existants.
 - Document sous forme plus lisible et actualisable: cahiers et fiches techniques
 - Groupe de travail: Santé/Justice/professionnels
 - Calendrier: Mars 2012 ?
- Précisions sur dépistage, prise en charge, continuité à la sortie, TSO et RDR (outils existants)
- Points sur les TROD

28

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Prise en compte des constats

- National: plan d'actions stratégiques 2010 - 2014 politique de santé pour les personnes sous main de justice. Cadre d'action stratégique et financier
 - Education pour la santé, prévention, ETP
 - Amélioration de l'offre de dépistage et vaccination: rappel stratégie, crédits aux ARS
 - Groupe de travail coiffure/tatouage/percing
 - Continuité des soins à la sortie: création ACT
 - CSAPA référent, guide des bonnes pratiques TSO
 - Caractérisation des difficultés d'application de la RDR (confrontation avec Pri2de)

29

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Prise en compte des constats

- ARS
 - document national sur la déclinaison du plan PMJ dans le PRS
 - action sur l'offre en CS, associations, suivi des crédits...
- COREVIH
 - Recueil de données
 - Harmonisation des pratiques: renouvellement de l'offre de dépistage, couverture ARV à améliorer: pr plus immuno déprimés, continuité soins, TSO
 - Coordination des acteurs: dépistage, sortie...

30

Remerciements

- Aux équipes des UCSA
- A la DAP, DISP, directeurs et personnels pénitentiaires
- Aux ARS
- Au COPIL national
- à Julie Bouscaillou, interne de santé publique à la DGS

31

Pour en savoir plus

- Plan d'actions stratégiques 2010- 2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice »
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- Document DGS volet « offre de soins »
<http://www.sante.gouv.fr/personnes-placees-sous-main-de-justice.html>
- Prochainement sur la BAO SFLS

32

Annexe n° 7 : Questionnaire médecin dans le cadre de la semaine d'évaluation de proposition de dépistage

QUESTIONNAIRE MEDECIN	
<p>Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés dans votre service à la proposition systématique du dépistage du VIH par les soignants <i>(Numérotez en fonction de l'ordre d'importance : 1 le plus important 17 le moins important)</i></p>	
<p>Nom Etablissement :</p>	
<p>Nom Médecin : Service :</p>	
<p>Adresse Mail :</p>	
	Refus des patients
	Manque de temps des médecins
	Manque de connaissance du personnel pour répondre aux questions des patients avant le test
	Manque de connaissance à transmettre en cas de découverte d'une infection par le VIH
	Pas de facteur de risques identifiés
	Crainte de choquer les patients
	Barrière de la langue
	Barrière culturelle
	Autres priorités
	Problèmes financiers
	La population suivie dans le service n'est pas exposée au VIH ou aux IST
	Les raisons de cette proposition systématique ne sont pas comprises
	Infection par le VIH connue ou test de dépistage déjà réalisé dans l'année qui a précédé.
	Capacité du Laboratoire d'analyse
	Mauvaise connaissance des circuits ou prise en charge
	Difficulté à assurer la confidentialité
	Autres Précisez :

Annexe n° 8 : Plaquette d'information relative au dépistage du VIH à destination des professionnels

Le TDR-VIH (Test de Dépistage Rapide)

Conformément à l'article L1111-4 du code de la santé publique, le test de dépistage (Standard ou Test Dépistage Rapide) nécessite le consentement libre et éclairé du patient. Il peut se faire sur sang total, sur sérum/plasma.

Qui peut réaliser le TDR-VIH ?

- Un **médecin** exerçant en cabinet, un **médecin** ou un **biologiste médical** exerçant dans un établissement ou un service de santé.
- Une **sage-femme** exerçant dans un établissement ou un service de santé.
- Un **infirmier**, un **technicien de laboratoire** exerçant dans un établissement ou un service de santé sous la responsabilité d'un médecin ou d'un biologiste médical.

Le réactif utilisé pour le test doit être revêtu du marquage CE. Un résultat négatif du TDR-VIH peut être considéré comme excluant une infection par le VIH sauf cas d'exposition récente (moins de 3 mois). Dans ce cas une nouvelle sérologie VIH au moyen d'un test combiné de 4^e génération doit être pratiquée.

Quel que soit son résultat, **tout TDR-VIH est obligatoirement validé** par un test Elisa de 4^e génération réalisé sur un autre échantillon de sang.

Où orienter les personnes pour faire un test de dépistage ?

Dans les CDAG et CIDDIST (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH et hépatite, et Centres de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles).



VIH Info Soignants. Tél. 0 810 630 515

 Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA et Les IST 2010-2014 est disponible sur www.sante-sports.gouv.fr

 **COREVIH**
Ile-de-France Est

Dépistage du VIH
Nouvelles recommandations
2011

Professionnel(le) de santé,
intervenant(e)
dans une structure de prévention,
une association ou un réseau,
Ce document vous concerne !


Le dépistage est plus que jamais
une priorité pour tous.

- Encouragez le recours au **dépistage volontaire**.
- Proposez le dépistage aux **personnes de 15 à 70 ans**.
- Proposez un **dépistage annuel** aux **personnes les plus à risque**.

 **COREVIH**
Ile-de-France Est

La coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) est la réunion de tous les acteurs de la lutte contre le sida (professionnels de santé, associations, réseaux, collectifs, experts, personnes concernées...) qui assurent collectivement la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH et la lutte contre l'infection.

COREVIH Ile-de-France Est
Siège : CHU Saint Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS Cedex 10
Tél. 01 42 38 53 28
secretariat.corevihest@sls.aphp.fr
<http://www.corevihest.fr>

Vous pouvez contribuer à éviter les risques de transmission du VIH

- En informant des moyens de prévention.
- En encourageant le dépistage.

La connaissance du statut de séropositivité a un impact majeur aussi bien pour la personne elle-même que pour son entourage, et ce d'autant plus qu'elle est dépistée tôt.

Elle permet de réduire considérablement le risque de transmission.

Dépistage de la population générale âgée de 15 à 70 ans

En 2010, en France, 50 000 personnes ignorent leur séropositivité et ne se font pas suivre, ce qui pourrait expliquer plus des deux tiers des nouvelles contaminations. (1)

Le développement du recours au dépistage volontaire doit être encouragé et facilité.

Les dernières recommandations sur le dépistage indiquent qu'il faut proposer le test de dépistage à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. (2)

Cette stratégie de proposition de dépistage nécessite la participation active de tous les professionnels de santé et structures de soins, et en premier lieu les médecins.


Tout diagnostic d'une
nouvelle infection
doit conduire à une
prise en charge
médicale


(1) Rapport YEN 2010 / chap. 3/ Épidémiologie. (Chiffre estimatif)

(2) HAS - Stratégie et dispositif de dépistage Synthèse et recommandations-octobre 2009

Vous devez proposer un dépistage régulier aux personnes les plus exposées

En parallèle au dépistage de la population générale, l'offre de dépistage ciblé et régulier des personnes les plus exposées doit être maintenue.

Elle concerne :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- Les personnes hétérosexuelles à partenaires multiples.
- Les populations des départements français d'Amérique.
- Les usagers de drogues injectables.
- Les personnes originaires d'une zone de forte prévalence (Afrique Sub-saharienne, Caraïbes, etc.).
- Les personnes ayant une activité de prostitution.
- Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.


Le dépistage doit être
proposé aux personnes
les plus exposées
au moins
une fois par an

À quelle occasion proposer un test de dépistage ?

- Lors d'un bilan de santé.
- Si la personne souhaite arrêter le préservatif lors d'une relation stable.
- Après une prise de risque ;
 - rapport non protégé,
 - rupture ou glissement de préservatif,
 - partage de matériel pour les usagers de drogues injectables,
 - agression sexuelle,
 - accident professionnel ou sexuel d'exposition au sang (AES).
- Lors de la 1^{ère} prescription d'une contraception.
- Lors de suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C.
- En cas de projet de grossesse.
- Lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG).
- Lors de certaines circonstances de la vie du patient (rupture sentimentale, séparation, divorce, etc.).

Ce que vous devez savoir

Un arrêté du 28 mai 2010 fixe les conditions de réalisation :

1 - Du diagnostic biologique de l'infection VIH

L'utilisation de 2 techniques sur un 1^{er} prélèvement n'est plus obligatoire. Une technique ELISA détectant aussi bien les anticorps anti VIH 1, les anticorps anti VIH 2 ainsi que l'antigène P24 (Test combiné de 4^e génération) est suffisante.

En cas de réaction positive, une analyse de confirmation par Western-Blot, ou Immunoblot, sera réalisée sur ce même prélèvement.

Si le Western-Blot, ou Immunoblot, est négatif ou douteux, une recherche de l'Ag P24 ou de l'ARN plasmatique du VIH1 doit être réalisée.

En cas de test positif, un 2^e prélèvement est toujours obligatoire pour valider le diagnostic.

2 - Du test rapide d'orientation diagnostique (TROD) dit test de dépistage rapide (TDR-VIH) dans les situations d'urgence

Les Tests de Dépistage Rapide (TDR-VIH) sont réalisables dans les situations d'urgence suivantes :

- Accident d'exposition au Sang (AES). Le TDR-VIH est proposé au sujet « source ».
- Accident d'exposition sexuelle. Le TDR-VIH est proposé aux deux partenaires.
- Au cours d'un accouchement. Dans le cas où le statut sérologique de la femme est inconnu ou si celle-ci a été exposée à un risque de transmission du VIH depuis le dernier dépistage.
- Urgence diagnostique d'une pathologie aiguë évocatrice du stade SIDA.

Nous remercions le groupe Dépistage du Corevih Ile-de-France Ouest qui nous a autorisé à adapter ce document


Corevih
Ile-de-France
Ouest

Après une prise de risque

Lisez attentivement la liste des risques sur la page centrale du dépliant.

- Il existe un traitement post-exposition pour limiter le risque d'infection au VIH.
- Ce traitement doit débuter le plus tôt possible après la prise de risque. **Vous avez jusqu'à 48 heures** pour vous rendre aux urgences de l'hôpital public le plus proche. Un médecin évaluera ce risque et vous proposera un traitement si nécessaire.
- Sachez aussi que **dans les 4 heures après la prise de risque**, le traitement post-exposition est plus efficace pour limiter le risque d'infection au VIH.
- **Au-delà de 48 heures après une prise de risque**, vous devez consulter un médecin à l'hôpital ou en ville ou vous rendre dans un CDAG-CIDDIST (Adresses au dos du dépliant).



La coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) est la réunion de tous les acteurs de la lutte contre le sida (professionnels de santé, associations, réseaux, collectifs, experts, personnes concernées...) qui assurent collectivement la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH et la lutte contre l'infection.

COREVIH Ile-de-France Est
Siège : CHU Saint Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS Cedex 10
Tél. 01 42 38 53 28
secretariat.corevih@sls.aphp.fr
<http://www.corevih.fr>

Liste des CDAG et des CIDDIST

Département 75

- Hôpital Fernand Vidal
200, rue du Fg St Denis - 75 010 PARIS - Tél: 01 40 05 43 75
- Hôpital Saint-Louis
42, rue Bichat - 75 010 PARIS - Tél: 01 42 49 99 24

Département 77

- Centre Hospitalier Marc Jacquet
7, place Pralin - 77 000 MELUN - Tél: 01 64 71 64 50
- Centre Hospitalier de Meaux
6, rue Saint Flacré - 77 100 MEAUX - Tél: 01 64 35 38 89
- Hôpital René Arbelhvier
4, rue Gabriel Péri - 77 120 COULOMMIERS - Tél: 01 64 65 37 00
- Centre Médico social
15, rue Lafayette - 77 120 COULOMMIERS - Tél: 01 64 65 30 10
- Centre Hospitalier Montereau
5, rue Victor HUGO - 77 130 MONTEBEAU - Tél: 01 64 71 64 60
- Unité d'action sociale
25, avenue du Gendarme Castermant - 77 500 CHELLES - Tél: 01 64 26 51 06
- Centre Hospitalier de Lagry S/ Marne
31, avenue du Gal Leclerc - 77 405 LAGNY S/MARNE - Tél: 01 64 30 75 38

Département 91

- Centre départemental de prévention et de santé
5, bd de Pécouste s/Il pleut - 91 000 EVRY - Tél: 01 60 77 73 52
- Centre départemental de prévention et de santé
1, rue Pierre Sémard - 91 100 CORBEIL ESSONNE - Tél: 01 64 96 02 49
- Centre départemental de prévention et de santé
90, rue de la République - 91 150 ETAMPES - Tél: 01 64 94 53 99
- Centre départemental de prévention et de santé
Place du Mal Leclerc (allée Jean Moulin) - 91 260 JUVISY S/ORGE - Tél: 01 69 21 49 22
- Dispensaire d'Hygiène Social
35, bis Rue Marx Dormoy - 91 300 MASSY - Tél: 01 69 20 88 87
- Centre départemental de la prévention et de la santé
12, rue St Blaise - 91 290 ARPAGON - Tél: 01 64 90 14 54

Département 93

- Hôpital Avicenne
125, rue de Stalingrad - 93 000 BOBIGNY - Tél: 01 48 30 20 44
- Centre de dépistage et de prévention sanitaire
1, bis rue Saint Louis - 93 250 VILLEMONBLE Cedex - Tél: 01 45 28 76 49
- Centre de dépistage et de prévention sanitaire
1, rue Sadi Carnot - 93 300 AUBERVILLIERS - Tél: 01 48 33 00 45
- Centre de dépistage et de prévention sanitaire
4, mail Victor Jara - 93 160 NOISY LE GRAND - Tél: 01 43 04 66 00
- Hôpital Robert Ballanger
Bd Robert Ballanger - 93 600 AULNAY S BOIS - Tél: 01 43 85 65 03
- Hôpital Delafontaine
2, rue du Dr Delafontaine - 93 200 SAINT DENIS - Tél: 01 42 35 61 83
- Hôpital Jean Verdier
Avenue du 14 juillet - 93 140 BONDY - Tél: 01 48 02 66 86
- Hôpital de Montfermeil
10, rue du Gal Leclerc - 93 370 MONTFERMEIL - Tél: 01 41 70 81 91
- Centre de dépistage et de prévention sanitaire
77, rue Victor Hugo - 93 100 MONTREUIL - Tél: 01 48 58 62 07
- Hôpital André Grégoire
56, bd la Boissière - 93 100 MONTREUIL - Tél: 01 49 20 34 38

Département 94

- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
40, avenue de Verdun - 94 000 CRETEIL - Tél: 01 45 17 55 00
- Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
40, allée de la Source - 94 190 VILLENEUVE ST GEORGES - Tél: 01 43 86 22 37

Département 95

- Centre Hospitalier de Gonesse
25, rue Pierre de Thellay - 95 500 GONESSE - Tél: 01 34 53 20 33

Dépistage du VIH
Nouvelles recommandations
2011

Vous avez
entre 15 et 70 ans,
que vous ayez fait
un test VIH ou non,
ce document vous
concerne.



Le dépistage est plus que jamais
une priorité pour tous.

Avez-vous fait un test VIH ?

Oui J'ai fait un test de dépistage, il y a quelques années...

Non Je n'en ai jamais fait. Je ne me sens pas concerné (e)...

Pourquoi devrais-je faire un test de dépistage VIH, alors que je ne suis pas malade ?

Ce que vous devez savoir

Depuis 2010, de nouvelles recommandations des professionnels de santé proposent à toute personne âgée de 15 à 70 ans de réaliser un test de dépistage au moins une fois dans sa vie.

Même si vous n'avez pas pris de risque particulier, il est dans votre intérêt de faire un test de dépistage du VIH.

Pourquoi faire un dépistage volontaire ?

Savoir que l'on est porteur du virus du sida, permet :

- d'être soigné (e) le plus tôt possible
- de diminuer le risque de transmettre le virus aux autres...

On estime que de nombreuses personnes (environ 50 000), en France, ne savent pas qu'elles sont séropositives pour le VIH et sont à l'origine de la majorité des nouvelles contaminations.

C'est pourquoi le dépistage est plus que jamais une priorité pour tous.

Pourquoi faire ou refaire un test de dépistage VIH volontaire

Vous êtes âgé (e) de 15 à 70 ans

Vous ne pensez pas avoir pris de risque, mais vous ne connaissez pas le statut de votre (vos) partenaire (s)

Vous avez pris un risque ou vous avez un doute :

- un rapport sexuel non protégé (vaginal, anal, bouche-sexe),
- un préservatif qui s'est déchiré ou qui a glissé,
- un partage de matériel lors d'une prise de drogue injectable.

Ces circonstances peuvent être à l'origine d'une contamination par le VIH (virus du sida), de certaines hépatites ou d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Vous n'avez pas pris de risque, mais vous êtes dans les situations suivantes :

- vous souhaitez arrêter d'utiliser le préservatif avec un partenaire stable qui lui-même fait son test de dépistage,
- vous souhaitez avoir un enfant,
- vous avez une infection sexuellement transmissible,
- vous avez une hépatite virale,
- vous avez fait une IVG (interruption volontaire de grossesse),
- vous avez eu des changements dans votre vie : rupture sentimentale, séparation, divorce, etc.

Il est conseillé de faire un test plus régulièrement, tous les ans, pour :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes,
- les personnes hétérosexuelles à partenaires multiples,
- les personnes venant de zones géographiques où le VIH est plus fréquent (les départements français d'Amérique, Afrique Sub-saharienne, Caraïbes...),
- les usagers de drogues injectables,
- les personnes se prostituant,
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.

À qui s'adresser ?

- Vous pouvez demander de faire le test de dépistage à un médecin à l'occasion d'une prise en charge (médecin traitant, hospitalisation...). Ce test est remboursé à 100% par la Sécurité sociale sur présentation d'une ordonnance.
- Vous pouvez vous rendre dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ou un Centre de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CDDIST) (Liste des centres au dos de ce dépliant). Vous pouvez y faire un test **anonyme et gratuit**, avec ou sans ordonnance, même si vous êtes mineur, si vous n'avez pas de prise en charge par la Sécurité sociale, ou pas de papiers, quelle que soit votre situation.
- Vous pouvez également vous adresser directement à un laboratoire d'analyses médicales sans ordonnance. Dans ce cas, le test VIH est payant.

Le préservatif est un moyen de prévention pour se prémunir contre le VIH, les hépatites et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Le kit d'injection à usage unique permet d'éviter le partage de matériel chez les usagers de drogues.

Pour vous aider dans vos démarches, Sida Info Service met à votre disposition une permanence écoute et orientation 24 heures/24, 7 jours/7.

 **Sida Info Service**
0 800 840 800
24h/24, gratuit, anonyme et pratique
www.sida-info-service.org

Nous remercions le groupe Dépistage du Corevih Ile-de-France Ouest qui nous a autorisé à adapter ce document

Corevih
Ile-de-France
Ouest 

LES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DE L'INFECTION A VIH
Formation pour les professionnels et les bénévoles des associations habilitées par l'ARS Ile-de-France

Animation : Joana Houdayer, responsable du pôle formation du Crips Ile-de-France

Objectifs

/ compléter les connaissances sur les risques et les modes de transmission du VIH et des IST associés aux spécificités des publics accueillis,
/ renforcer les capacités à mener des entretiens de prévention adaptés aux besoins des publics et au cadre particulier des entretiens pré- et post-tests,
/ acquérir les connaissances et compétences nécessaires à une utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH.

Première journée

9h30-12h30 Jérôme Farina-Cussac, juriste, Sida Info droits

. Présentation des participants et du programme

. Principes juridiques et éthiques applicables en matière de dépistage.
/ Information de la personne concernée,
/ Règles relatives au recueil du consentement,
/ Secret médical et professionnel,
/ Principes de conservation des données à caractère personnel (loi CNIL).

14h- 16h Mary-Carmen Aubry, cadre infirmier hygiéniste, hôpital Tenon

/ Les règles d'asepsie et d'hygiène spécifiques aux prélèvements de liquides biologiques.

/ La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

/ Les règles d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

16h-17h Pr Willy Rozenbaum, service maladies infectieuses et tropicales, hôpital Saint-Louis

/ Approches stratégiques globales du dépistage

Deuxième journée

9h30-12h30 Pr François Simon, service bactériologie- virologie, hôpital Saint-Louis

/ Notions virologiques de base des infections VIH
/ Les principes biologiques de base du dépistage VIH

. Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à VIH1 et 2.
/ Les différents matrices et différents types de tests
/ Leurs principes d'utilisation et de réalisation
/ Avantages et inconvénients des TROD

14h-17h Pr François Simon,

. Techniques des tests :

Réalisation de tests du prélèvement à l'élimination des produits avec différents résultats : négatifs, positifs, ininterprétables

/Les processus de signalement auprès de l'AFSSAPS

/Traçabilité

/ Stockage

Troisième journée

9h30-17h Dr Eric Vandemeulebroucke, CDAG, hôpital de Gonesse

. Infection à VIH

/ Epidémiologie

/ Histoire naturelle de la maladie

/ La primo-infection

/ Le traitement d'urgence

/ Prévention et prévention combinée du VIH

. Prévention des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

/Epidémiologie

/Définition et symptômes.

/Prévention

Quatrième journée

9h30-17h Dominique Rolland, psychologue, spécialiste counseling

. Principes et bases de l'information-conseil.

. Mises en situation d'information-conseil pré et post-test

Vendredi 20 janvier 2012

9h30-16h15 Dominique Rolland, psychologue, spécialiste counseling

. Principes et bases de l'information-conseil.

. Mises en situation d'information-conseil pré et post-test

16h15-17h Evaluation de la formation

Annexe n° 10 : Programme de la soirée Inter-COREVIH : « 30 ans déjà, et maintenant ? »



Lundi 28 novembre 2011 à partir de 18 h
 Café de la Danse, 5 passage Louis-Philippe
 Paris 11^{ème} Métro : Bastille
 Réservation préalable par courriel : reservationjms30ans@gmail.com

Sida : 30 ans déjà, et maintenant ?
 Présentation, témoignages et débats à l'occasion
 de la Journée Mondiale de lutte contre le sida



Les Corevih en Ile-de-France vous invitent à la soirée :
 « Sida : 30 ans déjà, et maintenant ? »,
 le lundi 28 novembre 2011 à partir de 18h au Café de la Danse, Paris 11^{ème}.

Imaginée et pensée par les professionnels de santé et les associations de lutte contre le sida, cette soirée s'adresse à un large public. Les faits marquants de ces trente dernières années, depuis la découverte du virus, les tests de dépistage, les premiers traitements, les thérapies combinées et ciblées, seront évoqués pour mieux aborder et débattre des perspectives : guérir le VIH ? faire reculer l'épidémie dans les pays à ressources limitées et renforcer les droits pour les étrangers malades.

A la veille de la journée mondiale de lutte contre le sida, le 1^{er} décembre, continuons à agir ensemble.

Les Corevih en Ile-de-France

Le Corevih (comité de Coordination Régionale de la lutte contre le Virus de l'Immuno-déficience Humaine) est une instance régionale et collégiale dont l'expertise multidisciplinaire répond aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH. Chaque Corevih regroupe, en quatre collèges, des représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'action sociale, des représentants des malades et des usagers du système de santé et des professionnels qualifiés.



Visuel offert par SIDA Info Service

Comité de pilotage
 Sophie Causse, Vincent Douris, Christine Kattama, Philippe Louasse, Christine Moucazambo, Manuel Picaud, Philippe Sagot, Bernard Sellier, Alain Sobel, Françoise Vernat, Fatima Ben Yelles

- Corevih Ile-de-France Centre
Pr Christine Kattama, Présidente
- Corevih Ile-de-France Est
Pr Willy Rozenbaum, Président
- Corevih Ile-de-France Nord
Pr Patrick Yeni, Président
- Corevih Ile-de-France Ouest
Pr Elisabeth Rouveix, Présidente
- Corevih Ile-de-France Sud
Pr Alain Sobel, Président

Un grand merci
 Aux bénévoles, volontaires et permanents.
 Aux intervenants, modérateurs.
 Aux associations : ACT UP, ARCAT, ACTIF SANTÉ, ACTIONS TRAITEMENTS, AIDES, BASILLIADÉ, CRIPS, ELCS, RAINBHOPITAL, SIDACTION, SIS.



Programme prévisionnel

17H30 - ACCUEIL

18H00 - MOT DE BIENVENUE

Patrick Bloche, Député-Maire du 11^e arrondissement de Paris

INTRODUCTION
Pr Christine Katlama

Bruno Julliard, adjoint au Maire de Paris, chargé de la jeunesse.

18H15 - « 30 ANS DÉJÀ ! » REGARDS CROISÉS

Modérateurs - Manuel Picaud, Actif Santé - Pr Elisabeth Rouveix -
Pr Alain Sobel

- Regard médical, Pr Willy Rozenbaum
- Regard scientifique, Pr Françoise Brun-Vézinet
- Regard associatif, Daniel Defert, Fondateur de AIDES (sous réserve) et Frédéric Edelmann, Fondateur d'Arcat.

DISCUSSIONS

19H30 - HIP HOP. Compagnie Käfig,
Centre Chorégraphique National de Créteil et du Val de Marne

19H50 - ENTRACTE

20H20 - VIH POCKET FILMS, le VIH vu par les jeunes, présenté par
Mélanie Charbonneau, Sidaction

20H45 - ET MAINTENANT ?

- Panel : Christine Aubère, Le Kiosque - Laurent Jacqua, Act Up -
Jean-Marie Le Guen, Adjoint au Maire de Paris - Pr Gilles Pialoux
- Guérir le VIH ? Pr Christine Katlama
 - Comment faire reculer l'épidémie dans les pays à ressources limitées ? Eric Fleutot, Sidaction
 - Quels droits pour les étrangers ? Pr Danièle Lochak, Université Paris Ouest

21H30 - DISCUSSIONS

22H00 - DUO DE MUSIQUE TSGIGANE, Awena Burgess (chant)
et Daniel Mizrahi (guitare), Association Tournesol

COCKTAIL DINATOIRE

Lundi 28 novembre 2011 - Café de la Danse
5 Passage Louis Philippe, 75011 Paris - Métro : Bastille



Contacts

Corevih Ile-de-France Centre
Tél. : 01 42 16 01 27 - courriel : corevih.idcentre@psl.aphp.fr

Corevih Ile-de-France Est
Tél. : 01 42 38 53 28 - courriel : secretariatcorevihest@sls.aphp.fr

Corevih Ile-de-France Nord
Tél. : 01 40 25 80 33 - courriel : corevih.idfn@bch.aphp.fr

Corevih Ile-de-France Ouest
Tél. : 01 49 09 59 58 - courriel : coordinatrice@apr.aphp.fr

Corevih Ile-de-France Sud
Tél. : 01 49 81 20 19 - courriel : philippe.sagot@hmn.aphp.fr

Réservation obligatoire
avant le 20 novembre 2011
(places limitées)

Par courriel :
reservationjms30ans@gmail.com

Par courrier :
Hôpital la Pitié Salpêtrière
Corevih Ile-de-France Centre
Pavillon Laveran
Service des Maladies Infectieuses
47/83 boulevard de l'hôpital
75013 PARIS

