

Coordination REGIONALE de lutte
contre le VIH



RAPPORT D'ACTIVITE
2010

COREVIH des Pays de la Loire

Adresse postale : CHU de Nantes Hôtel Dieu – 7^{ème} étage Ouest
Place Alexis Ricordeau 44035 Nantes

Téléphone : 02 40 08 43 67

Courriel : contact@corevih-pdl.fr

Site Web : www.corevih-pdl.fr

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>I. IDENTIFICATION DU COREVIH</i>	<i>2</i>
<i>II. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU COREVIH.....</i>	<i>3</i>
<i>III. MOYENS DU COREVIH</i>	<i>10</i>
<i>IV. OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH</i>	<i>14</i>
<i>V. CONVENTIONS SIGNEES ENTRE ETABLISSEMENTS POUR L'ORGANISATION ET LES MOYENS</i>	<i>15</i>
<i>VI. INDICATEUR DE FONCTIONNEMENT.....</i>	<i>16</i>
<i>VII. MISSION DE COORDINATION DES ACTEURS, D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE ET D'HARMONISATION DES PRATIQUES..</i>	<i>19</i>
<i>VIII. ZOOM SUR</i>	<i>23</i>
<i>IX. PROGRAMME DE TRAVAIL DE L'ANNEE 2011</i>	<i>28</i>
<i>X. DISCUSSION ET CONCLUSION.....</i>	<i>35</i>
<i>XI. PARTICIPATION A LA REDACTION DU RAPPORT D'ACTIVITE 2010 DU COREVIH DES PAYS DE LA LOIRE</i>	<i>36</i>
<i>ANNEXES.....</i>	<i>37</i>

ANNEXE 1: Rapport médico-épidémiologique Pays de la Loire

ANNEXE 2: Rapport médico-épidémiologique Adultes CHU de Nantes

ANNEXE 3: Rapport médico-épidémiologique Pédiatrie CHU de Nantes

ANNEXE 4: Le COREVIH dans le plan national VIH/SIDA et IST 2010

INTRODUCTION

Le bilan de l'année 2010 du COREVIH des Pays de la Loire est globalement positif grâce à l'énergie de tous les membres qui le compose. Mention spéciale aux membres du bureau et des commissions qui comme ce rapport le montre se sont mobilisés pour faire avancer des dossiers importants portant sur la qualité des soins ou l'organisation de ceux-ci dans notre région. Remerciements également aux chercheurs qui induisent une dynamique prometteuse dans le domaine de la recherche épidémiologique, clinique ou sociologique.

Notre COREVIH a vu son personnel s'enrichir de la présence de Marjolaine Blandin (secrétaire) et de Sami Rehaïem (TEC à Angers) qui a la responsabilité du recueil de données épidémiologiques sur le CHU d'Angers. Sa présence a permis également de 'booster' l'activité de recherche clinique. Le déploiement du logiciel de recueil épidémiologique eNadis® a débuté avec l'hébergement au CHU de Nantes des données du CHU Angers.

L'harmonisation de la prise en charge des accidents d'exposition ainsi que l'effort de communication à destination des professionnels susceptibles de faire du dépistage s'insèrent parfaitement dans nos missions fixées par décret d'amélioration de la prise en charge et celles d'accompagnement du Plan national VIH-IST 2010-2014 récemment paru.

La qualité de vie des PVVIH est également prise en compte de même que la santé des personnes privées de liberté par la création d'une commission ad hoc.

Enfin une réflexion nous avait été demandée par l'ARS sur l'état de lieux et l'organisation des réseaux VIH au sein de la région. Ce chantier devrait voir son achèvement dans les mois qui viennent.

Une année riche témoignant de la montée en charge progressive de notre structure.

Dr. Eric BILLAUD

Président du COREVIH des Pays de la Loire

I. IDENTIFICATION DU COREVIH

Vu le Décret n° 2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le Décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'installation du COREVIH de la région des Pays de la Loire a eu lieu le 24 janvier 2008 sous l'égide du Dr. Jean Pierre PARRA, Directeur de la DRASS des Pays de la Loire.

Il existe actuellement 28 COREVIH en France, 5 sur Paris, et 23 en province. Les COREVIH de province correspondent à une seule région administrative, sauf pour 3 COREVIH qui ont une représentation multirégionale.

Région administrative : Pays de la Loire

Territoires de référence du COREVIH :

Loire Atlantique (44)

Maine et Loire (49)

Mayenne (53)

Sarthe (72)

Vendée (85)



Etablissement de santé siège d'implantation du COREVIH :

CHU de Nantes – Hôtel Dieu

N°FINESS : 440000271

Adresse postale :

CHU de Nantes – Hôtel Dieu – 7^{ème} étage Ouest – Place Alexis Ricordeau
44035 Nantes cedex.

Le COREVIH des Pays de la Loire est rattaché administrativement au Pôle Médecine-Cancer- Hématologie du CHU de Nantes (UF 1252).

II. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU COREVIH

1) LE COMITÉ PLENIER DU COREVIH

La composition du Comité du COREVIH fait l'objet d'un premier arrêté qui fixe le nombre de sièges par collège et d'un deuxième arrêté de nomination des membres titulaires et suppléants. Ces 2 arrêtés étaient pris par le préfet de la région d'implantation du COREVIH sous la responsabilité du Directeur de la DRASS.

Ces membres ont un double rôle : celui de porte-parole et celui de relais d'information des acteurs qu'ils représentent. Cette faculté est primordiale et doit être un facteur pris en compte dans la composition des membres du COREVIH.

Ces membres sont des personnes nommées en leur nom propre afin de favoriser leur connaissance mutuelle. Lors de leur désignation, deux suppléants sont systématiquement désignés.

Le mandat des membres du COREVIH est de 4 ans renouvelable.

Les Comités pléniers des COREVIH doivent se réunir au minimum 3 fois par an, dont une réunion en présence des représentants des ARS.

Lors des séances plénières du COREVIH des Pays de la Loire, ont été conviés non seulement les 30 membres titulaires et les 60 membres suppléants du COREVIH, mais également l'ensemble des acteurs de la prise en charge du VIH sur le territoire du COREVIH.

En 2010, 3 réunions se sont donc tenues aux dates suivantes, avec une participation moyenne de 38 personnes (+ 22% par rapport à 2009) :

Séance plénière du 18 mars 2010:

- ◆ Présentation et approbation du rapport d'activité et du rapport épidémiologique 2009 du COREVIH des Pays de la Loire
- ◆ Restitution de l'avancée des travaux des différentes commissions depuis la dernière séance plénière du 17 décembre 2009
- ◆ Bilan sur le déploiement Nadis® et le recrutement des TECs
- ◆ Bilan du Forum COREVIH en Actions du 11 février 2010

Séance plénière du 17 juin 2010 :

- ◇ Restitution de l'avancée des travaux des différentes commissions depuis la dernière séance plénière du 18 mars 2010
- ◇ Bilan sur le déploiement Nadis® et le recrutement des TECs
- ◇ Restitution de l'entretien du 31 mai 2010 avec Mme DESAULLE, Directrice de l'ARS des Pays de la Loire
- ◇ Temps d'échange par Collège sur le bilan de fonctionnement du COREVIH après 2 ans de mise en place – restitution et débat

Séance plénière du 16 décembre 2010 :

- ◇ Présentation de l'avancée des travaux des commissions thématiques (accident d'exposition au sang, dépistage, qualité de vie)
- ◇ Perspectives 2011 sur les nouveaux groupes de travail
- ◇ Bilan sur le déploiement E-Nadis® et le recrutement des TECs
- ◇ Avancée des travaux de la commission inter-réseaux
- ◇ Présentation du budget prévisionnel 2011
- ◇ Présentation d'un travail de recherche en sociologie « *hyper-confidentialité autour du VIH* »
- ◇ Présentation du programme de recherche : « *accès au sport des personnes vivant avec le VIH/VHC* »
- ◇ Actualités législatives et réglementaires

Le COREVIH des Pays de la Loire est composé de 4 collèges dont les représentants sont les suivants :

<p align="center">Collège 1 : Représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux</p>

Titulaire : Dr. Eric BILLAUD (Praticien hospitalier, CHU de Nantes)

- **1^{er} suppléant :** Dr. Christian AGARD (Praticien hospitalier, CHU de Nantes)
- **2^{ème} suppléant :** Mme Simone LAGARDE (Directrice adjointe, CHU de Nantes)

Titulaire : M. Pierre Emmanuel NICOLAU (chef de service, association Aurore)

- **1^{ème} suppléant :** Dr. Patrick THOMARE (pharmacien, CHU de Nantes)

Titulaire : Dr. Christophe MICHAU (Praticien hospitalier, Centre hospitalier de St Nazaire)

- **1^{er} suppléant :** Mme Sandra NURIEC (Cadre de santé, Centre hospitalier de St Nazaire)
- **2^{ème} suppléant :** Mme Sophie BROUSSARD (IDE, Centre hospitalier de St Nazaire)

Titulaire : Dr. Jean Marie CHENNEBAULT (Praticien hospitalier, CHU d'Angers)

- **1^{er} suppléant :** Mme Françoise DELAUNAY (sage femme, Centre hospitalier de Cholet)
- **2^{ème} suppléant :** Dr. Françoise THIBOUS (Chef de service, Centre Médical Georges Coulon)

Titulaire : Dr. Jean MARIONNEAU (Praticien hospitalier, Centre hospitalier du Mans)

- **1^{er} suppléant :** Dr. Philippe CELERIER (Praticien Hospitalier, Centre hospitalier du Mans)
- **2^{ème} suppléant :** Dr. Denis DUPOIRON (Centre Paul Papin)

Titulaire : Dr. Jean Luc ESNAULT (Praticien hospitalier, Centre hospitalier de La Roche sur Yon)

- **1^{er} suppléant :** Dr. Philippe PERRE (Praticien Hospitalier, Centre hospitalier de La Roche sur Yon)
- **2^{ème} suppléant :** Dr. Sophie LEAUTEZ-NAINVILLE (Praticien Hospitalier, Centre hospitalier de La Roche sur Yon)

Titulaire : Mme Patricia CORADETTI (Responsable, Le Logis de l'Amitié)

Titulaire : M. Laurent FEDERKEIL (chef de service, AAATF)

- **1^{er} suppléant :** Mme Myriam TIERSEN (chef de service, CHRS l'Etape)
- **2^{ème} suppléant :** Dr. Daniel SANDRON (Praticien Hospitalier, Centre hospitalier de St Nazaire)

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

Titulaire : Mme Sophie CAMUT (Coordinatrice, REVIH 49)

- **1^{er} suppléant :** Mme Bénédicte VAILHEN (Coordinatrice, REVIH - HEP 44)
- **2^{ème} suppléant :** Dr. Thierry LESPAGNOL (Président, REVIH St Nazaire)

Titulaire : Mme Gwénaëlle GUINAUDEAU (Fédération Nationale des Infirmières)

- **1^{er} suppléant :** Mme Marie Chantal DEHERGNE (Fédération Nationale des Infirmières)

Titulaire : Dr. Lucille NOIRRIT JOUBERT (Union Régionale des Syndicats Dentaires)

- **1^{er} suppléant :** Dr. Françoise BOURDIN (Union Régionale des Syndicats Dentaires)
- **2^{ème} suppléant :** Dr. Dominique BRACHET (Union Régionale des Syndicats Dentaires)

Titulaire : Mme Laurence ROUSSEL (Coordinatrice, MFPP)

- **1^{er} suppléant** : Mme Martine LEROY (Formatrice, MFPP)

Titulaire : Mme Carine SOULARD (Déléguée Régionale, Sida Info Service)

Collège 3 : Représentants des malades et des usagers du système de santé

Titulaire : M. Gaël CABELGUEN (Volontaire, AIDES 44)

- **1^{er} suppléant** : M. Claude GOUDOT (Volontaire, AIDES 72)
- **2^{ème} suppléant** : Mme Karelle ISOARDO (Coordinatrice, AIDES 53 – 72)

Titulaire : Mme Sandrine BRU (Coordinatrice, AIDES 44-49)

- **1^{er} suppléant** : M. Gaël GOURMELEN (Coordinateur, AIDES 85)
- **2^{ème} suppléant** : Mme Anne Lise FEBVRE (Coordinatrice, AIDES 53)

Titulaire : Mme Mery FAZAL CHENAI (UFC Que Choisir)

- **1^{er} suppléant** : Mme Annick MARGOGNE (UFC Que Choisir)

Titulaire : Mme Annie SIONNIERE (Présidente, SOS Hépatites)

- **1^{er} suppléant** : Mme Natacha ODERKERKEN (Directrice, UDAF 53)
- **2^{ème} suppléant** : Mme Elisabeth CHOUTEAU (Coordinatrice d'actions régionales AIDES)

Titulaire : M. Jean-Pierre BIBARD (Actif Santé)

- **1^{er} suppléant** : Mme Danièle GIRARDEAU (Actif Santé)
- **2^{ème} suppléant** : M. Hervé BRIN (Actif Santé)

Collège 4 : Personnalités qualifiées

Titulaire : Pr. François RAFFI (Chef de service, CHU de Nantes)

- **1^{er} suppléant** : Dr. Jean PASCAL (Praticien Hospitalier, CHU de Nantes)

Titulaire : M. Christian MACKEIDY (Bénévole, Amicale Alternative Espérance)

- **1^{er} suppléant** : M. Moussa TCHAIBOU (Bénévole, Amicale Alternative Espérance)

Titulaire : Dr. Anne TALLEC (Directrice, ORS)

- **1^{er} suppléant** : Dr. Virginie FERRE (Praticien hospitalier, CHU de Nantes)
- **2^{ème} suppléant** : M. David GUYERE (Administrateur, UNA Maine et Loire)

2) LE BUREAU :

Le Bureau du COREVIH des Pays de la Loire dont les membres ont été élus lors de la réunion constitutive le 24 janvier 2008 est composé de :

- Président : Dr. Eric BILLAUD, praticien hospitalier, service des maladies infectieuses, CHU de Nantes
- Vice-Président : Dr. Jean MARIONNEAU, praticien hospitalier, service de médecine Interne, centre hospitalier du Mans

Membres du Bureau :

- Mme Sandrine BRU, coordinatrice Aides 44 (suppléée par G. Gourmelen en 2010)
- Mme Sophie CAMUT, coordinatrice, REVIH 49
- Dr. Jean Luc ESNAULT, praticien hospitalier, service de médecine polyvalente, CHD La Roche sur Yon
- M. Carine SOULARD, déléguée régionale, Sida Info Service (remplaçante de F. Guyard depuis septembre 2010)
- Dr. Christophe MICHAU, praticien hospitalier, service de médecine interne, centre hospitalier de St Nazaire
- M. Pierre-Emmanuel NICOLAU, chef de service, association Aurore (suppléé par le Dr P. Thomaré de septembre à décembre 2010)
- Pr. François RAFFI, chef de service, service des Maladies Infectieuses, CHU de Nantes

Le Bureau se réunit environ tous les 2 mois. Il élabore et propose le programme et le rapport d'activité ; il organise les modalités de collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge des patients infectés par le VIH.

En 2010, le Bureau s'est réuni 4 fois (le 11 février 2010, le 20 mai 2010, le 2 septembre 2010, le 18 novembre 2010).

III. MOYENS DU COREVIH

Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, les COREVIH se sont substitués en novembre 2005 aux Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH).

Le COREVIH a trois missions principales décrites dans le décret du 15 novembre 2005 :

- « favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- « participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- « procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques

Afin de mener à bien ces missions à caractère régional, des moyens ont été prévus par la DHOS sous la forme d'une enveloppe MIGAC. Cette enveloppe a été attribuée au CHU de Nantes à la demande de l'ARS des Pays de la Loire et comporte une part concernant du personnel, du fonctionnement et des frais de structures.

Pour le COREVIH des Pays de la Loire, en 2010, les charges de « Personnels » se sont élevées à 304110€ soit l'équivalent de 7 emplois, les charges de « Fonctionnement » + « frais de structures » se sont élevées à 99064 euros

L'équipe opérationnelle du COREVIH favorise au quotidien l'harmonisation et le suivi de la qualité de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale en développant un travail collectif.

TABLEAU 1 : Ressources humaines participant aux missions du COREVIH

FONCTION	2009	2010
Secrétariat	<i>0 ETP</i>	<i>0 ETP</i>
Technicien d'étude clinique (TEC)	3 ETP	4 ETP
Coordination médicale	<i>0.3 ETP</i>	<i>0.3 ETP</i>
Coordination administrative	<i>1 ETP</i>	<i>1 ETP</i>
Data Manager	<i>0.5 ETP</i>	<i>0.5 ETP</i>

TABLEAU 2 : Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH

Etablissement	MOYENS
CHU de Nantes	7 bureaux, 7 PC, 2 ordinateurs portables, 1 photocopieur, 4 téléphones, 4 imprimantes, Logiciel Nadis®, mise à disposition de salles pour les réunions
CHU d'Angers	1 bureau, 1 PC, 1 téléphone fixe, 1 téléphone portable
Autres établissements / structures	Mise à disposition de salles pour les réunions : <ul style="list-style-type: none"> - CHU d'Angers - AIDES 44 - AIDES 49 - CHD la Roche sur Yon - Association Aurore - Sida Info Service

TABLEAU 3 : Moyens financiers du COREVIH

Charges issues de MAGH2 = Charges directes affectées à l'UF	
Libellés	Total 2010
D-H-11 CHARGES DE PERSONNEL NON-MEDICAL	195 368,19 €
D-H-12 CHARGES DE PERSONNEL MEDICAL	35 400,90 €
DEPENSES DE PERSONNEL	230 769,09 €
D-H-3 CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GEN	
<i>H6284Prestation informatique</i>	<i>48 341,21 €</i>
D-H-3 CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GEN	
H942651FOURNITURES DE BUREAU	196,74 €
H942652FOURN. PETITS MAT. INFORMATIQUES	96,09 €
H94263FOURNITURES D'ATELIER	113,25 €
H606254 2FOURNITURES INFORMATIQUES - DSITS	74,81 €
H625111FRAIS DEPLACEMENT PERS. Non-MEDICAL	900,04 €
H625112FRAIS DE DEPLACEMENT PERS. MEDICAL	51,90 €
H62883AUTRES PREST. DIVERSES - MAGASINS	15 367,83 €
H62885AUTRES PRESTATIONS DIVERSES -COMPTA	5 565,05 €
H67238CHARGES CARAC HOT ET GENER - AUTRES	267,40 €
H68DOTATION AMORT	999,02 €
<i>Frais de structure autres</i>	<i>23 632,13 €</i>
TOTAL DEPENSES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL	71 973,34 €
SOUS TOTAL CHARGES DIRECTES 2010	302 742,43 €
Frais de structures CHU de Nantes (30% des charges de personnels)	67 932,75€
Frais de structure CHU Angers (30% des charges de personnels)	7500 €
1 TEC recruté à Angers depuis le 1er juillet 2010 (50% de 50 000€) Le CHU n'a pas reversé la quote part sur l'exercice 2010	25 000,00 €
TOTAL GENERAL CHARGES DIRECTES 2010	403 175,09€

Dotation MIGAC 2010		Résultat (+ excédent - déficit)
Observations	Total 2010	
Forfait de base personnel médical et non médical	219 693,00 €	
<i>Frais de structure "data manager" assuré par la DSIT</i>	60 000,00 €	
<i>Frais de structure autres (calcul = frais de personnel :((219 693€ + 200 000€) * 30% - 60 000€))</i>	65 908,00 €	
TOTAL RECETTES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL	125 908,00 €	
SOUS TOTAL RECETTES DIRECTES 2010	345 601,00 €	
Forfait variable du personnel	200 000,00 €	
Forfait variable sur les Kms parcourus	154 800,00 €	
TOTAL DOTATION 2010	700 401,00 €	297 225€

Le budget a été élaboré conformément à l'Instruction du 23 avril 2009 relative au financement des COREVIH. Cependant, l'année 2010 n'était pas une année d'activité pleine, donc l'utilisation du financement s'est faite, au prorata temporis. L'argent non utilisé a été provisionné depuis 2009 sur un compte identifié COREVIH.

IV. OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH

Durant la troisième année de fonctionnement, le COREVIH a poursuivi la réalisation de plusieurs « outils » :

1) OUTILS DÉVELOPPÉS DANS LE DOMAINE DU FONCTIONNEMENT ET MISSION DE COORDINATION DU COREVIH :

- Création de fiches de postes de TEC et de secrétaire
- Elaboration d'un parcours d'intégration « TEC »
- Veille Juridique sur l'actualité législative et réglementaire relative aux PVVIH

2) OUTILS DÉVELOPPÉS DANS LE DOMAINE DE LA COMMUNICATION :

- Création d'un onglet spécifique « dépistage et prise en charge du VIH » sur le site Internet du COREVIH : www.corevih-pdl.fr ou www.corevih-pdl.fr/depistage
- listings informatisés / fichiers regroupant l'ensemble des acteurs concernés et représentés par les membres → 600 correspondants
- listes de diffusion

3) OUTILS SPÉCIFIQUES D'UN DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE :

- **Education thérapeutique :**
 - Enquête / Etat des lieux des activités d'éducation thérapeutique VIH dans les Pays de la Loire
- **AES (Hors accident du travail):**
 - Enquête / Etat des lieux sur la prise en charge des AES dans les services d'urgences de la région des Pays de la Loire
 - Soirée-débat « la prise en charge des AES dans les services d'urgences »

➤ **AES (Hors accident du travail):**

- Modèles de documents (prescription type en cas d'AES, aide au recueil anonyme du statut du patient source, procédure à suivre en cas d'AES pour les professionnels victimes)

➤ **Dépistage :**

- Site Internet « dépistage et prise en charge du VIH »
- Affiche d'incitation au dépistage et courrier d'accompagnement

V. CONVENTIONS SIGNEES ENTRE ETABLISSEMENTS POUR L'ORGANISATION ET LES MOYENS

Conventions signées Année 2010	
Objet	Contrat de Partenariat Utilisateur NADIS®
Signataire	CHU de Nantes – Fédialis Médica – Viiv Healthcare
Objet	Contrat de partenariat Centre Coordinateur NADIS®
Signataire	CHU de Nantes – Fédialis Médica – Viiv Healthcare
Objet	Contrat d'hébergement de données gérées par le progiciel E-Nadis®
Signataire	CHU de Nantes – CHU d'Angers
Objet	Contrat de Partenariat Utilisateur NADIS®
Signataire	CHU d'Angers - Fédialis Médica – Viiv Healthcare
Objet	Charte d'organisation et d'exploitation des données issues du dossier médical informatisé NADIS® pour le COREVIH des Pays de la Loire
Signataire	Service de maladies infectieuses et tropicales du CHU d'Angers – COREVIH des Pays de la Loire
Objet	Convention relative aux modalités de reversement des crédits versés par l'ARS des Pays de la Loire au titre du COREVIH au CHU de Nantes pour le compte du CHU d'Angers pour 1 ETP de TEC
Signataire	CHU de Nantes- CHU d'Angers
Objet	Convention relative aux modalités de gestion des TECs évoluant au sein du COREVIH des Pays de la Loire
Signataire	CHU de Nantes- CHU d'Angers

VI. INDICATEUR DE FONCTIONNEMENT

		Réunions (nombre)	Participants (Nombre)	Ordre du jour	Compte rendu de réunion
	Séances plénières - réunion du 18 mars 2010 - réunion du 17 juin 2010 - réunion du 16 décembre 2010	3	35 34 45	Oui	Oui
	Bureau - réunion du 11 février 2010 - réunion du 20 mai 2010 - réunion du 2 septembre 2010 - réunion du 18 novembre 2010	4	10 12 11 14	Oui	Oui
Commission	- Thème : Education thérapeutique - animateurs : Sophie CAMUT – Pierre Emmanuel NICOLAU - réunion du 29 janvier 2010 - réunion du 26 février 2010 - réunion du 31 mars 2010 - réunion du 12 mai 2010 - réunion du 28 juin 2010 - réunion du 6 septembre 2010 - réunion du 26 novembre 2010	7	9 8 11 12 18 16 14	Oui	Oui
Commission	- Thème : AES - animateur : Dr. Christophe MICHAU - réunion du 28 janvier 2010 - réunion du 9 février 2010 - réunion du 25 mars 2010 - réunion du 27 avril 2010 - réunion du 29 avril 2010 - réunion du 27 mai 2010 - réunion du 17 juin 2010 - réunion du 7 octobre 2010	8	8 4 9 4 7 8 7 11	Oui	Oui
Commission	Thème : Bilan d'activité des structures animateur : Sophie CAMUT	0			
Commission	Thème : Communication animateur : Pierre Emmanuel NICOLAU - réunion du 28 octobre 2010 - réunion du 9 décembre 2010	2	4 5	Oui	Oui

		Réunions (nombre)	Participants (Nombre)	Ordre du jour	Compte rendu de réunion
Commission	Thème : E-Nadis® Animateur : Eric BILLAUD <ul style="list-style-type: none"> - réunion du 26 mai 2010 - réunion 8 octobre 2010 - réunion du 11 octobre 2011 - réunion du 9 novembre 2010 	4	6 9 5 9	Oui	Oui
Commission	Thème : Dépistage Animateur : Dr. Bénédicte BONNET <ul style="list-style-type: none"> - réunion du 11 février 2010 - réunion du 20 mai 2010 - réunion du 2 septembre 2010 - réunion du 18 novembre 2010 	4	10 11 9 7	Oui	Oui
Commission	Thème : Qualité de vie Animateur : Gaël GOURMELEN <ul style="list-style-type: none"> - réunion du 22 novembre 2010 	1	13	Oui	Oui
Groupe de travail	Thème : Inter-réseaux VIH, Hépatites, Genre et Sexualité Animateur : Audrey BLATIER <ul style="list-style-type: none"> - réunion du 22 avril 2010 - réunion du 1^{er} septembre 2010 - réunion du 6 octobre 2010 - réunion du 22 novembre 2010 - réunion du 13 décembre 2010 	5	4 12 7 5 9	Oui	OUI

Autres réunions régionales ou nationales (Président, coordinatrice, TECs et certains membres du COREVIH) :

- Les gemmes de l'actualité VIH 2009 (Nantes) 07/01/2010
- Forum COREVIH en Actions (Tours) 04/02/2010
- Forum COREVIH en Actions (Nantes) 11/02/2010
- Journée de formation des MECs de l'ANRS (Bordeaux) 10/03/2010 –12/03/2010
- 2^{ème} rencontre nationale des ARCs et des TECs (Paris) 30/04/2010 – 01/05/2010
- Journée Nationale des coordinateurs des COREVIH (Paris) 06/05/2010
- Réunion COREVIH - ARS des Pays de la Loire (Nantes) 31/05/2010
- Forum National COREVIH en Actions (Paris) 29/06/2010
- Congrès régional FHF (Nantes) « Ville/Hôpital, complémentarité en action » 09/09/2010 et 10/09/2010
- Séminaire National Sida Info Service (Nantes) 24/09/2010
- Colloque « rapport YENI 2010 » (Nantes) 30/09/2010
- Meeting investigateurs « GSK Biologicals TH-HIV 008 and 009” (Berlin) 13/10/2010 – 15/10/2010
- Journée de sciences humaines et sociales appliquées à la santé « vivre avec une maladie chronique » (Nantes) 15/10/2010
- Réunion d'information médicale « prévention VIH, IST, dépistage, PEP, AES » (Nantes) 18/10/2010
- Meeting investigateurs GSK 572 ING (Frankfort) 19/10/2010 – 20/10/2010
- Colloque “VIH et secret médical” (Paris) 21/10/2010
- Journée Nationale des COREVIH (Bordeaux) 02/11/2010
- Congrès de la SFLS 03/11/2010 et 04/11/2010
- Séance plénière COREVIH Poitou-Charente/Centre (Poitiers) 17/11/2010
- Forum Nadis® (Paris) 19/11/2010
- Les rendez-vous de l'éducation thérapeutique (Paris) 23/11/2010
- Réunion d'information médicale « Dépistage élargi et traitement précoce de l'infection par le VIH » (Nantes) 16/12/2010

VII. MISSION DE COORDINATION DES ACTEURS, D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE ET D'HARMONISATION DES PRATIQUES

En 2010, les groupes de travail avaient pour objectif général de passer de la phase d'installation à la phase d'amélioration de la prise en charge globale des personnes.

Une ou plusieurs actions particulièrement réussies de coordination des acteurs sont détaillées à titre d'exemple dans la rubrique « ZOOM SUR... »

Tous ces groupes multidisciplinaires comprennent des hospitaliers, des non hospitaliers et des associatifs.

Les comptes rendus des commissions et groupes de travail sont disponibles en accès libre sur le site Internet du COREVIH des Pays de la Loire (www.corevih-pdl.fr)

Domaine de coordination	Nature	Acteurs
Education thérapeutique et qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réflexion sur la création d'une plaquette d'information sur l'éducation thérapeutique ➤ Etat des lieux des activités d'éducation thérapeutique VIH dans les Pays de la Loire ➤ Réflexion et rédaction d'un pré-projet de dispositif régional d'éducation thérapeutique du patient VIH (état des lieux des programmes déposés à l'ARS, mobilisation des acteurs locaux, soutien de l'ARS, mis en place d'une équipe pilote restreinte...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Actif Santé - AIDES 44-49-72-53 - Infectiologie CHU Nantes - REVIH 49 - CIDAG Le Mans - REVIH Saint Nazaire - AIDES 72 / 53 - SOS Hépatites - Infectiologie CHU Angers - Association Aurore - Pharmacie CHU Nantes - Médecine interne CHD La Roche sur Yon

Domaine de coordination	Nature	Acteurs
AES	<p>AES hors accident professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation d'une enquête / Etat des lieux sur la prise en charge des AES dans les services d'urgences de la région des Pays de la Loire ➤ Organisation d'une soirée-débat « la prise en charge des AES dans les services d'urgences » ➤ Début d'harmonisation des procédures de prise en charge des AES dans les services d'urgences ➤ Début de réflexion sur la l'organisation d'une seconde soirée-débat sur la « la prise en charge des victimes d'agression sexuelle » <p>AES accident professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration de modèles de documents (prescription type en cas d'AES, aide au recueil anonyme du statut du patient source, procédure à suivre en cas d'AES pour les professionnels victimes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine interne CH Saint-Nazaire/CDAG - Médecine du travail CH Saint-Nazaire - Médecine du travail CHU Nantes - Pôle Mère Enfant CHU Nantes - MPU CHU de Nantes - SAU CH Chateaubriand - Médecine interne CHD la Roche sur Yon - SAU CHU Angers - CH Cholet - UPATOU CH Haut Anjou - Nouvelles cliniques nantaises/ PCA / Brétéché /Catherine de sienne - Hôpital de la presqu'île guérandaise - GIST St Nazaire - GIST la Baule - SSTRN Nantes - AIDES 44 - MFPF 44 - MFPF 42 - Sida Info Service - Commissariat de Nantes

Domaine de coordination	Nature	Acteurs
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création d'un onglet spécifique « dépistage et prise en charge du VIH » sur le site Internet du COREVIH : www.corevih-pdl.fr ou www.corevih-pdl.fr/depistage ➤ Actualisation des listings informatisés / fichiers regroupant l'ensemble des acteurs concernés et représentés par les membres → 600 correspondants ➤ Mis à jour des listes de diffusion 	<ul style="list-style-type: none"> - Association Aurore – l'Entrac't - CHU de Nantes - CHD La Roche sur Yon
E-Nadis®	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place d'un réseau Nadis® régional au sein du Corevih avec des référents pour chaque établissement ➤ Signature des Conventions Nadis® par le CHU de Nantes et le CHU d'Angers ➤ Déploiement E-Nadis® au sein du service de maladies infectieuses et tropicales du CHU d'Angers 	<ul style="list-style-type: none"> - Infectiologie CHU de Nantes - Direction Générale CHU de Nantes - Direction des systèmes d'information CHU de Nantes - Infectiologie CHU d'Angers - Direction CHU d'Angers - Direction des systèmes d'information CHU d'Angers - Viiv Healthcare - Fédialis médica
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envoi de 3450 courriers aux médecins généralistes de la région Pays de la Loire pour annoncer la création du site Internet « dépistage et prise en charge du VIH » ➤ Réalisation d'une affiche d'incitation au dépistage ➤ Envoi de l'affiche et d'un courrier d'accompagnement rappelant les dernières recommandations concernant le dépistage VIH à 5000 destinataires dans la région des Pays de la Loire (médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Sida Info Service - CH Cholet - Le Logis de l'Amitié - AIDES 85 - ALIA - Médecine interne CH Le Mans

Domaine de coordination	Nature	Acteurs
	<p>généralistes, médecins du travail, Gynécologues, gastro-entérologues, dermatologues, services d'urgences, services de maladies infectieuses, de médecine interne, de PMI, de pneumologie, Laboratoires de biologie médicale, centre de planifications, associations...</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Début de réflexion sur le dépistage auprès de publics ciblés / dépistage hors les murs ➤ Début de réflexion sur l'organisation d'un dépistage systématique dans les Services d'urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine interne La Roche sur Lyon - Infectiologie CHU de Nantes - Centre fédérative prévention dépistage CHU de Nantes - CH St Mazarin MFPF 44 ET 72
<p>Qualité de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réflexion et début de l'état des lieux autour des thèmes suivants : <i>L'accès aux droits</i> : l'AME, l'information des personnes, le plaidoyer, les assurances <i>Le logement</i> : le retour à domicile après une hospitalisation, le maintien à domicile, l'aide à domicile <i>La prise en charge</i> : élargir le champ de la prise en charge, dépasser les aspects médicaux <i>Le travailler ensemble</i> : que la commission devienne une "équipe" – relancer les échanges de pratiques par spécialité La co-infection 	<ul style="list-style-type: none"> - Infectiologie CHU de Nantes - AIDES 85 – 44 - PAAD 44 - Association Aurore - Actif Santé - Amitié santé - REVIH-HEP Nantes

VIII. ZOOM SUR ...

1) GROUPE DE TRAVAIL INTER-RÉSEAUX :

Afin de répondre à la demande de ré-organisation des réseaux, exprimée par Mme Marie-Sophie DESAULLE, un groupe de travail spécifique a été mis en place réunissant tous les réseaux « Ville -Hôpital » de la région.

Mme Marie Sophie DESAULLE a demandé au COREVIH des Pays de la Loire de lui présenter un diagnostic sur le fonctionnement et le financement des réseaux « ville – hôpital » actuellement en place sur la région et d'établir des propositions de ré-organisation de ces réseaux dans une logique de rationalisation et de mutualisation.

➤ Composition du groupe de travail :

PRENOM / NOM	REPRESENTANT DE :
Dr. Eric BILLAUD	COREVIH - Président
Marjolaine BLANDIN	COREVIH - secrétaire
Audrey BLATIER	COREVIH - coordinatrice
Sophie CAMUT	REVIH 49 - coordinatrice
Eloise COUVRAND	REVIH St Nazaire – Assistante sociale
Christophe MICHAU	REVIH St Nazaire - Médecin
Nathalie RAIMBAULT	REVIH-HEP Nantes - secrétaire
Dr. Véronique RELIQUET	REVIH-HEP Nantes - Présidente
Bénédicte VAILHEN	REVIH-HEP Nantes - coordinatrice
Sébastien VALLEE	RGS 72 - coordinateur

➤ Etat des lieux :

- Historique des réseaux
- activités
- fonctionnement
- moyens financiers
- moyens humains
- File active
- Partenaires locaux

→ Lors des différents échanges, chacune des structures a montré ses spécificités adaptées à son territoire d'intervention. Ce territoire, parfois différent des territoires départementaux, répond à un besoin de proximité. En effet un réseau coordonnant des structures doit pouvoir être présent pour répondre de la manière la plus adaptée au besoin de son territoire. Deux départements ne sont pas couverts par la prise en charge des réseaux existants : la Vendée et la Mayenne

Propositions faites à l'ARS par le groupe de travail :

→ Proposition d'une coordination régionale des réseaux avec une compétence élargie sur le champ de la santé sexuelle tout en gardant l'autonomie des structures existantes.(proposition en 2 temps sur la période 2011-2014)

→ Les membres du groupe de travail inter-réseaux ont acté la définition suivante :
Les réseaux de santé sexuelle, ont pour objet, sur un territoire donné, de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge sociale que des soins.
(définition inspirée de la loi du 4 mars 2002 et de la coordination nationale des réseaux)

Compte rendu de l'entretien avec l'ARS en date du 7 février 2011

La proposition d'une coordination régionale des réseaux avec une compétence élargie sur le champ de la santé sexuelle tout en gardant l'autonomie des structures existantes ne semble pas suffisante. Dans une logique de rationalisation, de mutualisation et d'efficience, Mme DESAULLE demande la mise en place d'un seul réseau régional sur le champ de la santé sexuelle dont le VIH serait une des composantes.

→ 3 missions principales devront être développées par ce réseau :

- Ce réseau devra être un véritable appui, soutien et accompagnement des acteurs de 1er recours (médecine ambulatoire)
- Ce réseau devra s'assurer de la qualité de l'offre spécialisée (2ème recours)
- Ce réseau devra être en mesure de dynamiser les professionnels et/ou bénévoles des institutions et associations éducatives, sanitaires et sociales intervenant auprès des populations en marge du système de santé et accédant difficilement au 1er recours.

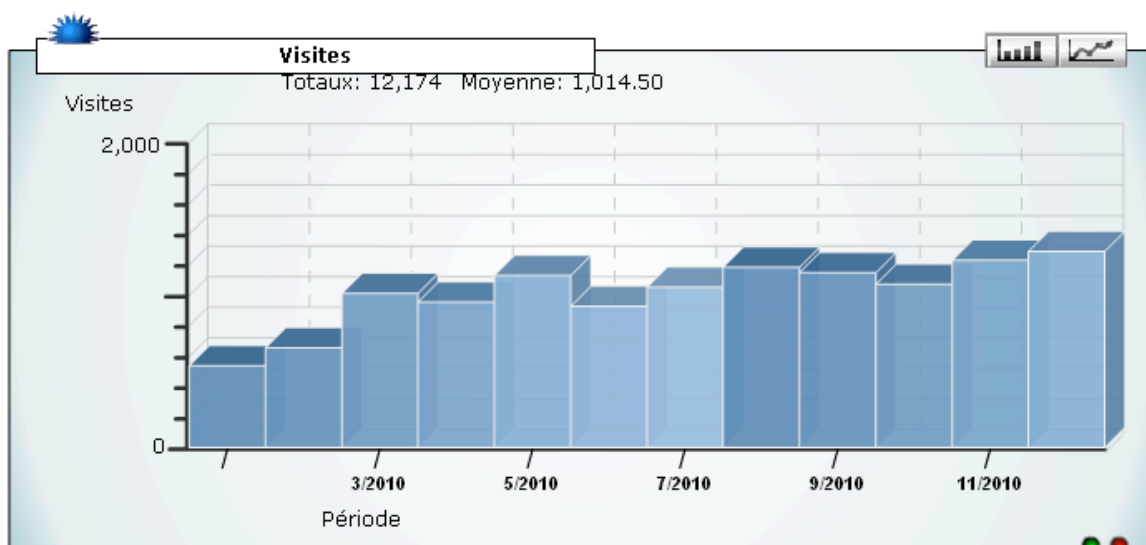
Elle affirme sa volonté de conserver des ancrages de proximité mais organisés au sein d'un seul réseau régional.

Cette ré-organisation devra avoir lieu au terme du délai d'évaluation des réseaux existants (environ 2 ans) en s'attachant à couvrir les départements de la Mayenne et la Vendée. Mme DESAULLE s'engage à ce que cette ré-organisation se fasse à "moyens constants".

Le COREVIH pourra au départ impulser la dynamique de travail puis à moyen terme, être identifié comme un partenaire à vision régionale sur la thématique du VIH uniquement.

2) SITE INTERNET DU COREVIH :

En 2010, la fréquentation du site Internet du COREVIH Pays de la Loire (www.corevih-pdl.fr) a augmenté de façon constante jusqu'à atteindre une moyenne de plus de 1000 visites mensuelles.



Les pages du site les plus consultées sont :

- Les textes et informations
- Les comptes rendus de réunions
- Les commissions
- L'agenda
- L'épidémiologie

3) CAMPAGNE DE COMMUNICATION RÉGIONALE D'INCITATION AU DÉPISTAGE :

→ Réalisation d'un onglet spécifique « dépistage » sur le site Internet du COREVIH (réalisé dans le cadre de la thèse du Dr. Sophie PRIEUR « Promouvoir le dépistage du VIH dans les Pays de la Loire par la création d'un site Internet à l'usage des médecins généralistes »)



Malgré la campagne de communication et l'envoi d'un courrier aux médecins généralistes de la région annonçant l'ouverture de ce site, la fréquentation de l'onglet « dépistage », réservé au médecins généralistes par un mot de passe, a été très faible.

Il a été par la suite décidé de supprimer le mot de passe d'accès pour ouvrir la consultation au grand public le 20 décembre 2010.

La fréquentation mensuelle reste faible à une quarantaine de visiteurs.

→ Réalisation d'une affiche d'incitation au dépistage :

Modalités des impressions:

- Affiche 60x40 = 5000 impressions
- Flyers = 50 par envoi soit environ 35 000 impressions
- Affiche en PVC souple avec 4 œillets 80x120 = 50 exemplaires
- Courrier accompagnant l'affiche à destination des professionnels de santé = 5000 exemplaires

Coût de la prestation :

- Création et réalisation d'une affiche par la graphiste Siobhan GATELY
= 849,99 €
- Prestation de travaux d'impressions des affiches et flyers, affiches PVC pour stand, mise sous plis et routage = 12 058,51 € (appel d'offre)

Envois postaux : - 3250 médecins généralistes , 311 médecins du travail , 200 médecins de PMI, 11 CDAG-CIDIST, 176 laboratoires privés, 222 Gynécologues, Services de médecine interne, de gastro, de dermato, de pneumo, de neuro, d'urologie, CSAPA, CAARUD, ACT

TOTAL = 4 400 envois

Distribution : Associations / Tous demandeurs



IX. PROGRAMME DE TRAVAIL DE L'ANNEE 2011

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultat)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus	Références législatives / réglementaires / plans nationaux / recommandations d'expert
Mobiliser les acteurs autour des réunions plénières et des commissions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue des commissions de manière régulière (tous les 2 mois en moyenne) - Organiser 3 séances plénières 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation des membres et partenaires - Mise à disposition de salles de réunions sur les différents sites de la région 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobiliser la médecine de ville ➤ Organiser des réunions sur toute la région ➤ Participation de l'ARS 	
Recruter les TECs sur les différents centres hospitaliers	Signature des conventions de mise à disposition et de transfert financier entre le CHU de Nantes et les autres centres hospitaliers (2 ^{ème} semestre)	2.5 ETP de TEC soit 125 000 Euros	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer la collecte des données sur tout le territoire et participer aux différents protocoles dans leur gestion administrative 	
Développer la communication du COREVIH	Faire connaître le COREVIH au niveau local (aux structures et au public cible)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux réunions, colloques... - Création d'une lettre d'information trimestrielle ou 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impliquer les membres de tous les collègues ➤ Renforcer l'information sur l'activité du COREVIH et l'harmonisation des prises en charge 	

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultat)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus	Références législatives / réglementaires / plans nationaux / recommandations d'expert
		semestrielle - Mis à jour de la plaquette		
Déploiement E-Nadis® en réseau	2 ^{ème} semestre 2011	- Paramétrage et installation en partenariat DSI des CH- data manager du COREVIH - Formation aux utilisateurs en partenariat TEC + data manager du COREVIH	➤ Améliorer le recueil épidémiologique et uniformiser le dossier patient	

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultat)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus	Références législatives / réglementaires / plans nationaux / recommandations d'expert
<p>Education thérapeutique et qualité de vie -Augmenter le nombre de personnes formées à l'éducation thérapeutique au plan régional - Déposer à l'ARS un programme régional d'ETP</p>	<p>2ème semestre 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe de travail restreinte chargé de mobiliser les ressources locales sur le projet régional - Co-Financement COREVIH - ARS 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permettre aux adultes et enfants infectés par le VIH d'accéder à un programme d'éducation thérapeutique de qualité, centré sur la personne et dispensé par une équipe pluridisciplinaire formée, sur l'ensemble du territoire des Pays de la Loire. ➤ Structurer un dispositif innovant d'accès à l'éducation thérapeutique pour l'ensemble des personnes infectées par le VIH vivant en Pays de la Loire. ➤ Coordonner une équipe éducative régionale, multidisciplinaire et multi-professionnelle, formée à l'éducation thérapeutique du patient ➤ Favoriser la mobilité des équipes professionnelles pour intervenir en soutien à l'existant sur les 5 territoires. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Loi HPST du 21 juillet 2009 ➤ Décrets et arrêtés du 2 août 2010

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultat)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus	Références législatives / réglementaires / plans nationaux / recommandations d'expert
AES : <ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser la prise en charge des AES 	1 ^{er} semestre 2011	Diffusion de documents types harmonisés (prescription, procédures à suivre, livret d'information patient...) validés par le GERES et le collège de Médecine d'urgence des Pays de la Loire.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer les connaissances sur les recommandations, améliorer la traçabilité de l'information et l'organisation du suivi 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rapport YENI de juillet 2010
Dépistage : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuite de la campagne de communication (Diffusion d'un message par le biais des CPAM et mutuelle) ➤ Poursuite de la réflexion : dépistage systématique dans les SAU ? ➤ Renforcer le 	Tout au long de l'année		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amélioration de la proposition de tests par les professionnels ➤ Augmentation du nombre de dépistages précoces ➤ Cartographie de l'offre de dépistage sur la région 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recommandations HAS d'octobre 2009 ➤ Recommandations LERT / PIALLOUX de décembre 2009 ➤ Rapport YENI de juillet 2010 ➤ Rapport IGAS d'août 2010 ➤ Plan National

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultat)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus	Références législatives / réglementaires / plans nationaux / recommandations d'expert
dépistage « hors les murs » ➤ Coordination régionale sur l'utilisation des TROD				VIH/Sida et IST 2010-2014
Qualité de vie ➤ Déclinaison régionale du livre « ma vie continue » ➤ Mise en place de rencontres régionales de professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes séropositives, autour de l'échange de pratiques et par spécialité	1 ^{er} semestre 2011		➤ Mise en cohérence des recommandations (Yéni,...) avec les priorités de la personne au moment ou après la découverte/l'annonce de sa séropositivité.	➤ Rapport YENI de juillet 2010 ➤ Plan National VIH/Sida et IST 2010-2014
Prison : Renforcer la formation des professionnels pénitentiaires et des détenus sur la réduction	2 ^{ème} semestre 2011		➤ Amélioration des connaissances VIH/IST/sexualité ➤ Augmentation du nombre de dépistage	➤ Plan d'actions stratégiques 2010-2014

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultat)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus	Références législatives / réglementaires / plans nationaux / recommandations d'expert
des risques et la représentation de la sexualité Harmoniser les procédures de prise en charge des AES en prison Renforcer et harmoniser les pratiques de dépistage VIH en prison			➤ Améliorer les connaissances sur les recommandations, améliorer la traçabilité de l'information et l'organisation du suivi	➤ Rapport YENI de juillet 2010

X. DISCUSSION ET CONCLUSION

Les différents indicateurs en notre possession confirment la tendance vers la persistance d'une transmission du virus notamment dans certaines populations à risque. Le recours tardif au système de soin pour cette pathologie est un élément devant nous inciter à poursuivre nos efforts en faveur du dépistage. Avec un taux de 51 dépistages pour 1000 habitants, les Pays de la Loire se situent au dernier rang des sérologies effectuées en 2009, alors que notre région se situe au 17^{ème} rang des régions (sur 28) avec un taux de 76 positivités par million d'habitants. 29.85% des patients dépistés en 2010 ont moins de 200 T4 ou un Sida au moment du dépistage (dépistage tardif). Ces éléments sont essentiels à prendre en compte dans nos futures décisions. La différenciation de l'infection VIH et son insertion dans le concept plus global de santé sexuelle sont peut-être des pistes pour une approche intégrée du dépistage des ISTs dans leur ensemble et la promotion de la santé dans le domaine de la sexualité.

La réflexion engagée sur les réseaux VIH, leur évolution vers un réseau de Santé Sexuelle et sa déclinaison locale devrait permettre de coordonner les énergies et favoriser la cohérence d'un dispositif qui a vocation à s'adresser à l'ensemble de la population, précaire ou pas, rurale ou urbaine en incluant des départements qui n'ont pas de réseau actuellement comme la Mayenne et la Vendée. Concernant le soin et la qualité de vie, l'organisation sur la région d'une proposition d'éducation thérapeutique incluant la promotion de la santé sexuelle devrait permettre de promouvoir cette dimension auprès de la plupart des personnes vivant avec le VIH.

Parallèlement à ces chantiers déjà engagés, de nouveaux défis sont à relever. Le déploiement du logiciel de recueil épidémiologique doit se poursuivre afin d'approcher au plus près la répartition des patients dans notre région et d'initier une évaluation des pratiques professionnelles dans une perspective de formation et d'amélioration de la prise en charge, travail déjà initié dans le domaine des accidents d'exposition sexuels ou professionnels aux liquides biologiques. Ce recueil sera aidé par la mise à disposition dans les centres de techniciens d'études cliniques chargés de s'assurer de la qualité du recueil mais aussi de favoriser la recherche au sein de ces structures.

L'organisation des soins est l'objet de nombreuses adaptations en France mais aussi dans la communauté européenne, du fait de l'évolution de la médecine moderne, de sa capacité à résoudre les problèmes de santé de plus en plus en ambulatoire, mais aussi du fait des contraintes économiques mondiales. L'infection par le VIH n'échappe pas à cette réflexion, dans le contexte de traitement de plus en plus efficaces et de mieux en mieux tolérés. Nous devons à notre niveau régional réfléchir au rapprochement de l'infection par le VIH du domaine des maladies chroniques et lui trouver sa place dans l'organisation ambulatoire de la prise en charge. Le protocole personnalisé de soins, la délégation de tâche, les maisons pluridisciplinaires de santé sont autant d'opportunités d'offrir aux patients un suivi de qualité dans un cadre moins contraignant. Ces pistes seront certainement à explorer.

Le renouvellement des membres du COREVIH pour 2012 sera l'occasion de donner un nouveau souffle à cette structure récente qui semble avoir fait la preuve de son intérêt au cours de ce premier mandat.

XI. PARTICIPATION A LA REDACTION DU RAPPORT D'ACTIVITE 2010 DU COREVIH DES PAYS DE LA LOIRE

Conception, coordination et rédaction :

- Les membres du Bureau du COREVIH
- Audrey BLATIER, coordinatrice administrative
- Thomas JOVELIN, data-manager du COREVIH

Mise en forme :

- Marjolaine BLANDIN, secrétaire du COREVIH
- Audrey BLATIER, coordinatrice administrative
- Thomas JOVELIN, data-manager du COREVIH

Rapport épidémiologique :

- Thomas JOVELIN, data-manager du COREVIH
- Dr. Eric BILLAUD, Président du COREVIH
- Les chefs de service prenant en charge les PVVIH des centres hospitaliers de la région des Pays de la Loire
- Les Techniciens d'étude clinique des centres hospitaliers de la région des Pays de la Loire

Remerciements :

A tous les membres du Bureau,

A tous les membres du Comité plénier,

A tous les membres des commissions thématiques

A tous les partenaires

ANNEXES

ANNEXE 1: Rapport médico-épidémiologique Pays de la Loire

ANNEXE 2: Rapport médico-épidémiologique Adultes CHU de Nantes

ANNEXE 3: Rapport médico-épidémiologique Pédiatrie CHU de Nantes

ANNEXE 4: Le COREVIH dans le plan national VIH/SIDA et IST 2010-2014

	CHU ANGERS	CH ST NAZAIRE	CH LRSY	CH CHOLET	CH LE MANS	CH LAVAL	CHU NANTES	TOTAUX 2010*
FA	585	230	369	11	402	120	1455	3172
Nvx SIDA		3	7	0			22	32
DECES	4	3	8	0			8	23
NVX SERO+	32	15	27	2	15		67	158
NVX PTS	62	24	43	4	33	5	137	308
SEXE:								
H	388	150		3	248		1009	1798
F	197	80		8	154		480	919
AGE MOYEN		35						
18-30	56						116	172
31-45	232						651	883
46-60	244						555	799
61+	53						133	186
FDR SEXUEL TOXICO		75% 25%					81% 6%	
HC		11	22	1	100		57	191
HDJ	0	11	150	0	130		304	595
CS	2661	1050	1525	14	1100		5037	11387
SYNTHESE ANNUELLE	0	11		0	0		83	94
ETP	75	0	50	0	0		70	195
RCP		20		0	0		398	418
T4 (Moyenne)	522	250		368			608	
CV Ind (%)**	75,60%	75%	94%	100%			79%	
AES		47	68	0	45		142	302

FA 2009 = 2917 soit en 2010 8.7% d'augmentation.

* Les totaux sont dépendants des données épidémiologique fournies par les différents centres.

**Dernière charge virale mesurée pour l'ensemble des patients de la file active (traités ou non).

COREVIH



Rapport médico-épidémiologique

Service de Maladie Infectieuses du CHU de Nantes et UCSA

(Ce rapport est issue du logiciel Nadis[®] et de l'outil d'exploitation Dat'Aids[®] Activité, utilisé à ce jour par le SMIT de Nantes et l'UCSA de Nantes.

Nadis[®] est en cours de diffusion dans les différents CH et CHU de la région).

Version	DatAids Activité [®] V1.5
Année	2010
Analyse	
InterCorevih	
Corevih	Pays de la Loire
Service	SMIT, UCSA
Médecin Référent	Pr François Raffi, Dr Eric Billaud
Source	Nadis [®]
Contrôle Qualité	Dat'Aids Qualité [®]
Analyse et réalisation du rapport	Thomas Jovelin, Pr François Raffi , Dr Eric Billaud
Contrôle de qualité des données	Thomas Jovelin

Table des restitutions

Définitions	5
Cohorte	6
1. Principales caractéristiques de la population suivie	6
2. Nombre de patients suivis selon le sexe	7
3. Description des patients - Age selon le sexe.....	7
4. Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe.....	8
5. Distribution par mode de contamination, selon le sexe	10
6. Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte.....	11
7. Répartition du nombre de cas de sida selon l'année diagnostic de stade C	11
8. Effectifs des pathologies classantes sida diagnostiquées dans l'année	12
9. Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques	12
10. Effectifs et parts des principales co-morbidité prévalentes dans l'année	13
11. Séroprévalence de la syphilis dans la population.....	13
12. Proportion d'infections par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte	14
File Active	15
13. Distribution de la population selon le stade CDC et par strates des derniers CD4	15
14. Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique.....	16
15. Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi	16
16. Distribution des schémas thérapeutiques initiés parmi les patients suivis ayant débuté un traitement antirétroviral dans l'année	17
17. Distribution des CD4 à l'initiation du premier traitement antirétroviral.....	17
18. Part respective des principales associations d'antirétroviraux pour l'ensemble des patients traités de la file active.....	18
19. Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement.....	18
20. Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement par strates des derniers CD4.....	19

21.	Principaux motifs d'arrêt des associations d'antirétroviraux arrêtées durant l'année	19
Patients dépistés dans l'année		20
22.	Distribution du mode de contamination présumé des patients dépistés dans l'année	20
23.	Distribution selon le sexe et l'age des patients dépistés dans l'année	20
24.	Proportion des patients dépistés dans l'année avec génotypage VIH initial (Génotypes fait par NadisViro inclus)	20
25.	Distribution des sous-types VIH pour les patients dépistés dans l'année	21
26.	Médiane des CD4 au dépistage pour les patients dépistés dans l'année	21
27.	Répartition des nouveaux patients selon le stade sida et par strates de CD4 au moment du dépistage	22
28.	Part des dépistages tardifs parmi les nouveaux dépistés	22
29.	Part des dépistages tardifs (CD4<200) parmi les nouveaux dépistés selon le sexe.....	22
30.	Distribution des infections opportunistes détectées durant l'année parmi les nouveaux dépistés	23
31.	Distribution de la dernière valeur des CD4 et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année	23
32.	Nombre des patients nouvellement dépistés décédés durant l'année	23
Nouveaux cas SIDA		24
33.	Distribution des nouveaux cas de sida selon le mode de contamination	24
34.	Distribution par âge et par sexe des nouveaux cas de sida	24
35.	Age médian des nouveaux cas de sida	24
36.	Durée de séropositivité des nouveaux cas de sida	25
37.	Taux de CD4 au diagnostic chez les nouveaux cas de sida	25
Patients décédés.....		26
38.	Distribution des co-infections VHC ou VHB des patients décédés dans l'année File Active	26
39.	Evolution annuelle du nombre de décès connus base globale	26
40.	Age des patients décédés dans l'année	26
41.	Répartition hommes-femmes des patients décédés dans l'année : sexe	26
42.	Diagnosics des décès connus survenus dans l'année	27

Grossesse	28
43. Nombre de grossesse	28
Activité.....	28
44. Nombre de recours.....	28
45. Nombre de recours par patients	28
46. Répartition des recours selon CS, HDJ, HT	28
47. Evolution du nombre de recours depuis 2003 par type de recours	29
Réunions de Concertation Pluridisciplinaire	30
48. Proportion des patients vus en RCP par rapport à la file active de l'établissement ou du Corevih	30
Education thérapeutique	30
49. Evolution du nombre de consultations d'éducation thérapeutique depuis 2007	30
Rapport Accidents d'Exposition (AES)	31

Définitions

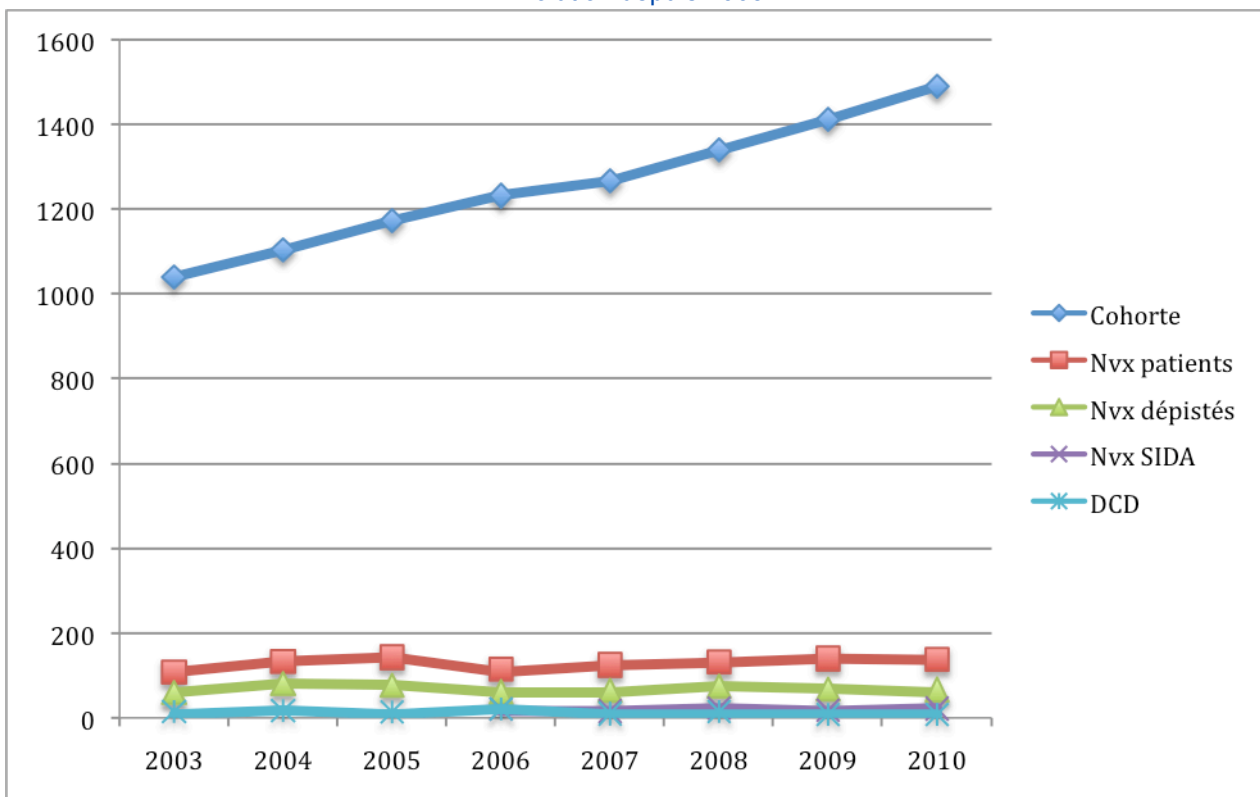
Cohorte	Constitué des patients venus au moins une fois (un recours dans Nadis) entre la date de début d'analyse et la date de fin d'analyse, pour les services sélectionnés
File Active	Constitué des patients dont la situation est Suivi, à la date de gel de base (exclusion des patients décédés, suivi ailleurs ou perdus de vue)
Stratégie thérapeutique	Les requêtes concernent les patients traités ET en cours de suivi à la date de gel de base (exclusion des patients décédés, suivi ailleurs ou perdus de vue)
Nouveaux pris en charge	Patients dont la date de premier recours dans Nadis est comprise entre la date de début d'analyse et la date de gel de base
Nouveaux dépistés	Patients dont la date de diagnostic VIH est comprise entre la date de début d'analyse et la date de gel de base
Activités	Concernent l'activité de prise en charge des patients pour l'ensemble des services sélectionnés au moment de l'extraction
Synthèse annuelle	Concerne le nombre de recours dans Nadis (pour les services sélectionnées au moment de l'extraction) dont le Motif de recours (écran Conclusion) est Synthèse annuelle (Z092)
RCP	Recense l'activité des Réunions de Concertation pluridisciplinaire lorsque un recours pour ce type de réunion est crée et que le user de l'utilisateur comprend le mot RCP
Contrôle de qualité	Echantillonnage de 5 à 10 % de file active parmi les services analysées Contrôle de qualité (variables, bornes de confiances) définies et validées par le Conseil Scientifique de New Aids Data Information System

Cohorte

1. Principales caractéristiques de la population suivie

	Effectif	%
Cohorte	1489	100.00
File Active	1455	97.72
Nvx Patients	137	9.20
Nvx Dépistés	67	4.50
Patients déjà suivis	1352	90.80
Nouveaux SIDA	22	1.48
Patients décédés	8	0.54
Sida	332	22.30

Evolution depuis 2003



2. Nombre de patients suivis selon le sexe

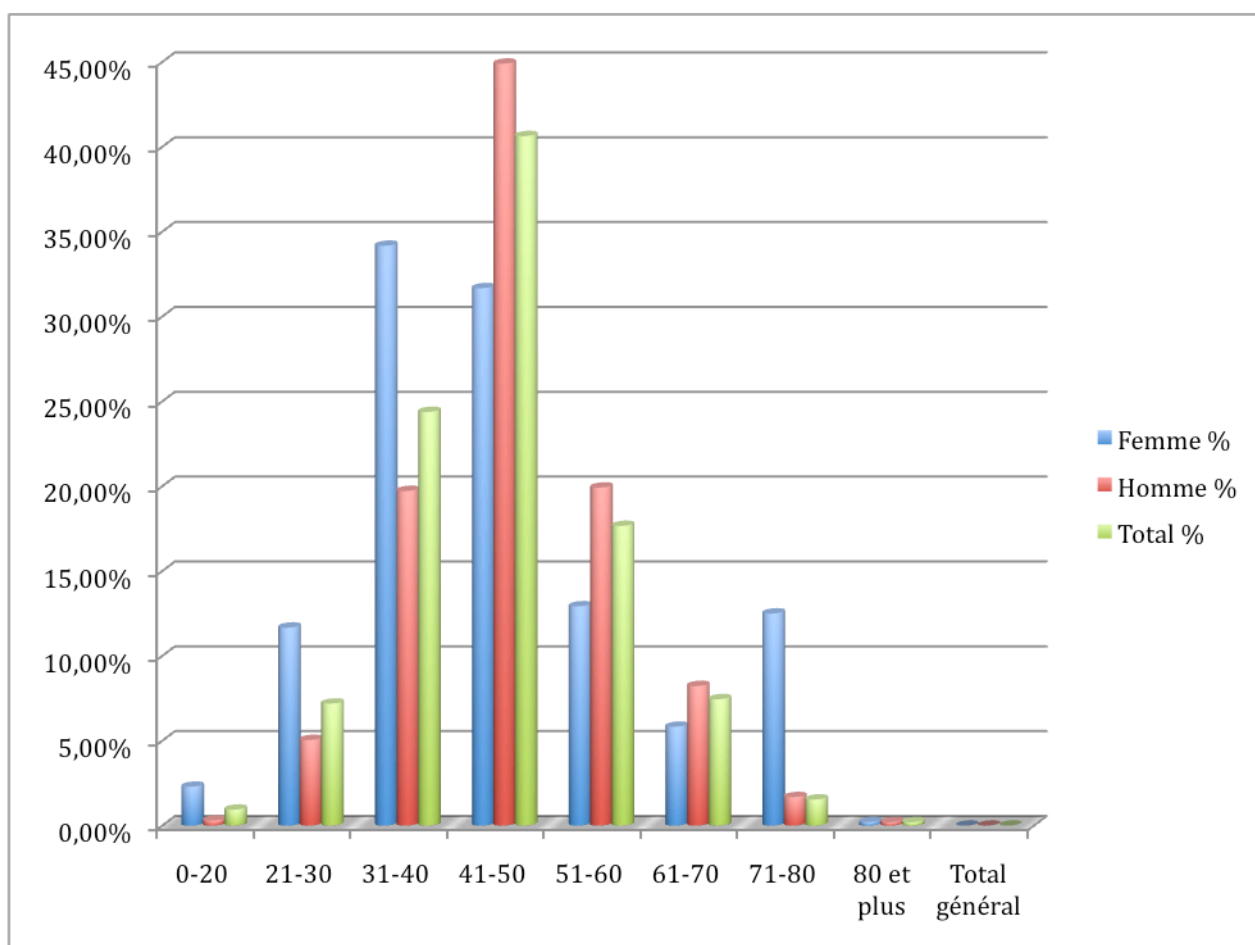
	Effectif	%
F	480	32.24
H	1009	67.76
Total général	1489	100.00

3. Description des patients - Age selon le sexe

	Effectif	Age minimum	Age médian	Age maximum
F	480	15.00	41.00	84.00
H	1009	17.00	46.00	88.00
Global	1489	15.00	45.00	88.00

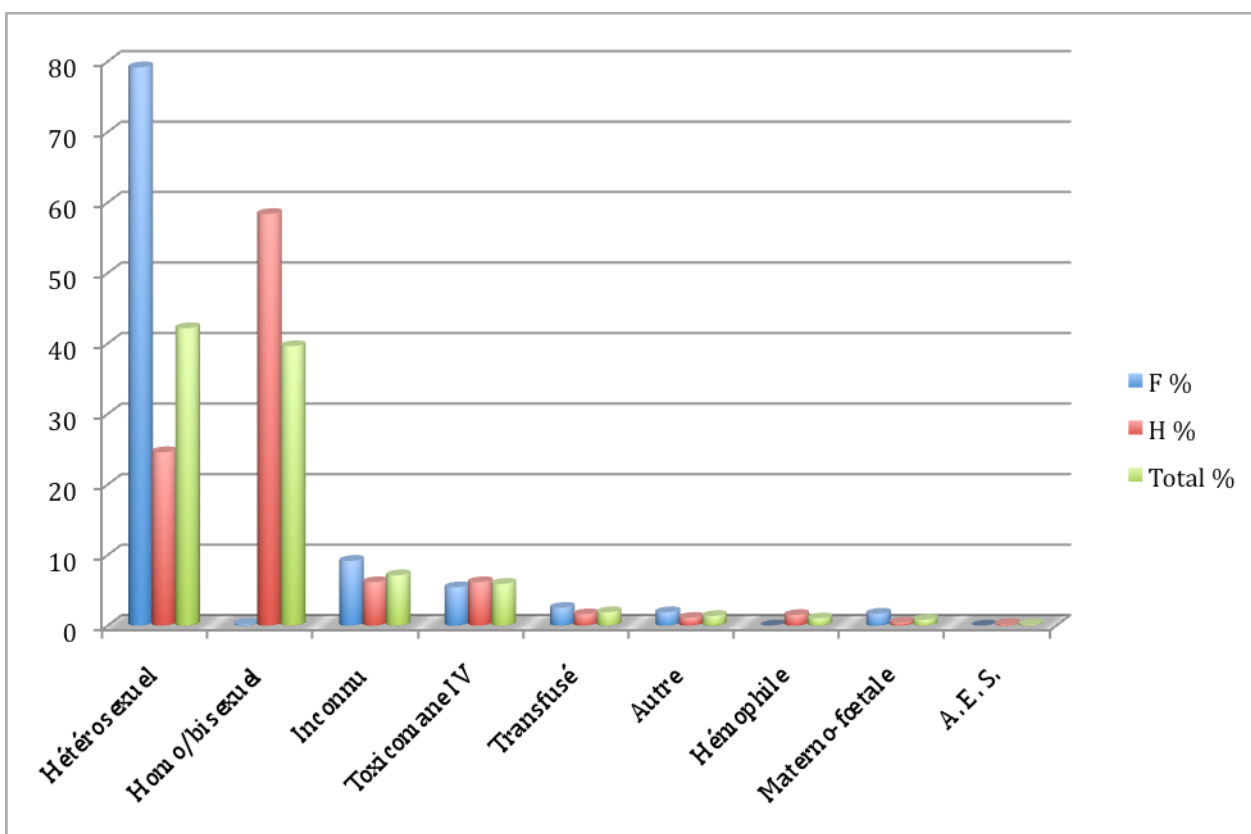
4. Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-20	11	2.29	3	0.30	14	0.94
21-30	56	11.67	51	5.05	107	7.19
31-40	164	34.17	199	19.72	363	24.38
41-50	152	31.67	453	44.90	605	40.63
51-60	62	12.92	201	19.92	263	17.66
61-70	28	5.83	83	8.23	111	7.45
71-80	6	1.25	17	1.68	23	1.54
80 et plus	1	0.21	2	0.20	3	0.20
Total général	480	100.00	1009	100.00	1489	100.00



5. Distribution par mode de contamination, selon le sexe

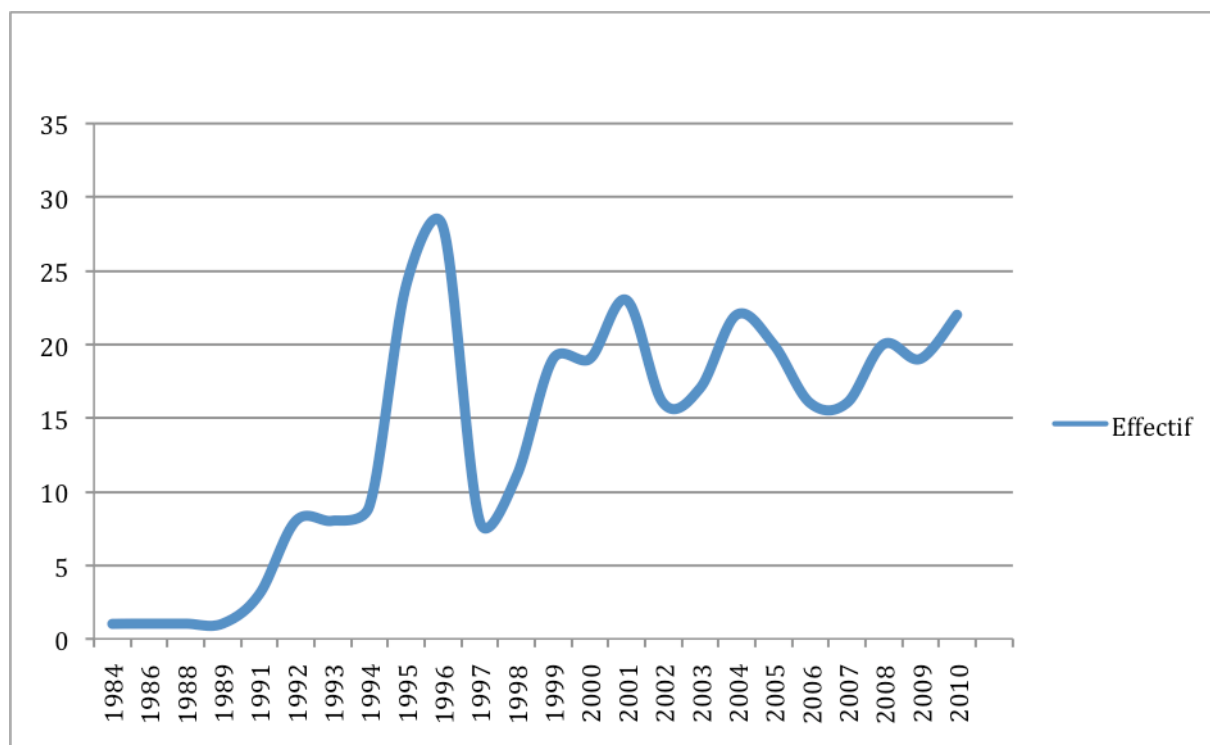
	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	380	79.17	249	24.67	629	42.24
Homo/bisexuel	1	0.21	589	58.37	590	39.62
Inconnu	44	9.17	63	6.24	107	7.18
Toxicomane IV	26	5.42	62	6.14	88	5.91
Transfusé	12	2.50	16	1.59	28	1.88
Autre	9	1.88	11	1.09	20	1.34
Hémophile	.	.	15	1.49	15	1.01
Materno-fœtale	8	1.67	4	0.40	12	0.81
Total général	480	100.00	1009	100.00	1489	100.00



6. Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

	Effectif	%	Minimum	Médiane	Maximum
F	480	32.26	0.00	9.00	26.00
H	1008	67.74	0.00	11.00	28.00
Global	1488	100.00	0.00	10.00	28.00

7. Répartition du nombre de cas de sida selon l'année diagnostic de stade C



8. Effectifs des pathologies classantes sida diagnostiquées dans l'année

	Effectif
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> : B59 B59	7
Tuberculose	4
Toxoplasmose cérébrale : G052 B582	3
LEMP : A812 A812	3
Candidose oesophagienne : K238 B378	2
Maladie par VIH à l'origine d'une encéphalopathie	1
Cryptococcose cerebro-meningee	1
Lymphomes non hodgkiniens de type SAI : C859 C859	1
Mycobactériose extra-p. (<i>avium/kansasii</i>) : A3181	1
Total général	23

9. Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques

	Effectif	%
Fumeur	573	38.48
Non Fumeur	520	34.92
Ex-Fumeur	241	16.19
NR	155	10.41
Total général	1489	100.00

10. Effectifs et parts des principales co-morbidité prévalentes dans l'année

	Effectif	%
Diabète	48	3.22
HyperTension Artérielle	122	8.19
IR (Insuffisance Rénale MDRD<60ml/min)	11	0.74
Lipide	87	5.84
Cardio	91	6.11
Accident Vasculaire Cérébral	11	0.74
Osteoporose	18	1.21
Dépression	122	8.19
Libido	3	0.20
Neoplasie	122	8.19
NR ou pas de co-morbidité	854	57.35
Total général	1489	100.00

Cette information est fortement dépendant de la qualité de remplissage des antécédents dans le dossier Nadis. En l'absence de contrôle continue de cette variable, le nombre de NR rend l'interprétation difficile.

11. Séroprévalence de la syphilis dans la population

	NR		Negatif		Positif		Douteux	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Incidence Syphilis	389	17.80	1079	40.50	18	1.68	3	8.82
Prévalence Syphilis	229	10.48	1041	39.08	188	17.54	31	91.18

Cette information est fortement dépendant de la qualité de remplissage des sérologies renseignées dans le dossier Nadis. En l'absence de contrôle continue de cette variable, le nombre de NR rend l'interprétation difficile.

12. Proportion d'infections par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte

- La ligne VIH concerne les patients dont le profil Nadis est VIH mono-infecté, possédant dans Nadis une ligne hépatite ouverte (hépatite guérie post VIH).
- La ligne VIH&HEP concerne les patients dont le profil Nadis est coinfecté VIH et Hépatite.

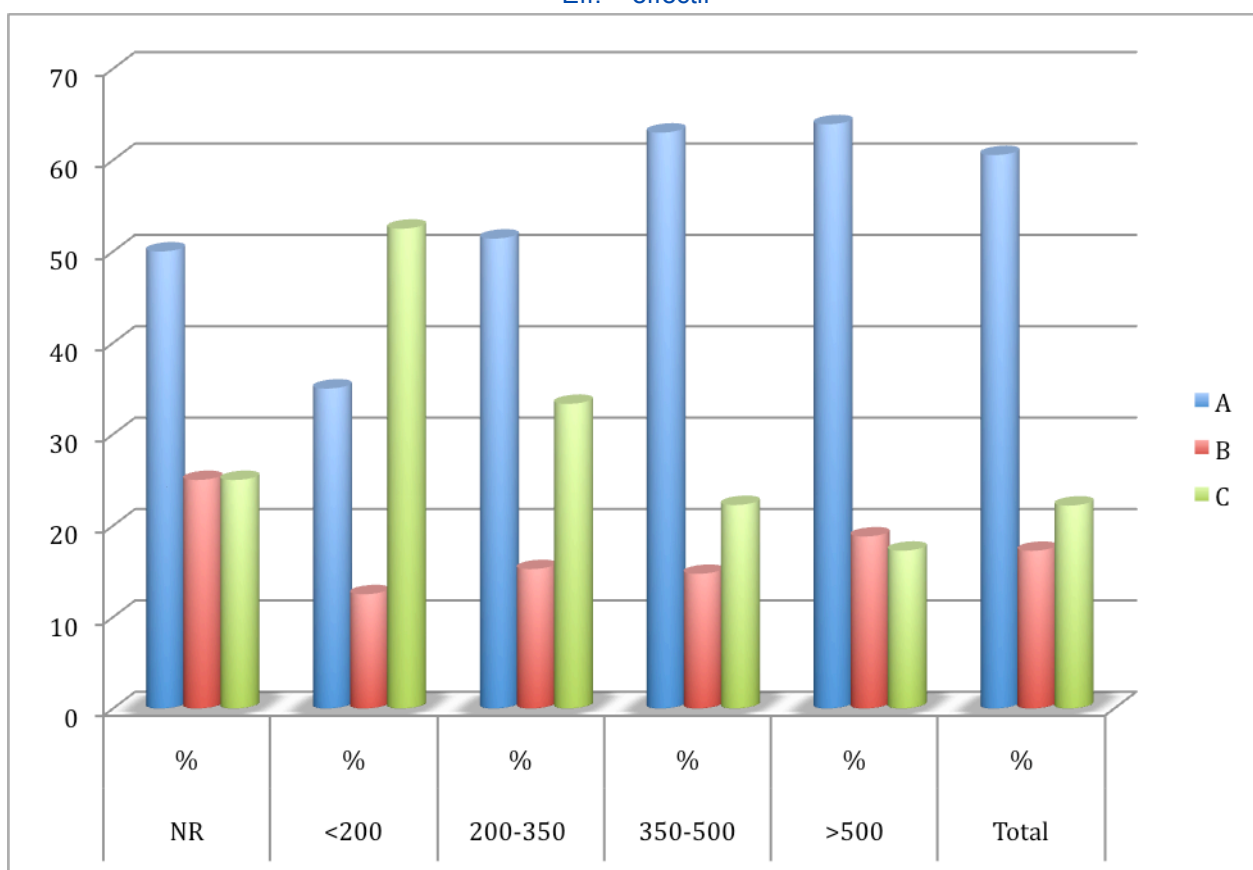
			VHB		VHC		VHC&VHB		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIH	1200	80.59	22	1.48	20	1.34	1	0.07	1243	83.48
VIH&HEP	.	.	89	5.98	150	10.07	7	0.47	246	16.52
Total général	1200	80.59	111	7.45	170	11.42	8	0.54	1489	100.00

File Active

13. Distribution de la population selon le stade CDC et par strates des derniers CD4

	NR		<200		200-350		350-500		>500		Total général	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Ef.	%
A	4	50.00	28	35.00	91	51.41	184	63.01	574	63.92	881	60.55
B	2	25.00	10	12.50	27	15.25	43	14.73	169	18.82	251	17.25
C	2	25.00	42	52.50	59	33.33	65	22.26	155	17.26	323	22.20
Total	8	100.00	80	100.00	177	100.00	292	100.00	898	100.00	1455	100.00

Eff. = effectif



14. Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique

	Effectif	%
<= 50	1151	79.11
51-400	98	6.74
400-1000	18	1.24
1K-10K	48	3.30
10-30K	42	2.89
>30K	86	5.91
NR	12	0.82
Total général	1455	100.00

De l'ensemble des patients traités ou non, sur la base de la dernière charge virale renseignée.

15. Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi

	TRT		Arret		Naif		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<200	76	5.22	2	0.14	2	0.14	80	5.50
200-350	164	11.27	2	0.14	11	0.76	177	12.16
350-500	252	17.32	6	0.41	34	2.34	292	20.07
>500	813	55.88	16	1.10	69	4.74	898	61.72
NR	6	0.41	1	0.07	1	0.07	8	0.55
Total général	1311	90.10	27	1.86	117	8.04	1455	100.00

16. Distribution des schémas thérapeutiques initiés parmi les patients suivis ayant débuté un traitement antirétroviral dans l'année

	Effectif 2010	% 2010	Effectif 2009	% 2009
2N+1IPb	61	68.54	48	69.57
2N+1NN	9	10.11	10	14.49
2N+1II	4	4.49	4	5.80
Autres Schémas	15	16.85	7	10.14
Total général	89	100.00	69	100

2N = 2 inhibiteurs nucléosidiques
 NN = inhibiteur non nucléosidique
 Ipb = Inhibiteur de protéase boosté
 II = inhibiteur d'entrée

17. Distribution des CD4 à l'initiation du premier traitement antirétroviral

	Effectif	%
<200	21	23.60
200-350	25	28.09
350-500	35	39.33
>500	8	8.99
Total général	89	100.00

Médiane 2010 = 331
 Médiane 2009 = 261

Nombre de Non Renseignés : 3

18. Part respective des principales associations d'antirétroviraux pour l'ensemble des patients traités de la file active

SchemaActuel	Effectif	%
2N+1NN	614	46.9
2N+1IPb	434	33.1
2N+1II	38	2.9
Autres	225	17.1
Total général	1311	100.00

19. Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement

	EchecC		EchecNC		ND		Total général 2010		Total général 2009			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Echec	.	.	16	1.38	26	2.24	12	1.03	54	4.65	44	4.52
Succes	1107	95.35	.	.	.	.	.	.	1107	95.35	930	95.48
Total général	1107	95.35	16	1.38	26	2.24	12	1.03	1161	100.00	974	100

95% des patients traités ont une charge virale indétectable à moins de 50 copies

Nombre de Non Renseignés : 150

20. Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement par strates des derniers CD4

	Echec		Succes		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<200	11	0.95	36	3.10	47	4.05
200-350	10	0.86	128	11.02	138	11.89
350-500	13	1.12	209	18.00	222	19.12
>500	20	1.72	734	63.22	754	64.94
Total général	54	4.65	1107	95.35	1161	100.00

Nombre de Non Renseignés : 150

21. Principaux motifs d'arrêt des associations d'antirétroviraux arrêtées durant l'année

	Effectif	%
EIS	94	29.65
Ajustement	77	24.29
Simplification	57	17.98
Autre	53	16.72
Echec	27	8.52
Non observance	9	2.84
Total général	317	100.00

EIS = Effet Indésirable

Patients dépistés dans l'année

22. Distribution du mode de contamination présumé des patients dépistés dans l'année

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	20	86.95	10	22.73	30	44.77
Homo/bisexuel	.	.	27	61.36	27	40.30
Inconnu	3	13.05	5	11.36	8	11.94
Autre	.	.	1	2.27	1	1.49
Toxicomane IV	.	.	1	2.27	1	1.49
Total général	23	100.00	44	100.00	67	100.00

23. Distribution selon le sexe et l'age des patients dépistés dans l'année

	Effectif	%	Minimum	Médiane	Maximum
F	23	34.33	20.00	31.00	62.00
H	44	65.67	19.00	33.00	62.00
Global	67	100.00	19.00	33.00	62.00

24. Proportion des patients dépistés dans l'année avec génotypage VIH initial (Génotypes fait par NadisViro inclus)

	Effectif	%
non	35	52.24
oui	32	47.76
Total général	67	100.00

25. Distribution des sous-types VIH pour les patients dépistés dans l'année

		Effectif	%
VIH1	NR	28	41.79
	B	23	34.33
	CRF02-AG A,G	7	10.45
	A	4	5.97
	G	1	1.49
	C	1	1.49
	D	1	1.49
	CRF06-cpx A,G,J,K	1	1.49
	CRF01-AE A,E	1	1.49
	Total général	67	100.00

26. Médiane des CD4 au dépistage pour les patients dépistés dans l'année

	Effectif	%	CD4 médian
<200	19	28.36	68.00
200-350	12	17.91	302.00
350-500	14	20.90	416.50
>500	18	26.87	769.50
NR	4	5.97	.
Total général	67	100.00	358.00

27. Répartition des nouveaux patients selon le stade sida et par strates de CD4 au moment du dépistage

	NonSida		Sida		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<200	12	17.91	7	10.45	19	28.36
200-350	12	17.91	.	.	12	17.91
350-500	13	19.40	1	1.49	14	20.90
>500	18	26.87	.	.	18	26.87
NR	4	5.97	.	.	4	5.97
Total général	59	88.06	8	11.94	67	100.00

28. Part des dépistages tardifs parmi les nouveaux dépistés

Tardif1 : Patients dont le taux de CD4 est <200 ou Stade C au dépistage

Tardif2 : Patients dont le taux de CD4 est <350 ou Stade C au dépistage

Nvx Dépistés	Sida au dépistage	Tardif1	Part Tardif1	Tardif2	Part Tardif2	CD4 Inconnu
67	8	20	29.85	32	47.76	4

Nombre de Non Renseignés Tardif 1 : 4

Nombre de Non Renseignés Tardif 2 : 4

29. Part des dépistages tardifs (CD4<200) parmi les nouveaux dépistés selon le sexe.

Tardif1	F		H		Total général	
	%	N	%	N	%	N
	34,78 %	8	27,27 %	12	29,85 %	20

30. Distribution des infections opportunistes détectées durant l'année parmi les nouveaux dépistés

	Effectif
Pneumocystose	4
Tuberculose	3
Leucoencéphalopathie multifocale (progressive)	1
Mycobactériose extra-p. (avium/kansasii) : A3181	1
Toxoplasmose cérébrale : G052 B582	1

31. Distribution de la dernière valeur des CD4 et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année

	Arret		Naif		TRT		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<200	.	.	2	2.99	13	19.40	15	22.39
200-350	.	.	5	7.46	7	10.45	12	17.91
350-500	.	.	6	8.96	6	8.96	12	17.91
>500	3	4.48	20	29.85	4	5.97	27	40.30
NR	.	.	.	.	1	1.49	1	1.49
Total général	3	4.48	33	49.25	31	46.27	67	100.00

32. Nombre des patients nouvellement dépistés décédés durant l'année

Effectif
0

Nouveaux cas SIDA

33. Distribution des nouveaux cas de sida selon le mode de contamination

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	9	90.00	4	33.33	13	59.09
Inconnu	1	10.00	4	33.33	5	22.73
Homo/bisexuel	.	.	3	25.00	3	13.64
Autre	.	.	1	8.33	1	4.55
Total général	10	100.00	12	100.00	22	100.00

34. Distribution par âge et par sexe des nouveaux cas de sida

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
21-30	2	20.00	.	.	2	9.09
31-40	5	50.00	4	33.33	9	40.91
41-50	2	20.00	3	25.00	5	22.73
51-60	.	.	4	33.33	4	18.18
61-70	1	10.00	1	8.33	2	9.09
Total général	10	100.00	12	100.00	22	100.00

35. Age médian des nouveaux cas de sida

	Effectif	Age minimum	Age médian	Age maximum
F	10	22.00	37.00	62.00
H	12	32.00	45.00	62.00
Total général	22	22.00	40.50	62.00

36. Durée de séropositivité en année des nouveaux cas de sida

	Effectif	Minimum	Médiane	Maximum
F	10	0.00	2.50	11.00
H	12	0.00	9.50	21.00
Total général	22	0.00	5.00	21.00

La durée médiane chez les femmes est basse (2.5 ans) à cause de l'effectif faible et du fait que 3 femmes aient une durée médiane de 0.

37. Taux de CD4 au diagnostic chez les nouveaux cas de sida

	Effectif	%
<200	9	40.91
200-350	7	31.82
350-500	1	4.55
>500	2	9.09
NR	3	13.64
Total général	22	100.00

Médiane = 220

Nombre de personnes décédés chez les nouveaux cas SIDA	0
--	---

Patients décédés

38. Distribution des co-infections VHC ou VHB des patients décédés dans l'année File Active

	Total général	
	Effectif	%
VIH	5	62.50
VIH&HEP	3	37.50
Total général	8	100.00

39. Evolution annuelle du nombre de décès connus base globale

Nombre de décès	17
-----------------	----

9 patients sont décédés au cours de l'année 2010 sans avoir eu de recours Nadis en 2010 (décès dans une autre région , ou pas de consultation dans l'année...)

40. Age des patients décédés dans l'année

Age minimum	Age médian	Age maximum
43.00	51.00	63.00

41. Répartition hommes-femmes des patients décédés dans l'année : sexe

	Effectif	%
F	1	12.50
H	7	87.50
Total	8	100.00

42. Diagnostics des décès connus survenus dans l'année

	Effectif	%
Cancer	6	35.3
Cardiovasculaire	2	11.75
Autres causes de mortalité mal définies et non précisées	2	11.75
Suicide	1	5.9
Maladie par VIH à l'origine d'un syndrome cachectique	1	5.9
Non déterminées	5	29.4
Total général	17	100.00

Grossesse

43. Nombre de grossesse

Nombre de grossesses	17
----------------------	----

Les grossesses ne sont pas systématiquement renseignées de façon exploitable dans Nadis. Celles-ci ne correspondent qu'aux grossesses renseignées en antécédent

Activité

44. Nombre de recours

Nombre de recours	5398
-------------------	------

45. Nombre de recours par patients

	Minimum	Médiane	Maximum
2010	1.00	3.00	16.00
2009	1.00	3.00	16.00

46. Répartition des recours selon CS, HDJ, HT

	Effectif	%
CS	5037	93.31
HC	57	1.06
HDJ	304	5.63
Total général	5398	100.00

47. Evolution du nombre de recours depuis 2003 par type de recours

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
nb total Cs	4149	4512	4616	4386	4789	5084	5141 (96,04%)	5037 (93.31%)
nb total HdJ	669	574	565	519	152	195	90 (1,68%)	304 (5.63%)
nb total HC	147	146	158	141	118	124	122 (2,28%)	57 (1.06%)
Total Cs+HdJ+HC	4965	5232	5339	5046	5059	5403	5353	5398

Les HDJ sont sous évalués car certains patients vus en HDJ sont cotés consultation par le médecin dans Nadis
D'après les chiffres hospitaliers 339 HDJ ont été effectuées.

Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

48. Proportion des patients vus en RCP par rapport à la file active de l'établissement ou du Corevih

	Effectif	%
NON RCP	1091	73.27
RCP	398	26.73
Total général	1489	100.00

Education thérapeutique

49. Evolution du nombre de consultations d'éducation thérapeutique depuis 2007

	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2010
Cohorte	1269 pts	1340 pts	1412pts	1489
Nbre de pts vus en E.T. / Nb séances	49 pts / 74 séances	109 pts / 140 séances	60 pts / 72 séances	90 pts / 100 séances
% de pts vus en E.T / File active	4%	8%	4%	6%

Rapport Accidents d'Exposition (AES)

Tableau 1 - Effectif et fréquence des personnes victimes d'AES selon leur sexe et le type d'AES

	Féminin		Masculin		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexuel	53	82.81	68	87.18	121	85.21
Autre	4	6.25	7	8.97	11	7.75
Professionnel	7	10.94	3	3.85	10	7.04
Total général	64	100.00	78	100.00	142	100.00

Tableau 2 - Effectif et fréquence des épisodes d'AES selon leur type et l'attitude thérapeutique adoptée

	Pas de Traitement		Traitement		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexuel	36	75.00	86	90.53	122	85.31
Autre	9	18.75	2	2.11	11	7.69
Professionnel	3	6.25	7	7.37	10	6.99
Total général	48	100.00	95	100.00	143	100.00

Tableau 3 - Effectif et fréquence des traitements prescrits selon le type d'AES

		Total général	
		Effectif	%
Professionnel	Combivir + Kalétra	2	2.04
	Isentress + Norvir + Truvada	1	1.02
	Isentress + Truvada	1	1.02
	Kalétra + Truvada	3	3.06
Sexuel	Combivir + Invirase + Norvir	2	2.04
	Combivir + Kalétra	64	65.31
	Isentress + Truvada	2	2.04
	Kalétra + Truvada	19	19.39
	Norvir + Prezista + Truvada	2	2.04
Autre	Combivir + Kalétra	1	1.02
	Kalétra + Truvada	1	1.02
Total général		98	100.00



Rapport médico-épidémiologique

Service de Pédiatrie – CHU de Nantes

Version	DatAids Activité® V1.5
Année	2010
Analyse	
InterCorevih	
Corevih	Pays de la Loire
Service	Pédiatrie
Médecin Référent	Dr Véronique Reliquet
Source	Nadis®
Contrôle Qualité	Dat'Aids Qualité®
Analyse et réalisation du rapport	Véronique Reliquet, Thomas Jovelin
Contrôle de qualité des données	Thomas Jovelin

Table des restitutions

Tableau 1 - Définitions.....	3
Tableau 2 - Répartition des enfants suivis selon leur statut VIH	4
Tableau 3 - Principales caractéristiques de la population suivie.....	5
Tableau 4 - Nombre de patients suivis selon le sexe	5
Tableau 5 - Description des patients - Age selon le sexe.....	5
Tableau 6 - Distribution par mode de contamination, selon le sexe.....	6
Tableau 7 - Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte	6
Tableau 8 - Répartition du nombre de cas de sida selon l'année diagnostic de stade C	6
Tableau 9 - Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques	7
Tableau 10 - Effectifs et parts des principales co-morbidité prévalentes dans l'année	7
Tableau 11 - Séroprévalence des principales co-infections dans la population	7
Tableau 12 - Nombre de personnes décédés.....	7
Tableau 13 - Distribution de la population selon le stade CDC et par strates des derniers CD4.....	8
Tableau 14 - Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique	8
Tableau 15 - Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi	9
Tableau 16 - Evolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux	10
Tableau 17 - Principaux motifs d'arrêt des associations d'antirétroviraux arrêtées durant l'année	10
Tableau 18 - Nombre de grossesses	10
Tableau 19 - Nombre de recours	11
Tableau 20 - Nombre de recours par patients	11
Tableau 21 - Répartition des recours selon CS, HDJ, HT	11

Tableau 1 - Définitions

Cohorte	Constitué des patients venus au moins une fois (un recours dans Nadis) entre la date de début d'analyse et la date de fin d'analyse, pour les services sélectionnés
File Active	Constitué des patients dont la situation est Suivi, à la date de gel de base (exclusion des patients décédés, suivi ailleurs ou perdus de vue)
Stratégie thérapeutique	Les requêtes concernent les patients traités ET en cours de suivi à la date de gel de base (exclusion des patients décédés, suivi ailleurs ou perdus de vue)
Nouveaux pris en charge	Patients dont la date de premier recours dans Nadis est comprise entre la date de début d'analyse et la date de gel de base
Nouveaux dépistés	Patients dont la date de diagnostic VIH est comprise entre la date de début d'analyse et la date de gel de base
Activités	Concernent l'activité de prise en charge des patients pour l'ensemble des services sélectionnés au moment de l'extraction
Synthèse annuelle	Concerne le nombre de recours dans Nadis (pour les services sélectionnées au moment de l'extraction) dont le Motif de recours (écran Conclusion) est Synthèse annuelle (Z092)
RCP	Recense l'activité des Réunions de Concertation pluridisciplinaire lorsque un recours pour ce type de réunion est crée et que le user de l'utilisateur comprend le mot RCP
Contrôle de qualité	Echantillonnage de 5 à 10 % de file active parmi les services analysées Contrôle de qualité (variables, bornes de confiances) définies et validées par le Conseil Scientifique de New Aids Data Information System

Analyse réalisée sur les enfants nés de mère séropositives**Tableau 2 - Répartition des enfants suivis selon leur statut VIH**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nb naissances	14	11	16	18	10	17	22	17
Nb enfants non VIH		59	60	59	55	61	67	66
Nb enfants VIH				30	31	33	28	28
Total enfants suivis				89	86	94	95	94

Analyse réalisée sur la File Active VIH pédiatrique 2010

Tableau 3 - Principales caractéristiques de la population suivie

	Effectif	%
Cohorte	28	100.00
File Active	28	100.00
Patients déjà suivis	28	100.00
Sida	5	17.85

Tableau 4 - Nombre de patients suivis selon le sexe

	Effectif	%
F	23	82.15
H	5	17.85
Total général	28	100.00

Tableau 5 - Description des patients - Age selon le sexe

	Effectif	Age minimum	Age médian	Age maximum
F	23	6.00	15.00	19.00
H	5	11.00	13.00	17.00
Global	28	6.00	14.00	19.00

Le dernier cas de transmission materno-fœtale est une transmission par l'allaitement.

Tableau 6 - Distribution par mode de contamination, selon le sexe

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Materno-fœtale	22	95.65	4	80.00	26	92.85
Inconnu	1	4.35	1	20.00	2	7.15
Total général	23	100.00	5	100.00	28	100.00

Tableau 7 - Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

	Effectif	Minimum	Médiane	Maximum
F	25	4.00	11.00	19.00
H	5	6.00	12.00	17.00
Global	28	4.00	10.50	19.00

Tableau 8 - Répartition du nombre de cas de sida selon l'année diagnostic de stade C

	Effectif	%
1992	1	20.00
1993	2	40.00
2000	1	20.00
2005	1	20.00
Total général	5	100.00

Pas de nouveau diagnostic de SIDA depuis 2005.

Tableau 9 - Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques

	Effectif	%
NR	23	82.14
Non Fumeur	3	10.71
Fumeur	2	7.15
Total général	28	100.00

Tableau 10 - Effectifs et parts des principales co-morbidité prévalentes dans l'année

	Effectif	%
Dépression	1	3.57
Total général	28	100.00

Tableau 11 - Séroprévalence des principales co-infections dans la population

	Negatif	Positif	NR
	Effectif	Effectif	Effectif
Anticorps anti-HTLV1	2		26
Anticorps anti-Toxo	26	2	
Incidence Syphilis	1		27
Prévalence Syphilis	2		26

Tableau 12 - Nombre de personnes décédés	0
---	----------

Tableau 13 - Distribution de la population selon le stade CDC et par strates des derniers CD4

	200-350		350-500		>500		<200		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A	1	50.00	.	.	20	80.00	.	.	21	75
B	1	50.00	.	.	1	4.00	.	.	2	7.14
C	.	.	.	.	4	16.00	1	100.00	5	17.86
Total général	2	100.00	.	.	25	100.00	1	100.00	28	100.00

Tableau 14 - Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique

	Effectif	%
<= 50	19	67.85
51-400	1	3.57
400-1000	2	7.15
1K-10K	2	7.15
10-30K	1	3.57
>30K	3	10.71
Total général	28	100.00

Tableau 15 - Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi

	TRT		Arrêt		Naif		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<200			1.	3.57.	.	.	1	3.57
200-350			2	7.14	.	.	2	7.14
>500	20	71.44	2	7.14	3	10.71	25	89.29
Total général	20	71.44	5	17.86	3	10.71	28	100.00

Les 3 arrêts de traitement correspondent à 3 adolescentes inobservantes.

Tableau 16 - Evolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux

SchemaActuel	Effectif	%
2N+1IPb	9	42.86
2N+1NN	8	38.10
2N+1NN+1IPb+1II	1	4.76
1N+1IPb+1II	1	4.76
2IPb	1	4.76
2N+1NN+1II	1	4.76
Total général	21	100.00

Tableau 17 - Principaux motifs d'arrêt des associations d'antirétroviraux arrêtées durant l'année

	Effectif	%
Simplification	5	50
EIS	3	30
Autre	2	20
Total général	10	100.00

Tableau 18 - Nombre de grossesses 0

Tableau 19 - Nombre de recours

Nombre de recours	113
-------------------	-----

Tableau 20 - Nombre de recours par patients

Minimum	Médiane	Maximum
1.00	3.50	7.00

Tableau 21 - Répartition des recours selon CS, HDJ, HT

	Effectif	%
CS	111	98.23
HDJ	2	1.77
Total général	113	100.00

ACTION DE GOUVERNANCE :

Faire des COREVIH les **interlocuteurs privilégiés des ARS** dans la déclinaison et la coordination régionale de la mise en œuvre et du suivi des mesures du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST relatives à la prise en charge des patients.

Objectif :

- Confirmer le rôle de **coordination régionale** des COREVIH par leur **participation aux instances de définition des politiques de prévention et de prise en charge des patients dans les ARS.**

Détail de l'action : Cette action vise à :

- Positionner les missions des COREVIH dans la gouvernance régionale et préciser leur rôle vis-à-vis de leurs nouveaux interlocuteurs, les ARS et les CRSA ;

- Préciser les missions des COREVIH dans la mise en œuvre et le suivi au niveau régional des mesures du plan qui concernent la prise en charge des patients et/ou les acteurs du territoire.

Cette définition comporte une dimension transversale (partagée entre les mesures du plan), qui sera ensuite déclinée et adaptée à chacune des mesures spécifiques du plan. Les mesures du plan peuvent concerner de façon variable chacun des COREVIH selon l'implantation géographique de celui-ci et les populations représentées au niveau régional.

Dimension transversale :

Les COREVIH participeront sur leur territoire au développement et à la mise en œuvre d'outils destinés à :

- La coordination des acteurs pour l'implémentation locale des mesures du plan ;
- La participation au suivi régional de la mise en œuvre des mesures préconisées par le plan notamment en direction des populations particulièrement représentées sur leur territoire ;
- La contribution, à l'échelon régional, à l'évaluation des prises en charges impactées par le plan.

AXE 2 : DEPISTAGE

Mesure 7 : Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge

- **Action T26 • Améliorer l'efficacité du dispositif d'accompagnement "post-annonce" du diagnostic jusqu'à l'entrée dans le soin**
- **Objectif :**
 - Réduire les délais d'accès à la prise en charge après le dépistage et le taux de perdus de vue après la première consultation spécialisée.

AXE 3 : PRISE EN CHARGE MEDICALE

Mesure 2 : Maintenir et développer les structures de coordination et de prise en charge sur les territoires, en ville et à l'Hôpital

- **Action T28 • Évaluation, suivi et adaptation de la valorisation de la prise en charge ambulatoire globale**
- **Objectif :**
 - Maintenir la qualité de la prise en charge des PVVIH par la valorisation des actes multidisciplinaires et médicaux complexes, de part le recours adapté à des hospitalisations d'une durée de moins de 24 heures.
- **Action T30 • Développer les prises en charges médicales en ville, en respectant les choix des usagers et les exigences de qualité**
- **Objectif :**
 - Développer des prises en charge thérapeutiques en ville.

Mesure 3 : Améliorer la qualité des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires et les programmes d'éducation thérapeutique

- **Action T33 • Veiller, par l'intermédiaire des COREVIH, à la mise en œuvre de bonnes pratiques cliniques de prise en charge**
- **Objectif :**
 - Améliorer et harmoniser la prise en charge des patients en bilan annuel en adaptant les objectifs et les moyens du suivi annuel à l'hôpital ou en médecine de ville.
- **Action T34 • Renforcer la prise en charge "psychologique et psychiatrique" des personnes concernées par le VIH/SIDA et les IST**
- **Objectif :**
 - Maintenir et renforcer la qualité de la prise en charge psychologique et psychiatrique au sein d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire dans les établissements de soins.

AXE 4 : PRISE EN CHARGE SOCIALE ET LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Mesure 1 : Favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement

- **Action T38 • Faire connaître les solutions d'hébergement et de maintien à domicile sur les territoires, évaluer les dispositifs spécifiques et adapter les dispositifs de droit commun aux besoins des PVVIH**
- **Objectifs :**
 - Faire connaître sur les territoires les différentes solutions d'hébergement et de maintien à domicile.
 - Évaluer et préserver le cas échéant les dispositifs spécifiques VIH/SIDA.
 - Améliorer la prise en charge des PVVIH dans les dispositifs de droit commun.

Mesure 6 : Eviter les ruptures dans les moments de vulnérabilités du parcours de vie

- **Action T44 • Soutenir l'accompagnement des PVVIH mis en place par les associations, les réseaux, et les professionnels**
- **Objectifs :**
 - Sécuriser les actions d'accompagnement menées par les associations auprès des PVVIH.
 - Élargir la définition des actions d'accompagnement prévues par la loi HPST à la dimension d'accompagnement social.
 - Soutenir l'action des médiateurs auprès des malades.

PROGRAMME MIGRANTS

Mesure 1 : Maintenir une stratégie de communication à double niveau : visibilité des migrants dans la communication « grand public » et communication spécifiquement ciblée vers les migrants

- **Action M1 • Déployer et évaluer les dispositifs de communication nationaux en direction des populations migrantes**
- **Objectif :**
 - Améliorer le recours aux dispositifs de prévention, de dépistage et de soins des migrants.

Mesure 2 : Favoriser l'intervention de pairs en tant que relais de proximité

- **Action M2 • Faciliter l'intervention de médiateurs formés, intervenant auprès des migrants en matière d'IST/VIH/SIDA dans une approche de santé globale**
- **Objectif :**
 - Faciliter le recours aux moyens de prévention du VIH/SIDA/IST.

Mesure 5 : Elargir l'offre de dépistage du VIH / Sida / IST

- **Action M7 • Développer des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants**
- **Objectifs :**
 - Réduire le retard au dépistage VIH chez les migrants ;
 - Améliorer le dépistage des autres IST (notamment syphilis, chlamydiae et hépatites B) pour les migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) et réduire les complications grâce à un diagnostic précoce suivi de soins ;
 - Orienter vers la vaccinale contre l'hépatite B et l'HPV, le cas échéant.

Mesure 7 : Accompagner les nouvelles offres de dépistage d'une formation adaptée pour les professionnels sanitaires ou associatifs qui les réalisent

- **Action M9 • Inscrire les thématiques prévention/dépistage des IST/VIH chez les migrants dans des programmes de formation en direction des professionnels de santé et des intervenants associatifs**
- **Objectifs :**

- Augmenter le dépistage précoce du VIH/SIDA/IST des personnes migrantes et si nécessaire leur permettre une prise en charge précoce.
- Améliorer la qualité des pratiques des professionnels de santé par des informations et outils adaptés à leur pratique.

Mesure 10 : permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH / Sida / IST

- **Action M13 • Garantir une veille sur les obstacles administratifs et sur les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères**
- **Objectif :**
 - Réduire les obstacles administratifs à la continuité des soins pour les étrangers vivant avec le VIH.

Mesure 11 • Disposer de données actualisées sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face aux infections VIH/SIDA/IST des populations les plus exposées et les plus vulnérables, avec une attention particulière portée aux femmes, aux migrants les plus récemment arrivés, et aux publics ayant une connaissance limitée de la langue française

- **Action M14 • Actualiser les données socio-comportementales au regard des VIH/SIDA/IST pour les populations africaines, haïtiennes, maghrébines et documenter ces données pour les populations originaires d'Asie, d'Europe, d'Amérique.**
- **Objectif :**
 - Adapter les actions de prévention en direction des différentes populations migrantes en fonction des données socio-comportementales par rapport aux infections VIH/SIDA/IST.

Mesure 12 • Améliorer la connaissance sur la situation épidémiologique des infections VIH/SIDA/IST chez les migrants et faire des analyses croisées avec l'évolution des flux migratoires et la situation épidémiologique des infections VIH/SIDA/IST dans les pays d'origine

- **Action M15 • Recueillir et analyser les données VIH/SIDA/IST en lien avec l'évolution des flux migratoires**
- **Objectif :**
 - Anticiper et adapter les stratégies de prévention par une meilleure connaissance des liens entre flux migratoires et situation épidémiologique au regard des infections par le VIH/SIDA/IST dans ces pays.

PROGRAMME HSH ET LGBT

Mesure 5 • Renforcer l'articulation entre les recherches cliniques biomédicales et les études socio-comportementales concernant les femmes et hommes homo-bisexuels ou trans

- **Action HSH et LBT 18 • Soutenir les recherches sur l'association et les risques potentiels entre les traitements hormonaux de la transition et les traitements antirétroviraux pour les personnes Trans séropositives**
- **Objectif :**
 - Améliorer les connaissances sur les interactions entre les traitements des PVVIH Trans et les traitements hormosubstitutifs afin de prévenir les effets secondaires, d'obtenir une meilleure observance thérapeutique.

PROGRAMME EN DIRECTION DES PERSONNES QUI SE PROSTITUENT

Mesure 4 • Mettre en place des stratégies de dépistages (VIH, IST, HÉPATITES) adaptées aux besoins et aux réalités du terrain

- **Action P6 • Élargir et consolider l'offre de dépistage (particulièrement le dépistage hors les murs) et son accessibilité en formalisant des partenariats avec les structures de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST**
- **Objectifs :**
 - Améliorer le dépistage du VIH et des autres IST, ainsi que la couverture vaccinale de l'hépatite B, pour les personnes qui pratiquent la prostitution pour permettre une prise en charge rapide par les structures de soins.
 - Rendre possible un dépistage régulier des personnes qui se prostituent.