

Rapport d'activité 2016

édité le 05/12/2017

COREVIH LANGUEDOC-ROUSSILLON

340780477 - CHU MONTPELLIER

F02. Comités de Coordination Régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)

Validé structure	Validé ES	Confirmé ARS
N/A	N/A	N/A

Identité du répondant

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA STRUCTURE

Nom de la structure	COREVIH LANGUEDOC-ROUSSILLON
Établissement de rattachement	CHU MONTPELLIER
ARS compétente	Occitanie
Bureau national compétent	Bureau R4 DGOS
MIG	F02. Comités de Coordination Régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)
Finess juridique	340780477
Finess géographique	NULL

LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE EXACTE

Adresse	191 AVENUE DOYEN GASTON GIRAUD
Code postal	34295
Ville	MONTPELLIER
Département	HERAULT
Région	Occitanie

Contacts de l'établissement

Directeur de l'établissement	Monsieur Le Ludec Thomas dg.secretariat@chu-montpellier.fr
Superviseur de la campagne	Monsieur Wilmann-Courteau Laurent l-wilmann-courteau@chu-montpellier.fr
Référent financier	Monsieur Vert Maxime m-vert@chu-montpellier.fr

Introduction	6
A. Identification/Organisation/Fonctionnement	8
Général	8
Acteurs	9
Acteurs hospitaliers	9
Autres établissements	9
Autres	9
Recueil épidémiologique	10
Présentation de la structure	10
B. Moyens	11
Description des équipes	11
ETP (Méthodologie RTC et SAE)	11
Personnel médical (yc internes et étudiants)	11
Personnel médical (hors internes et étudiants)	11
Internes et étudiants	11
Personnel non médical	11
Personnels de direction et administratif	12
Personnels des services de soins	12
Personnels éducatifs et sociaux	12
Personnels médico-techniques	12
Personnels techniques et ouvriers	12
Personnels autres	13
Moyens matériels	13
Données budgétaires et financières	13
Produits (Méthodologie EPRD)	13
T1 Produits versés par l'assurance maladie	13
T2 Autres produits liés à l'activité hors assurance maladie	13
T3 Autres produits	13
Charges (méthodologie du RTC)	14
T1 Charges de personnel	14
T2 Charges à caractère médical	14
T3 Charges à caractère général et hôtelier	14
T4 Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et charges exceptionnelles	14
Charges indirectes	14
Remarques	14
C.1. Coordination	15
Animation	15
Outils développés par le COREVIH	15
Site Internet	15
Publications	16

Correspondants	16
C.5. Observatoire des pratiques Surveillance	17
File active année N documentée par le COREVIH	17
File active année N du COREVIH issue des données informatisées (DOMEVIH, NADIS)	17
Age au dernier recours	17
Groupe de transmission exclusif	18
Origine géographiques des patients	19
Tabac	19
Alcool	19
Consommation de produits psychoactifs	19
Type de produits psychoactifs consommés	20
Stade Sida	20
Antigénémie HBS	20
Sérologie VHC	20
Traitement par cART	20
Sujets traités depuis plus de 6 mois par cART	20
Données relatives au dernier taux de cd4 (cellules/mm3) renseigné dans l'année	20
Données relatives à la dernière charge virale (copies/mL) renseignée dans l'année	21
Recours	21
Patients pris en charge pendant l'année N-1 mais non revus pendant l'année N	21
Nombre de nouveaux patients pris en charge au cours de l'année N	21
AES	22
Programmes d'éducation thérapeutique	22
ALD7	22
Nombre de nouveaux patients dépistés au cours de l'année N	22
CDAG	22
TROD	22
File active des enfants	23
C.6. Formation	24
Encadrement des stagiaires	24
Accueil des stagiaires dans l'équipe	24
Encadrement de mémoires, thèses, etc... par l'équipe	24
Contribution à des formations (en tant qu'intervenant)	24
Formations continues professionnelles	24
Secteur Etablissements	24
Secteur EMS	24
Secteur Ville	25
Autres secteurs	25
Conception de programme, de module de formation, outils de formation online, encadrement de DU	25
Conception de programme, de module de formation, outils de formation online, encadrement de DU	25
C.7. Recherche	26
C.9. Amélioration des pratiques	27
Mission 3	27

Commissions de travail.....	27
Thèmes des commissions et noms des pilotes	27
Organisation de formations continues.....	28
Détail de chaque session de formation.....	28
D. Perspectives / Projets spécifiques.....	29

Introduction au rapport d'activité

En avant propos

Pour bien remplir ce rapport d'activité : Comprendre à quoi il peut servir !

Ce nouveau rapport d'activité a été élaboré afin d'être utile :

***aux COREVIH eux-mêmes.**

Pour leur faciliter l'appropriation et la lisibilité du plan national VIH et sa déclinaison locale par :

- le repérage du type d'actions à mettre en place, des domaines de la prise en charge sur lesquels ces actions portent , des modalités de suivi mis en place/indicateurs , des publics touchés par les actions .
- la connaissance de l'utilisation des recommandations d'experts, de la pluralité des acteurs participants aux actions et enfin le repérage des difficultés communes à plusieurs COREVIH.

Méthodologiquement, sa pertinence viendra du fait qu'il est le fruit d'une élaboration commune pour :

- susciter une discussion entre les différents acteurs du COREVIH,
- constituer un outil de négociation entre l'ARS, la direction de l'établissement siège et les acteurs du COREVIH

* **aux ARS** : afin de pouvoir utiliser au mieux l'instance de coordination représentative de l'ensemble des acteurs régionaux impliqués dans la lutte contre le VIH que constitue le COREVIH sur son territoire dans l'élaboration et le suivi de la politique régionale de l'ARS

* **à la DGS et à la DGOS** : afin de pouvoir, par la synthèse nationale qui sera faite annuellement et facilitée par l'informatisation du rapport,

- avoir une vision d'ensemble de l'évolution de la mise en œuvre du plan (et permettant aux COREVIH une mise en perspective de leurs actions),
- décliner et permettre la priorisation des actions futures (au niveau local et comme national),
- mieux accompagner la mise en œuvre du plan en appréciant comment les COREVIH ont pu-ou pas mettre en place leurs différentes missions (analyse des réponses du champ 4) et en :
 - * valorisant les points forts et en repérant les difficultés communes à plusieurs COREVIH (analyse des réponses du champ 15) qui demanderaient une réponse nationale
 - * favorisant l'échange d'expériences
- apprécier les données épidémiologiques produites par le COREVIH, la façon dont ils s'en servent pour leurs actions et de repérer les données qui manqueraient
- apprécier les liens entre COREVIH et ARS
- d'apprécier le fonctionnement – y compris budgétaire- du COREVIH (organisation et moyens)

Méthodologie de remplissage du rapport d'activité

L'utilité d'un rapport d'activité tient en grande partie à la façon dont il est réalisé. Le respect des trois étapes suivantes contribue à en faire un travail utile :

2.1 L'élaboration du rapport devrait faire intervenir des personnes différentes, en particulier, il est recommandé l'implication :

- du secrétariat pour certaines données, en particulier la liste des acteurs identifiés, l'actualisation de cette liste et le circuit d'informations mis en place .
- la direction des affaires financières de l'établissement siège pour le budget .
- d'un binôme coordonnateur et pilote de la commission thématique /ou personnes ressources pour la partie qualitative des fiches actions afin d'éviter que le coordonnateur fasse l'ensemble du travail de façon isolé. Ce travail en binôme devrait favoriser la qualité des réponses sur l'action ainsi que l'appropriation du RA par les autres acteurs et donc son utilité !
- du bureau du COREVIH pour validation

2.2 Un temps d'échanges et de discussion, en interne au sein du COREVIH sur les informations produites au sein du RA, entre les différents membres du COREVIH et des différentes commissions thématiques.

2.3 Un temps de présentation/discussion avec l'ARS, pour les actions de l'année N mais aussi pour les perspectives de l'année N+1. Ce temps devrait aussi être utilisé pour que le COREVIH discute avec l'ARS des données épidémiologiques actualisées sur son territoire ainsi que de l'évolution des caractéristiques de l'épidémie et de la prise en charge

2.4 Le rapport se compose de deux chapitres principaux : le rapport « standardisé » et les « fiches actions ». Chacune de ces parties comporte des chapitres correspondant aux différentes rubriques. Un maximum de données ont été prévues en format quantitatif pour

faciliter l'exploitation du rapport sans pour autant négliger l'aspect qualitatif du document. Cependant, afin de faciliter la synthèse nationale et les comparaisons entre COREVIH, il est recommandé de limiter les parties texte autant que possible.

Introduction au rapport standardisé

Avant propos

Le rapport d'activité des COREVIH est un outil de dialogue et de mobilisation entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH. Ce rapport dresse un état des lieux de l'utilisation des moyens mis en œuvre pour favoriser la coordination des prises en charge des patients et favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels sur le plan régional.

Méthodologie de remplissage du rapport

L'élaboration du rapport nécessite l'intervention collective de différentes personnes, secrétariat pour certaines données en particulier la liste des acteurs identifiés, la direction des affaires financières de l'établissement siège pour le budget, un coordonnateur du COREVIH...

Le rapport est structuré en plusieurs chapitres : l'organisation de la structure qui décrit son fonctionnement général, les moyens utilisés en termes d'effectif ou de budget, la description des missions de coordination, de surveillance, de recherche et d'amélioration des pratiques (animation, outils développés, file active et données épidémiologiques...). Un chapitre dédié sur les perspectives permet de décrire les projets/actions en cours de réalisation et ceux à venir.

A. Identification/Organisation/Fonctionnement

Général

q62. Date de création de la structure (au format JJ/MM/AAAA)

15/11/2007

q63. Nom du COREVIH

COREVIH Languedoc Roussillon

q64. Région administrative du COREVIH

Languedoc Roussillon

q65. Territoire de référence du COREVIH

Languedoc Roussillon

Termes de l'arrêté d'implantation

q66. Superficie du territoire de référence du COREVIH

27 376 Km2

Termes de l'arrêté d'implantation

q67. Nom du pôle de rattachement du COREVIH

Pôle des cliniques médicales

q68. Président du COREVIH: Numéro du collège d'appartenance

- 1
- 2
- 3
- 4
- *Aucun*

q69. Vice-président du COREVIH: Numéro du collège d'appartenance

- 1
- 2
- 3
- 4
- *Aucun*

q70. Coordonnateur médecin du COREVIH: Numéro du collège d'appartenance

- 1
- 2
- 3
- 4
- *Aucun*

q71. Coordonnateur non médecin du COREVIH: Numéro du collège d'appartenance

- 1
- 2
- 3
- 4
- *Aucun*

q72. Date d'élection du bureau (au format JJ/MM/AAA)	07/10/2014
--	------------

q73. Date de mise en place du bureau (au format JJ/MM/AAAA)	18/11/2014
---	------------

Acteurs

Acteurs hospitaliers

q78. Nombre d'acteurs hospitaliers (ets correspondants du territoire)	10
---	----

Etablissements membres du COREVIH qui participent à la prise en charge des patients VIH en lien avec le COREVIH et avec lesquels il y a eu éventuellement une signature de convention (en particulier pour la mise à disposition de TEC)

q81. Liste des établissements acteurs du COREVIH

1

q79. Etablissement

CHU Montpellier CHU Nimes CH Perpignan CHI Bassin de Thau CH Beziers CH Alès CH Bagnols/cèze CH Carcassonne CH Narbonne CH Mende

q80. Date signature convention

Aucune donnée

2

q79. Etablissement

CHU Nimes et CH Perpignan

q80. Date signature convention

20/01/2009

Autres établissements

q83. Nombre d'autres établissements acteurs	39
---	----

q86. Liste des autres établissements acteurs du COREVIH

1

q84. Etablissement

Via voltaire,ADOMA,Réduire les risques,SOS DI Montpellier,UCSA (Montpellier,Perpignan,Nimes),ACT AERS,Le Refuge,Le CLAT,CDAG (Montpellier,Nimes, Perpignan),URPS (Montpellier et LR),MDM (LR,Perpignan, Montpellier),SOS Hépatites(Montpellier,Nimes, Perpignan)

q85. Date signature convention

Aucune donnée

Autres

q87. Nombre de partenaires de santé de la ville	4
---	---

Partenaires de santé de la ville avec qui travaille le COREVIH (ex : groupes ou maisons médicales, groupe infirmier, EHPAD)

q88. Nombre d'autres acteurs	1
Autres partenaires (autres que partenaires de santé) du COREVIH ne prenant pas en charge des patients VIH mais collaborant avec le COREVIH pour des actions de communication par exemples (établissements scolaires, mairies, conseils généraux ou régionaux ...)	

Recueil épidémiologique

q155. Pourcentage de la file active que représentent ces établissements de santé par rapport à l'ensemble du Corevih	Aucune donnée
--	---------------

Remarque : La file active est définie par le nombre de patients ayant eu au moins une consultation ou hospitalisation (hospitalisation classique ou de jour) dans l'année considérée, dans un des services prenant en charge les personnes vivant avec le VIH rattaché au Corevih

q154. Nombre d'établissements de santé participant au recueil épidémiologique	6
---	---

q156. Nombre de cabinets de ville participant au recueil épidémiologique	3
--	---

Présentation de la structure

q172. Commentaires et remarques

Le recueil de données médico épidémiologiques est informatisé via le logiciel de spécialité NADIS sur les sites hospitaliers de Nîmes, Perpignan, Montpellier, Sète, Béziers, Ales. Les TECs travaillent et /ou sont mises à disposition pour couvrir ce recueil sur les sites de Montpellier, Nîmes, Perpignan, Ales, et Sète.

Le recueil de données est déclaratif concernant les autres centres hospitaliers: Narbonne, Carcassonne, Bagnols/cèze, Mende.

B. Moyens

Description des équipes

Un ETP travaille 1607 heures par an soit : 1 ETP équivaut à 10 demi-journées de travail par semaine, 0,1 ETP = 1 demi-journée de travail par semaine, ...

ETP (Méthodologie RTC et SAE)

[Aide au remplissage](#)

i323. Total des effectifs en ETP	7.42
i324. Pourcentage de Personnels médicaux (hors internes et étudiants) en ETP (ex. PH / PHC / PA)	4.72
i328. Pourcentage de Personnels de direction et administratif en ETP	16.31
i326. Pourcentage de Personnels des services de soins en ETP (Inf / Cadres / CSS)	40.43
i329. Pourcentage de personnels techniques et ouvriers dont scientifiques et TEC en ETP	26.95
i327. Pourcentage d'autres personnels en ETP	0.00
i2283. Pourcentage de Personnels éducatifs et sociaux	11.59
i2284. Pourcentage de Personnels médico-techniques	0.00

Personnel médical (yc internes et étudiants)

i2248. Nb ETP moyens annuels rémunérés pour le personnel médical (yc internes et étudiants)	0.35
---	------

Personnel médical (hors internes et étudiants)

q272. Nb ETP total pour le personnel médical (hors internes et étudiants)	0.35
q187. Dont nombre d'ETP de coordination médicale ou non médicale	0.10

Internes et étudiants

q2249. Nb d'ETPR Internes et FFI	0.00
q2250. Nb d'ETPR Etudiants	0.00

Personnel non médical

i2282. Nombre d'ETP « personnel non médical »	7.07
---	------

Personnels de direction et administratif

Personnels de direction, Directeurs de soins, Personnels administratifs dont Secrétaires médicaux et Assistants médico-administratifs

q276. Nombre d'ETP total « Personnels de direction et administratif »	1.21
---	------

q231. Dont ETP Secrétaires médicales	1.00
--------------------------------------	------

Personnels des services de soins

Personnels d'encadrement, Infirmiers DE, Aides-soignants, ASHQ et autres personnels de services, Psychologues, Sages-femmes, Personnels de rééducation dont Masseurs kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes, Diététiciens, Ergothérapeutes, Psychomotriciens)

q2269. Nombre d'ETP total « Personnels des services de soins »	3.00
--	------

Personnels éducatifs et sociaux

Cadres socio-éducatifs, Educateurs spécialisés, Assistants de service social

q2251. Nombre d'ETP total « Personnels éducatifs et sociaux »	0.86
---	------

Personnels médico-techniques

Cadres de santé médico-techniques, Techniciens de laboratoires, Personnels de services de pharmacie, Manipulateurs d'électroradiologie médicale, Dosimétristes, Radiophysiciens - Physiciens médicaux, Conseillers en génétique, Autres personnels des services de radiologie, Autres personnels médico-techniques

q2252. Nombre d'ETP total « Personnels médico-techniques »	0.00
--	------

Personnels techniques et ouvriers

Ingénieurs, Personnels des services techniques, Personnels informatique et organisation, Personnels des services ouvriers et des services intérieurs, Conducteurs ambulanciers

q2253. Nombre d'ETP total « Personnels techniques et ouvriers »	2.00
---	------

q236. Dont nombre d'ETP de personnel scientifique	0.50
---	------

Techniciens d'Etudes Cliniques, Attachés de Recherche Clinique, ingénieurs, ...

q239. Dont nombre d'ETP de TEC	1.50
--------------------------------	------

q241. TECS : Pourcentage du temps passé pour le recueil épidémiologique	50.00
---	-------

q242. TECS : Pourcentage du temps passé pour la recherche	50.00
---	-------

Personnels autres

q264. Nombre d'ETP Autres Personnels

0.00

ne pas compter les internes

Moyens matériels

q330. Locaux loués par le COREVIH

- Oui
- Non

q331. Outils de communication mis à disposition du COREVIH

- Visioconférence
- Audioconférence
- *Aucun système de communication à distance*

q332. Autres

non

(détail des différents outils, locaux et matériel mis à votre disposition)

Données budgétaires et financières

Produits (Méthodologie EPRD)

i343. Total des produits déclarés

686470.00

T1 Produits versés par l'assurance maladie

i334. Part de la MIG et du FIR dans les produits (en %)

100.00

q355. Dotation issue du FIR (compte 7471)

686470.00

T2 Autres produits liés à l'activité hors assurance maladie

q350. Produits à la charge de l'état, collectivités territoriales et autres organismes publics (compte 735)

0.00

T3 Autres produits

q354. Subventions d'exploitation et participations (compte 74 sauf 7471)

0.00

q358. Autres produits de gestion courante (compte 75)

0.00

q359. Si non négligeables, détaillez ici la nature des autres produits, des subventions délivrées notamment par des associations et leur utilisation

-

(Quelles sont les sources et les montants réciproques ? quelle part a été employée pour les frais de fonctionnement postes projets, l'investissement locaux et l'achat matériel?)

Charges (méthodologie du RTC)

i361. Total des charges déclarées (directes et indirectes)	609859.00
--	-----------

T1 Charges de personnel

i362. Part des charges de personnel dans le total des charges (en %)	66.90
--	-------

i363. Charges RH par ETP déclaré (en €) hors internes et étudiants	54982.35
--	----------

q364. Personnel médical, charge en € au 31/12 (comptes 642, 6452, 6472, 621, 631, 633, 648)	29763.00
---	----------

q365. Personnel non médical, charge en € au 31/12 (comptes 641, 6451, 6471, 621, 631, 633, 648)	378206.00
---	-----------

T2 Charges à caractère médical

q366. Achats à caractère médical (comptes 60)	5442.00
---	---------

T3 Charges à caractère général et hôtelier

q367. Achats à caractère général et hôtelier (comptes 60)	0.00
---	------

q368. Impôts, taxes et versements assimilés (compte 63 sauf 631, 633)	0.00
---	------

q369. Autres charges de gestion courante (fourniture consommable, entretien des locaux...) (compte 65)	0.00
--	------

q370. Autres charges externes (comptes 61, 62, 70, 71 hors 621)	0.00
---	------

Comprend location de locaux

T4 Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et charges exceptionnelles

q371. Charges exceptionnelles (comptes 67)	0.00
--	------

q372. Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières (compte 68)	665.00
--	--------

Charges indirectes

i373. Part des charges indirectes dans le total des charges (en %)	32.10
--	-------

q2256. Logistique et Gestion Générale (LGG)	175329.00
---	-----------

q2257. Logistique Médicale (LM)	587.00
---------------------------------	--------

q376. Médico Technique et les Activités de soins hors activités Spécifiques (MT)	0.00
--	------

q374. Frais de structure (STR)	19867.00
--------------------------------	----------

Remarques

q385. Expliquer, si nécessaire, les difficultés rencontrées lors du recueil des données

-

C.1. Coordination

Animation

q964. Nombre de réunions bureau 6

q965. Nombre de séances plénières 2

i966. Nombre de réunions bureau + Nombre de séances plénières 8

q968. Ratio des titulaires présents ou représentés lors des réunions bureau et séances plénières

1

q967. Ratio des titulaires présents ou représentés

77.00

2

q967. Ratio des titulaires présents ou représentés

27.00

Outils développés par le COREVIH

Site Internet

q981. Site internet (adresse)

www.corevih-lr.fr

q982. Espace dédié aux membres sur le site internet

- Oui
- Non

q983. Total annuel d'accès au site

2223

Connexion au site

q984. Nombre de visites annuelles

2223

q985. Nombre de visiteurs uniques annuel

1454

q986. Nombre de pages vues

3661

Publications

q987. Bulletin d'information /lettre de liaison

- Oui
- Non

q988. Fréquence de publication du bulletin d'information

- *Journalière*
- *Hebdomadaire*
- *Mensuelle*
- *Trimestrielle*
- *Semestrielle*
- **Annuelle**
- *Ne sait pas*

q2238. Nombre distribué dans l'année

150

Correspondants

q989. Correspondant identifié à l'ARS

- Oui
- Non

q990. Fichier d'adresses de correspondants du COREVIH

- Oui
- Non

Professionnels ou non.

q991. Nombre de correspondants identifiés dans le fichier :

288

Professionnels ou non. Mailing du COREVIH

q992. Dernière date de mise à jour du fichier d'adresses

en permanence.

"JJ/MM/AA ou "en permanence"

C.5. Observatoire des pratiques Surveillance

File active année N documentée par le COREVIH

q1339. File active année N texte

La file active globale 2016 documentée par le COREVIH Languedoc-Roussillon est issue :

- de la file active du logiciel de spécialité Nadis

- de la remontée des données provenant d'un recueil d'activité lié au VIH envoyé annuellement par mail aux partenaires n'utilisant pas Nadis.

La file active est définie par le nombre de patients ayant eu au moins une consultation ou hospitalisation (hospitalisation classique ou de jour) dans l'année considérée, dans un des services prenant en charge les personnes vivant avec le VIH rattaché au Corevih

q1342. File active année N

1

q1340. Source dont est issue la file active

Logiciel de spécialité NADIS

(Démultiplier si vous avez plusieurs sources)

q1341. Nombre de patients issus de cette source

4261

2

q1340. Source dont est issue la file active

Recueil d'activité lié au VIH envoyé, en pièce jointe par mail, aux partenaires n'utilisant pas le logiciel NADIS

(Démultiplier si vous avez plusieurs sources)

q1341. Nombre de patients issus de cette source

643

File active année N du COREVIH issue des données informatisées (DOMEVIH, NADIS)

15 ans ou plus

q1344. Nombre d'hommes

3161

q1345. Nombre de femmes

1087

q1346. Nombre de transsexuels

13

î1437. File active année N du COREVIH (Hommes + femmes + transsexuels)

4261

Age au dernier recours

q1347. Nombre de personnes de 15 à 29 ans

207

q1348. Nombre de personnes de 30 à 39 ans	500
q1349. Nombre de personnes de 40 à 49 ans	1154
q1350. Nombre de personnes de 50 à 59 ans	1560
q1351. Nombre de personnes de 60 à 69 ans	596
q1352. Nombre de personnes de 70 à 79 ans	214
q1353. Nombre de personnes de 80 ans et plus	30

Groupe de transmission exclusif

q1354. Homo/bisexuels	1928
q1355. Usagers de drogue par voie intraveineuse	476
q1356. Homo/bisexuel et toxicomane	0
q1357. Hétérosexuel	1444
q1358. Hémophile	20
q1359. Transfusé	51
q1360. Materno/foetal	39
q1361. Autre	39
q1362. Inconnu	264
i1363. Groupe de transmission exclusif : Homo/bisexuels	45.25
i1364. Groupe de transmission exclusif : Usagers de drogue par voie intraveineuse	11.17
i1365. Groupe de transmission exclusif : Homo/bisexuel et toxicomane	0.00
i1366. Groupe de transmission exclusif : Hétérosexuel	33.89
i1367. Groupe de transmission exclusif : Hémophile	0.47
i1368. Groupe de transmission exclusif : Transfusé	1.20
i1369. Groupe de transmission exclusif : Materno/foetal	0.92
i1370. Groupe de transmission exclusif : Autre	0.92
i1371. Groupe de transmission exclusif : Inconnu	6.20

Origine géographiques des patients

q1372. France	2553
q1373. Afrique sub-saharienne	286
q1374. Europe de l'Est	22
q1375. Asie	39
q1376. Autres	345
i1377. Origine géographique des patients : % France	78.67
i1378. Origine géographique des patients : % Afrique sub-saharienne	8.81
i1379. Origine géographique des patients : % Europe de l'Est	0.68
i1380. Origine géographique des patients : % Asie	1.20
i1381. Origine géographique des patients : % Autres	10.63

Tabac

q1382. Nombre de données manquantes	1711
q1383. Nombre de patients n'ayant jamais fumé	716
q1384. Nombre de fumeurs actuels	1392
q1385. Nombre d'anciens fumeurs	442

Alcool

q1386. Nombre de données manquantes	2486
q1387. Nombre de patients buvant de l'alcool	870
q1388. Dont Nombre de patients buvant moins de 4 verres par jour	752
q1389. Dont Nombre de patients buvant de 4 verres à 8 verres par jour	50
q1390. Dont Nombre de patients buvant plus de 8 verres par jour	68

Consommation de produits psychoactifs

q1391. Nombre de patients pour lesquels la donnée Consommation de produits psychoactifs O/N n'est pas renseignée	2610
q1392. Nombre de patients consommant des produits psychoactifs	152

Type de produits psychoactifs consommés

q1393. Nombre de patients consommant des produits injectables	0
q1394. Nombre de patients consommant des produits non injectables	0

Stade Sida

q1395. Nombre de patients au stade Sida à la dernière visite	944
--	-----

Antigénémie HBS

q1396. Inconnue	300
q1397. Négative	3830
q1398. Positive	131

Sérologie VHC

q1399. Inconnue	200
q1400. Négative	3320
q1401. Positive	741

Traitement par cART

q1402. Nombre de patients traités par cART	4133
q1403. Nombre de patients traités par cART depuis moins de 6 mois	84
q1404. Nombre de patients traités par cART depuis plus de 6 mois	4049

Sujets traités depuis plus de 6 mois par cART

q1405. Nombre de patients présentant des CD4 < 200/mm ³ et une charge virale > 10000 copies/mL	28
q1406. Nombre de patients présentant des CD4 ≥ 500 /mm ³ et une charge virale ≤ 50 copies/mL	2639

Données relatives au dernier taux de cd4 (cellules/mm3) renseigné dans l'année

q1407. Nombre de patients avec données manquantes	97
q1408. Nombre de patients avec un taux de CD4 ≥ 500/mm ³	2780

Données relatives à la dernière charge virale (copies/mL) renseignée dans l'année

q1409. Nombre de patients avec données manquantes	103
q1410. Nombre de patients avec une charge virale ≤ 50 copies /mL	3631

Recours

q1411. Nombre d'hospitalisations complètes	507
q1412. Durée moyenne de séjour	7.74
q1413. Nombre d'HDJ	414
q1414. Nombre de consultations VIH	13100
q1415. Nombre moyen de consultations par patient	3.07
q1416. Nombre de grossesses durant l'année	27
q1417. Nombre de patients décédés durant l'année	23

Patients pris en charge pendant l'année N-1 mais non revus pendant l'année N

q1418. Nombre de patients perdus de vue	121
q1419. Nombre de patients décédés au cours de l'année N-1	35
q1420. Nombre de patients pris en charge dans un établissement d'un autre COREVIH	61

Nombre de nouveaux patients pris en charge au cours de l'année N

q1421. Nombre d'hommes	279
q1422. Nombre de femmes	55
q1423. Nombre de transsexuels	0
q1424. Nombre de patients nouvellement diagnostiqués VIH (<i>Délai entre la date de diagnostic VIH et la première prise en charge dans le Corevih < 1 an</i>)	138
q1425. Nombre de patients pris en charge tardivement (CD4 < 350 ou SIDA)	40
q1426. Nombre de patients pris en charge à un stade avancé (CD4 < 200 ou SIDA)	23

q1427. Nombre de patients provenant d'un transfert d'un établissement de santé d'un autre COREVIH	163
i1430. Nombre de nouveaux patients (année N)	334
i1431. % de patients nouvellement diagnostiqués	41.32
i1432. % de patients pris en charge tardivement (CD4	11.98
i1433. % Nombre de patients pris en charge à un stade avancé (CD4	6.89

AES

q1428. Nombre d'AES professionnels	172
q1429. Nombre d'AES non professionnels	539

Programmes d'éducation thérapeutique

q1434. Nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés	6
q1435. Nombre de patients ayant bénéficié d'éducation thérapeutique	322
i1436. % de patients ayant bénéficié d'éducation thérapeutique	7.56

ALD7

Données récupérées sur AMELI ou auprès de votre ARS

q1439. Nombre de patients ayant l'ALD7 au cours de l'année N-1	4730
q1440. Nombre de nouvelles demandes pendant l'année N-1	330

Nombre de nouveaux patients dépistés au cours de l'année N

CDAG

q1441. Nombre de tests réalisés pendant l'année N	33670
q1442. Nombre de tests positifs	167

TROD

q1443. Nombre de tests réalisés pendant l'année N	645
q1444. Nombre de tests positifs	13

File active des enfants

q1445. Prenez-vous en charge des patients agés de moins de 15 ans ?

- Oui
- Non

q1446. File active des enfants de moins de 15 ans

15

q1447. Dont nombre de filles

10

q1448. Dont nombre de garçons

5

q1449. Nombre de moins de 2 ans

0

q1450. Nombre agés de 2 à 4 ans

0

q1451. Nombre agés de 5 à 9 ans

8

q1452. Nombre agés de 10 à 14 ans

7

C.6. Formation

Encadrement des stagiaires

Accueil des stagiaires dans l'équipe

q1034. Nombre d'internes par an	0
q1157. Nombre de stagiaires autres	1
q1158. Jours de présence des stagiaires autres	60

Encadrement de mémoires, thèses, etc... par l'équipe

q1051. Nombre	1
q1052. Thèmes	
Accidents d'exposition au sang (AES).	

Contribution à des formations (en tant qu'intervenant)

q1022. Types de formations	
Formations théoriques et pratiques TROD VIH VHC DU santé précarité DU gestionnaire de parcours de santé Ecole d'ergothérapie Formation conseillère conjugale et familiale	
q1031. Nombre d'heures d'intervention	52.00

Formations continues professionnelles

Secteur Etablissements

q1159. Nombre total de sessions	1
q1160. Nombre de journées	2.00
q1161. Nombre de participants	34
q1162. Nombre de journées-stagiaires	0.00
q1163. Thèmes	
Dépistage rapide d'orientation de diagnostic VIH VHC	

Secteur EMS

q1164. Nombre total de sessions	1
---------------------------------	---

q1165. Nombre de journées	2.00
q1166. Nombre de participants	31
q1167. Nombre de journées-stagiaires	0.00
q1168. Thèmes	Dépistage rapide d'orientation de diagnostic VIH VHC

Secteur Ville

q1169. Nombre total de sessions	0
q1170. Nombre de journées	0.00
q1171. Nombre de participants	0
q1172. Nombre de journées-stagiaires	0.00
q1173. Thèmes	pas d'intervention en 2016

Autres secteurs

q1174. Nombre total de sessions	1
q1175. Nombre de journées	1.00
q1176. Nombre de participants	75
q1177. Nombre de journées-stagiaires	0.00
q1178. Thèmes	"Qualité de vie des personnes séropositives:quelles réponses pour quels besoins?" Journée de rencontre régionale des acteurs à Sète

Conception de programme, de module de formation, outils de formation online, encadrement de DU

Conception de programme, de module de formation, outils de formation online, encadrement de DU

q1179. Nombre	1
q1180. Thèmes	Formation Auto tests VIH pour les pharmaciens de ville à Montpellier,Nîmes et Perpignan Formation théorique par e-learning

C.7. Recherche

i680. Nombre de patients inclus dans des essais, cohortes ou pour lesquels un retour au dossier a été effectué	396
q674. Nombre de patients inclus dans des essais publics VIH	101
q681. Nombre de patients inclus dans des essais privés VIH	36
q682. Nombre de patients inclus dans des cohortes publiques VIH hors FHDH	222
q683. Nombre de patients pour lesquels un retour au dossier à été effectué dans le cadre des études FHDH	0
q684. Nombre de patients inclus dans des essais publics de co-infection hépatite	0
q685. Nombre de patients inclus dans des essais privés de co-infection hépatite	0
q686. Nombre de patients inclus dans des cohortes publiques de co-infection hépatite	37

C.9. Amélioration des pratiques

Mission 3

Commissions de travail

q667. Nombre de commissions de travail mises en place

3

Thèmes des commissions et noms des pilotes

q672. Commissions

1

q668. Thème de la commission

Parcours de santé des PVVIH

q669. Nom du pilote numéro 1

Jean Michel CABOT, médecin libéral

q670. Nom du pilote numéro 2

Jean Pierre BENEZET, URPS Médecins

q671. Nom du pilote numéro 3

Carine FAVIER, coordinatrice médicale COREVIH LR

2

q668. Thème de la commission

Vieillesse et perte d'autonomie

q669. Nom du pilote numéro 1

Laurent GIORGETTI CHU Perpignan

q670. Nom du pilote numéro 2

Vincent SAUCOURT, ACT AERS Montpellier

q671. Nom du pilote numéro 3

Delphine SANTUCCI, coordinaion administrative COREVIH LR

3

q668. Thème de la commission

Prévention et dépistage auprès des HSH

q669. Nom du pilote numéro 1

Franck MARCE SIS association

q670. Nom du pilote numéro 2

Vincent TRIBOUT, CDAG CIDDIST Montpellier

q671. Nom du pilote numéro 3

Jérôme DERRIEN ENIPSE

Organisation de formations continues

q673. Nombre total de sessions

3

Détail de chaque session de formation

q679. Détail de chaque session de formation

1

q678. Nombre de journées de formation

3.00

q675. Nombre de participants à la formation

35

q676. Nombre de journées-stagiaires

1.00

q677. Thèmes de la formation

Auto tests pharmaciens formation pratique

D. Perspectives / Projets spécifiques

q513. Description des projets actuels

I- Vieillesse et perte d'autonomie des PVVIH

La complexité est liée:

- à la précocité du vieillissement et des comorbidités qui l'accompagnent, aux troubles neurocognitifs qui peuvent se rajouter.
- à un contexte social et environnemental précaire
- à l'isolement pour certains
- à l'épuisement des aidants familiaux pour d'autres.

1/ Prise en charge à domicile. Le travail des SSIAD, SAVS et SAMSAH

Renforcer et/ou apporter une actualisation des connaissances sur l'évolution de la prise en charge du VIH à l'attention des soignants et para- médicaux pour objectiver les réticences ou représentations qui persisteraient à ce sujet.

Les 10 points clés à connaître pour une meilleure intervention et recommandation : document actualisé et diffusé par le COREVIH sur son site + par l'URPS

2/ Malgré les efforts de formation que développent les établissements, il est constaté dans les enquêtes et dans les contacts pris sur le terrain, des représentations et discriminations qui persistent parmi les professionnels de santé par rapport au VIH. Ces représentations sont toujours aussi vraies en établissements sanitaires, médico sociaux qu'en population générale. Le COREVIH actualise l'accès aux informations médicales sur son site, accessible à tous. Et se tient à disposition des besoins des partenaires comme entité « ressource » pour toute question.

2/ Projet interdisciplinaire VIH /vieillesse COREVIH / ACT AERS Montpellier détenteur du financement ARS.

Objectif : Identifier les évolutions et nature du vieillissement des publics concernés et leurs impacts en Occitanie.

- Procéder à un diagnostic populationnel des personnes vieillissantes ayant des co morbidités en Occitanie pour mieux identifier le profil des publics et la nature des pertes d'autonomie et/ou handicaps
- Evaluer les impacts et incidences de perte d'autonomie et de handicaps sur le plan personnel, médical, para médical, social, psychologique, économique.
- Pour chaque parcours de soins identifié comme complexe, identifier les solutions de prises en charge possibles en établissements médico sociaux ou à domicile et les situations bloquantes.

Ce projet a été suspendu : la fusion régionale étant un préalable à l'inscription de ce type d'étude sur le territoire.

II-Parcours de santé

Les points forts mis en évidence :

- Une évolution de la prise en charge des PVVIH plus orientée vers la médecine de ville / rendre plus lisible les champs de compétences du médecin traitant et du médecin spécialiste dans l'articulation du suivi des PVVIH.
- Accompagner et informer les PVVIH de l'évolution de cette prise en charge et de son articulation.
- Contribuer à une transmission informatisée des informations médicales hospitalières via la médecine de ville (Médecin traitant du PVVIH).
- Faciliter l'accès aux acteurs des connaissances et actualités médicales VIH et suivi des comorbidités.

1/ A l'initiative du COREVIH ,contribuer à la diffusion sur son site des points suivants :

Recommandations + Rapports d'experts + Fiche pratique des 10 points essentiels du suivi VIH

2/ / Projet de rédaction d'un document sur les modalités de prise en charge des PVVIH par le médecin généraliste et par le médecin spécialiste.

Travailler sur l'actualisation de la prise en charge aujourd'hui, clarifier qui fait quoi et amener le patient à une nouvelle représentation de son suivi.

Un document qui aborderait le VIH sous l'angle de la pathologie chronique tout en soulignant ses spécificités.

Un document qui serait diffusé à l'ensemble des acteurs régionaux concernés + Médecins traitants + Médecins spécialistes + Patients.

3/ Dans le cadre de l'étude des parcours de santé des personnes vivant avec le VIH aujourd'hui, il a été retenu la nécessité de travailler autour des besoins de ce public et de l'articulation des professionnels les prenant en charge. Il a été souhaité d'identifier les besoins du point de vue de la personne concernée et les améliorations à proposer en ce sens.

En effet, plusieurs éléments de fragilité sociale ont été identifiés par les associations (cf travail d'ENVIE) comme pouvant complexifier le parcours de soin :

- Défaut de couverture de soin
- L'impact du VIH sur l'autonomie des patients
- L'inadéquation possible des conditions de vie avec le parcours de soin (difficultés majeures liées au logement, les conditions

d'hygiène, d'éducation aux traitements...).

Lors d'études précédentes des questionnements ont été soulevés autour d'écarts pouvant exister entre des besoins sociaux rencontrés par le public anciennement et nouvellement infecté. Le choix s'est donc porté sur l'identification des fragilités sociales rencontrées par le public primo-défecté et les réponses à y apporter.

Objectifs:

- Identifier des besoins sociaux rencontrés par le public VIH et notamment pour les primo-défectés
- Repérer de manière anticipée les critères de vulnérabilité sociale afin de garantir un parcours de soin adapté au patient
- objectiver et d'analyser les facteurs de freins potentiels au parcours de soins et notamment de l'accès aux soins de ville.

Il en ressort pour le Service Social des Patients, et conformément à ce qui avait été identifié par les associations, la nécessité de systématiser les rencontres des primo-défectés pour réaliser un bilan des couvertures de soins. Cet élément est indispensable à la poursuite du parcours de soins et à l'orientation vers le réseau de ville.

Le SSP va protocoliser ce schéma d'intervention auprès de toutes les nouvelles personnes détectées et étendre le process de repérage de ces situations en impliquant l'ensemble du corps médical des consultations MIT.

4/ Élaboration d'un questionnaire destiné aux médecins libéraux pour recueillir leurs points de vue et leurs besoins dans la prise en charge du suivi du PVVIH. Le questionnaire a été transmis à l'URPS pour validation et envisager sa diffusion auprès des médecins libéraux de la région. Aucune suite n'a été donnée par l'URPS pour finaliser cette action.

5/ Prendre connaissance d'autres expériences de prise en charge de pathologies chroniques qui seraient transposables au VIH

a/ Rencontre avec le responsable de l'Unité Transversale en Education du Patient (UTE) à Montpellier pour une approche des pratiques professionnelles

- nécessiter de travailler la valorisation de la place et compétence de chaque acteur de soins dans le parcours de pec
- de clarifier les besoins d'informations des médecins généralistes de la région pour faciliter leur implication (projet d'enquête URPS COREVIH, actuellement en attente de réponse de l'URPS)
- de favoriser les éléments de transmission/liaison entre infectiologues et médecins traitants.
- d'identifier les besoins du point de vue de la personne concernée et les améliorations souhaitées

L'objectif est de favoriser l'autonomie du patient dans son parcours de soins.

b/ Approche théorique avec synthèse de travaux d'experts sur le sujet.

6/ En terme d'outil de transmission, quels supports informatiques, quelles possibilités pour faciliter les échanges et liaisons médicales entre médecins hospitaliers et médecins de ville (messageries sécurisées Apicrypt, MSSanté...). La data manager se charge de clarifier ce qui existe et ce qui serait envisageable.

En conclusion:

- Travailler sur les représentations des professionnels de santé dans chaque service de soins en région
 - approche collective (lors de staff par ex: parcours de soins et représentations / place des différents acteurs)
 - favoriser une rencontre entre Infectiologues-Patients experts-Professionnels de santé (infirmières, aides-soignantes,...) pour faire un état des lieux partagé de ce qui ressort aujourd'hui en termes de besoins de prise en charge :consultation patients experts
 - Intégrer les indicateurs de détecteurs sociaux. Cela pourrait être proposé à quelques médecins volontaires pour identifier les problèmes rencontrés et ce qui est mis en place pour le résoudre.
 - Expérimenter et exploiter un parcours de santé avec un médecin du service des MIT : approcher la communication et transmission d'informations via médecin traitant. Essayer de mettre en place un lien entre médecin des MIT et un généraliste notamment en utilisant MSSANTE qui est disponible sur la messagerie du CHU de Montpellier
 - Réunir les équipes ETP + équipes associatives concernées par l'ETP dans leurs pratiques pour connaître la déclinaison du parcours de santé
 - Travailler sur la communication de ville, les plateformes territoriales d'appuis pour les patients complexes
- Mieux communiquer sur ce qui se fait en ville ; se rapprocher des plateformes territoriales d'appuis pour les patients complexes : rencontre réalisée avec le Résod' OC pour mutualiser et échanger les expériences et les actions.
- Poursuivre la recherche d'informations sur les messageries sécurisées et leurs utilisations potentielles.

III- Prévention/Dépistage auprès des HSH

- Améliorer la prévention en direction du public cible des HSH
- Limiter les contaminations VIH et IST chez les HSH

1/ Dépistage du VIH par les autotests par les pharmaciens libéraux (09/2016)

Co construction et diffusion par le COREVIH et URPS Pharmaciens LRMP

Élaboration d'une formation théorique rendue accessible par e-learning

Élaboration d'une formation sur des aspects pratiques et cas de comptoirs dispensée sur 3 sites : Mtp, Nîmes, Perpignan.

1 Bilan : Le délai entre l'envoi du support e-learning et la date des réunions par sites géographiques a été trop court pour l'appropriation des informations et permettre aux professionnels de se libérer pour venir sur sites.

La qualité des intervenants a été appréciée par les participants à l'unanimité.

Peu de connaissance des pharmaciens sur les autres outils de dépistage, les conseils à prodiguer aux clients, pas de connaissance

en Traitement Post Exposition. Pas de connaissance sur les réseaux de soins ou de soutien aux personnes, sur les acteurs médico-sociaux, les missions des CDAG/CIDDIST.

D'une façon générale, les trois sites ont indiqué qu'à cette période, aucune délivrance d'autotest n'avait été réalisée. Aucune démarche de la part de firmes pharmaceutiques pour diffuser cet outil. Très peu de pharmaciens avaient démarché pour en commander.

Aborder le dépistage derrière un comptoir de pharmacie est problématique en terme de confidentialité et la sexualité reste un sujet délicat à aborder.

Si nous souhaitons proposer de nouvelles formations en 2017, un travail en amont et de terrain est nécessaire pour sensibiliser les pharmaciens et les mobiliser. Les pharmaciens ont besoin d'être renseignés sur les dispositifs existants - du dépistage aux soins - : travailler sur un dépliant à destination des pharmaciens ? Des clients ?

Quelle lisibilité des ventes d'autotests par départements? L'ARS n'a pu nous renseigner.

2/ Le COREVIH LRMP en appui au déploiement des consultations PrEP en CeGIDD (23/08/16)

L'Agence Régionale de Santé a sollicité le COREVIH-LR pour accompagner la mise en place de la PrEP et procéder à un état des lieux des pratiques sur le territoire Languedoc Roussillon (courrier du 19/01/2016). Il s'agit d'avoir une vue sur ce qui se pratique, où, comment et avec quels effets.

Dans un souci de coordination des acteurs et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes sur le territoire Languedoc-Roussillon, nous avons identifié les modalités de fonctionnement et d'organisation des consultations PrEP (depuis leur démarrage jusqu'au 31 Mai 2016).

Le COREVIH-LR a ainsi procédé à un 1er recueil des données auprès des hôpitaux de Perpignan, Nîmes et Alès : identité du service réalisant la consultation, son inscription au sein du pôle, médecins hospitaliers prescripteurs, nombre de consultations réalisées, nombre de personnes reçues, mises sous traitement, mise en place ou pas d'une approche communautaire. Pour parfaire le recueil d'informations et d'analyse de situation des consultations PrEP, deux fiches sont à la disposition des prescripteurs : d'une part, la fiche nationale de recueil de données proposée par GILEAD et l'ANSM, où les données relatives à la pharmacovigilance sont particulièrement renseignées. D'autre part, une fiche régionale initiée et proposée par Le COREVIH LR, qui se veut complémentaire mais centrée davantage sur le profil des personnes reçues, leurs antécédents médicaux, conduites à risques (06/2016).

Un bilan intermédiaire sur le déploiement de la Prep a été réalisé par sites.+ Etat des lieux sur les CEGIDD :

- A affiner ville par ville car la situation est très différente d'une structure à l'autre suivant son implantation géographique. Entre les activités de dépistage et les activités-PrEP, certains CeGIDD arrivent à saturation.

- Autre réalité à prendre en compte: se pose la question du choix d'investissement du logiciel commun aux CeGIDD pour le recueil d'informations. Les études et analyses des données médico-épidémiologiques des publics sont à la croisée des CeGIDD et des MIT : optimiser les passerelles d'informations et d'exploitations des données.

- Le COREVIH-LR doit identifier les nouveaux acteurs intéressés (intégration PrEP dans quels CeGIDD), identifier la nature des besoins pour fonctionner (moyens humains, médicaux et structurels), répertorier les états de tensions actuels ou à anticiper.

Élaboration et diffusion d'un questionnaire par les COREVIH LRMP aux CeGIDD Occitanie. Rencontre et bilan réalisé lors d'une journée régionale des CeGIDD Occitanie à Carcassonne (10/11/16): Articulation des missions et interventions entre Associations et CeGIDD;Recommandations médicales;Présentation d'une consultation de prise en charge en milieu communautaire;Présentation de cas cliniques et pratiques en CeGIDD...

3/ Dépistage par TROD et Formations

Arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.

Session Formation Théorique + Pratique auprès des Associations Occitanie (10/2016 et 11/2016)

Session Formation Théorique + Pratique CSAPA CAARUD ACT (11/2016)

En perspectives:

Session Formation Théorique + Pratique CSAPA CAARUD ACT (01/2017)

Session Formation Théorique et Pratique ANPAA Occitanie (03/2017)

Evaluations de chaque formation dispensée.

4/ rencontre annuelle des acteurs intervenant en détention : était prévue une rencontre des acteurs + une rencontre spécifique sur Béziers avec l'ARS et le CH de Béziers pour identifier les blocages face à des difficultés constatées en 2015. Cette rencontre n'a pas été réalisée : en attente d'une proposition de date de l'ARS. La rencontre des acteurs a été reportée après la fusion LR MP

5/ Rencontre des acteurs intervenant en milieu prostitutionnel : la rencontre prévue fin 2016 a été reportée après la fusion LR MP

6/ Contribution du COREVIH au Bulletin de veille sanitaire de La CIRE - spécial VIH IST en Occitanie -édité en décembre 2016.

7/ Livret d'infos/ du COREVIH LR/ Actualités et commissions /Point épidémiologique (mi-juin 2016)

IV- Organisation événementiel / Journée de rencontre des acteurs concernés par « Qualité de vie des personnes séropositives : quelles réponses pour quels besoins ? ».

Bilan et perspectives

Atelier 1 : « Gestion de la vie professionnelle et qualité de vie ».

- Mieux identifier les services de droit commun et l'ensemble des acteurs dans notre grande région qui participent et contribuent au soutien à l'emploi

Rendre accessible une cartographie de ce qui existe sur le site du COREVIH LR-MP.

- S'appuyer sur le facteur de succès du SMIT du CH de Perpignan qui a organisé dans les locaux de consultations une permanence de pôle emploi 1f/mois

- Développer la notion et l'approche de santé globale dès la consultation du médecin spécialiste ou généraliste: faire en sorte que la question de la situation professionnelle soit abordée comme l'est la sexualité ou un autre indicateur de la qualité de vie.

- Envisager des créneaux horaires médicaux différents que ceux qui sont habituellement proposés pour les personnes séropositives qui travaillent

- Effectuer un état des lieux des différents acteurs pouvant influencer sur cette question de l'emploi : Une commission spécifique au COREVIH LRMP pourrait être créée afin d'effectuer ce repérage régional et alimenter la newsletter.

- Rencontrer les professionnels des MDPH et les CAP Emplois pour faire un point sur leur fonctionnement, échanger sur l'évolution des difficultés ou freins à l'emploi pour une meilleure compréhension.

Atelier 2 : « gestion du secret lié au VIH, vie sociale & sexualité ».

- Explorer les expériences hospitalières et associatives internationales sur la question du secret & de l'annonce de la séropositivité, s'en saisir afin de pouvoir les travailler localement en commissions du COREVIH

- Cibler les PVVIH qui vont peu ou pas dans les associations : identifier, recenser et obtenir les outils et les contenus pertinents et valides qui existent (internet, documents, etc) que les soignants pourront diffuser de façon large et continue lors des consultations, des ateliers ETP, dans les services, etc.

- Renforcer la communication sur les structures & réseaux existants de la part des soignants : développer & renforcer le partenariat hôpital-associations-personnes ressources sur le territoire, et même dans les zones plus isolées géographiquement

Atelier 3 « Vieillesse et impact de la qualité de vie ».

- Développer un livret d'informations sur le vieillissement des PVVIH, les dépistages et surveillances à réaliser. A remettre au patient lors des consultations

- Développer un questionnaire de « pré consultation » à remettre aux patients, avant ou entre 2 consultations.

Ce questionnaire de « dépistage » spécifique pourra être rempli avant la consultation médicale ou plutôt avant la journée annuelle de prise en charge en HDJ, l'infirmière semblant être un interlocuteur privilégié.

Ce questionnaire permettra d'exprimer les besoins, les attentes de la personne, de repérer les facteurs de fragilité médicaux (comorbidités potentielles et symptômes handicapants), mais aussi sociaux et financiers (logement, ressources...).

Atelier 4 : « Qualité de vie, migration et grande précarité ».

Trois principaux facteurs de blocage évoqués par les participants

1/ Problème d'accès aux droits et tout ce qui en découle comme l'accès aux soins et l'accès aux besoins fondamentaux.

2/ Obstacles spécifiques à la langue, aux représentations

3/ Discrimination, sentiment de rejet, solitude et xénophobie

Pistes :

1/ Dans le cadre de la demande de titre de séjour pour soins, il est important de prendre en compte les facteurs de vie de la personne et pas seulement l'accès aux médicaments : la nouvelle loi serait l'occasion de mettre en place des réunions pluridisciplinaires (médecins et autres intervenants auprès de la personne en accord avec la personne) pour évoquer les situations complexes. Proposer une méthode systématique pour travailler ensemble, pour cela il serait intéressant de recenser les situations complexes auprès des intervenants.

2/ Il serait intéressant d'avoir un budget ARS ou autre pour financer l'interprétariat en médecine de ville et pour les associations qui reçoivent des personnes étrangères.

Un code national pour ISM Hépatite existe déjà, serait-il possible de le transmettre aux acteurs ?

L'élaboration d'outils dans différentes langues est primordiale dans le cadre de la prévention par exemple. Il existe des documents : les diffuser.

3/ Certaines personnes ne souhaitent pas participer à des rencontres collectives car il n'est pas envisageable, pour elles, que d'autres personnes connaissent leur séropositivité au VIH. Cela est à respecter, cependant il serait intéressant de travailler sur la dicibilité, les représentations/VIH et créer des espaces d'échanges et de paroles pour favoriser le dialogue et éviter le repli sur soi. Renforcer les formations interculturelles pour travailler au mieux avec les personnes et au plus près de leurs besoins, envies.

q514. Description des perspectives/projets futurs

La description des perspectives et projets futurs sont intrinsèquement liés au contexte suivant:

- la fusion des deux ex régions Languedoc Roussillon et Midi Pyrénées
- la mise en place d'un nouveau COREVIH Occitanie.
- la parution d'un nouveau décret attendu en Avril 2017 relatif aux modalités de compétence territoriale et de fonctionnement des nouveaux comités de coordination.

Toutes perspectives et projets sont suspendus à ce nouveau contexte.