

COREVIH



PAYS DE LA LOIRE

RAPPORT D'ACTIVITE 2008



Etablissement : CHU NANTES

Président du COREVIH Pays de la Loire : Dr Eric BILLAUD
Document réalisé par : Christine GUERBOIS

Diaporama des éléments essentiels présenté lors de la réunion plénière du COREVIH le 19 Mars 2009

Source : à partir de NadisEval /Nadis

SOMMAIRE

Evolution de la population VIH suivie au CHU de NANTES de 2006 à 2008

I – Principales caractéristiques de la file active de 2006 à 2008 (p 5 à 9)

- Répartition des infections VIH et hépatites
- Origine des patients
- Sexe et âge / Répartition par tranche d'âge
- Modes de contamination
- Répartition des patients par stade de la maladie
- Répartition en fonction du niveau de T4 et Charge virale
- Durée d'infection VIH
- Nouveaux cas SIDA

II – Traitements antirétroviraux de 2006 à 2008 (p 9 à 11)

- Répartition des patients traités et non traités
- Associations thérapeutiques

III – Traitement hépatique des patients co-infectés VIH et hépatite(s) (p 11-12)

- Répartition selon la sérologie de l'hépatite (AgHbs+ ; Ac HBC)
- Répartition des patients traités et non traités pour l'hépatite
- Schémas thérapeutiques

Nouveaux patients pris en charge au CHU de NANTES de 2006 à 2008

I – Caractéristiques des nouveaux patients pris en charge (p14)

- Répartition par sexe
- Répartition par origine

II – Caractéristiques des nouvelles découvertes de séropositivité de 2006 à 2008 (p14 à18)

- Origine des patients
- Répartition par sexe et âge
- Répartition par mode de contamination et sexe
- Répartition par stade de la maladie / Répartition des stades par sexe
- Répartition par niveau de T4
- Découvertes tardives en fonction du mode de transmission

III- Traitement antirétroviral des nouveaux séropositifs de 2006 à 2008 (p 19)

- Evolution du nombre de patients traités et non traités de 2006 à 2008
- Lignes thérapeutiques en cours de l'année N
- Niveau de T4 et de Charge virale à la mise sous traitement

Evolution des caractéristiques des patients décédés de 2006 à 2008

I – Principales caractéristiques (p 21)

- Répartition par sexe et stade de la maladie
- Durée de survie des patients VIH décédés
- Niveau de T4 et charge virale au moment du décès

II – Traitement des patients décédés et causes de décès (p 21 à 23)

- Traitement antirétroviral
- Causes de décès

Evolution des principales activités hospitalières de 2003 à 2008

I – Evolution des recours aux soins de 2003 à 2008 (p 25)

Généralités

Evolution du nombre de consultations et d'hôpitaux de jour

II – Hospitalisations complètes (p 26-27)

Evolution des entrées et journées

Répartition des journées d'hospitalisation et D.M.S. par stade de la maladie

Principaux diagnostics d'hospitalisation

Autres activités

I - Evolution des A.E.S de 2006 à 2008 (p 29-30)

Répartition par sexe et âge

Répartition par sexe des types d'exposition au risque VIH

Statut VIH de la personne source

Traitements prescrits

II – Education thérapeutique (p 31 à 34)

Généralités : définition , objectifs , déroulement d'un programme

Evolution mensuelle de l'activité d'éducation thérapeutique de 2007 et 2008

Evolution globale de l'activité par rapport à la file active

Caractéristiques des patients venus en éducation thérapeutique

Répartition par sexe

Proportion de patients co-infectés par le VIH et le VHC ou/et VHB

Secteurs d'activité où les séances sont réalisées

Répartition des patients vus en éducation thérapeutique en 2008 par type de consultant

Séances individuelles d'éducation thérapeutique / Séances collectives

Actions de l'équipe d'éducation thérapeutique

III – Activité en pédiatrie (p 34-35)

Répartition des enfants suivis de 2003 à 2008 selon leur statut VIH

Analyse de la file active VIH pédiatrique en 2008

Répartition par sexe et âge des enfants VIH

Répartition par stade de la maladie

Niveau de T4 et charge virale des enfants infectés

Traitements antirétroviraux

IV – Activité de la diététicienne (p 36)

V – Activité des psychologues (p 36-37)

a) psychologue clinicienne

b) neuro-psychologue

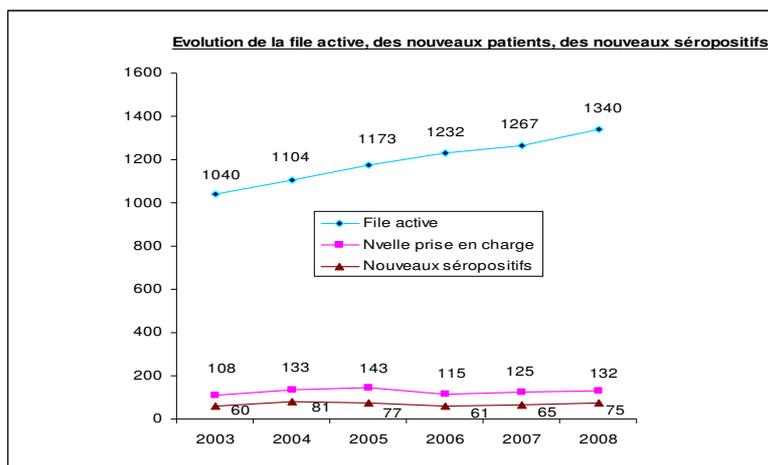
Evolution de la population VIH suivie au CHU de NANTES De 2006 à 2008

Définition de la file active : nombre de patients ayant eu au moins un recours (consultation, hôpital de jour, hospitalisation complète) dans l'année (y compris les patients décédés dans l'année)

Evolution de la file active , des nouvelles prises en charge et des décès de 2003 à 2008

Nb de patients	2003	2004	2005	2006	2007	2008
File active	1040	1104	1173	1232	1267	1340
Nouvelles prises en charge *	108	133	143	115	125	132
Nouveaux séropositifs	60	81	77	61	65	75
Nb de Décès	15	17	14	21	10	15

*patients suivis ailleurs + nouveaux séropositifs



En 2008 : 1340 patients infectés par le VIH ont été vus au moins une fois dans le service des Maladies Infectieuses – soit une augmentation de 29% de la file active depuis 2003.

Le nombre moyen de nouvelles prises en charge par an est de 126 patients dont une moyenne annuelle de 70 nouvelles découvertes de séropositivité.

Parallèlement, environ 15 patients infectés par le VIH décèdent chaque année.

I – Principales caractéristiques de la file active de 2006 à 2008

Répartition des infections VIH et Hépatites

Nb pts (%)	2006	2007	2008
Infectés par le VIH	1232	1267	1340
VIH1	1223	1257	1331
VIH2	7	8	7
VIH1&2	2	2	2
Co-infectés hépatites	229 (19%)	218 (17%)	223 (17%)
VHB (agHbs+)	66	67	73 (7%)
VHC	154	145	143 (11%)
VHB/C	9	6	7

Origine des patients

Pays de naissance (nb pts-%)	2006	2007	2008
Métropole	1009 (82%)	1026 (81%)	1082 (81%)
Haïti-Mayotte- DFA	3	6	7
Afrique subsaharienne	185 (15%)	193 (15%)	211 (16%)
Asie	4	5	6
Europe de l'est	4	6	6
Autres pays	27 (2%)	31 (2,5%)	28 (2%)

Sur les 3 dernières années [2006-2008] - après une augmentation - la proportion de patients d'origine étrangère (Afrique subsaharienne-Asie-Europe de l'Est ou centrale-autres pays), pris en charge au CHU de NANTES est stable et représente environ 18% de la file active (vs 8% en 1998 – 12% en 2001) avec une proportion de patients d'origine d'Afrique subsaharienne stable (15%). Parallèlement, on constate - même si l'effectif est petit – l'émergence de patients d'origine des D.A.F./Mayotte/Haïti ainsi que des pays d'Europe de l'Est ou centrale, et Asie.

Sexe et âge

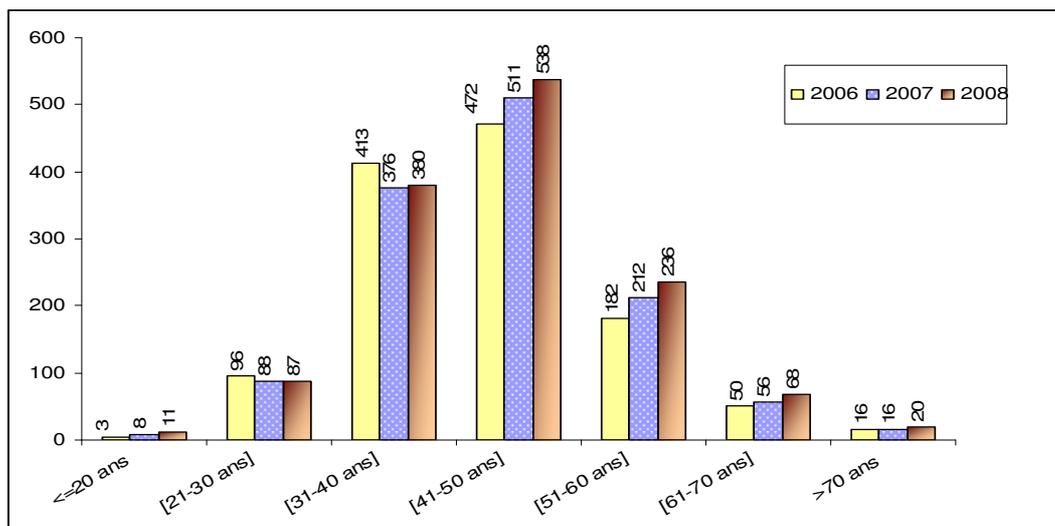
Nb pts / sexe	2006	2007	2008
Total	1232	1267	1340
Hommes	851 (69%)	887 (70%)	930 (69%)
Femmes	381 (31%)	380 (30%)	411 (31%)

Age médian [min-max]	2006	2007	2008
H+F	42 ans [19 – 85 ans]	43 ans [18-86 ans]	44 ans [18-87 ans]
H	43 ans [19-74 ans]	43 ans [18-85 ans]	45 ans [19-76 ans]
F	39 ans [19-85 ans]	43 ans [18-86 ans]	40 ans [18-87 ans]

La répartition par sexe est stable : 1/3 femmes – 2/3 hommes

La population VIH vieillie - l'âge maximum est 87 ans en 2008 (vs 80 ans en 2001) – ayant pour conséquence une prise en charge plus complexe liée non seulement à l'infection elle-même (et éventuellement l'histoire thérapeutique du patient) mais aussi liée au problème du vieillissement.

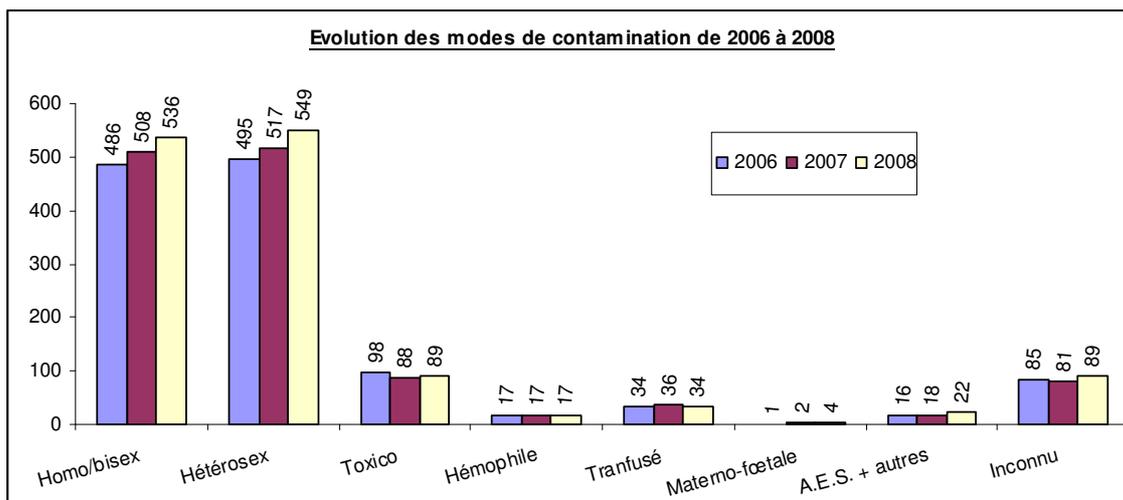
Répartition par tranche d'âge de 2006 à 2008



Entre 2006 et 2008, environ 40% des patients ont entre 41 et 50 ans.

En 2008 : près d'1/4 des patients ont plus de 50 ans (soit 17% de la population féminine - 27% de la population masculine) et 11 patients ont moins de 20 ans (vs 3 pts en 2001).

Modes de Contamination



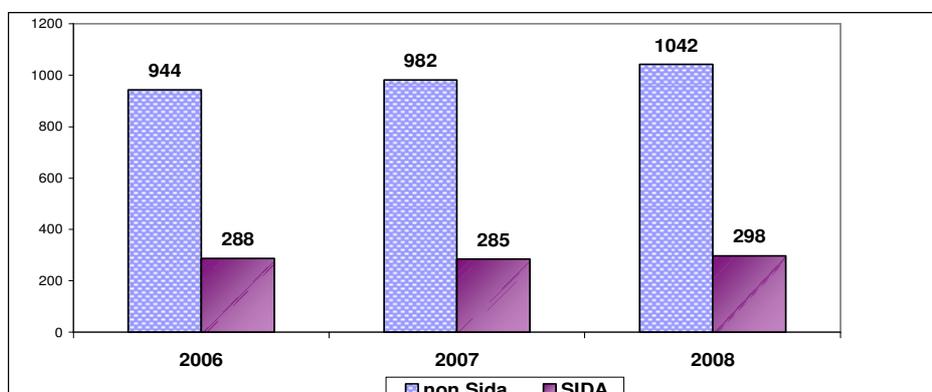
	2006	2007	2008
Homo/bisex	39%	40%	40%
Hétérosex	40%	41%	41%
Toxico	8%	7%	6,60%
Hémophile	1,4%	1,3%	1,3%
Tranfusé	2,8%	2,8%	2,5%
Materno-fœtale	1 pt	2 pts	4 pts
A.E.S. + autres	1,3%	1,4%	1,6%
Inconnu	7%	6,4%	6,6%

Homo/bisex	42%	43%	43%
Hétérosex	43%	44%	44%
ts autres MT sauf "inconnu"	14%	14%	13%

Après une prédominance de contamination par rapport homosexuel, on constate depuis plusieurs années que la contamination par rapport hétérosexuel augmente.

Par ailleurs, baisse de la prévalence des usagers de drogues : près de 7% en 2008 (vs 16% en 1996 – 11% en 2001)

Répartition des patients par stade de la maladie



%	2006	2007	2008
non SIDA	77%	78%	78%
SIDA	23%	22%	22%

Pendant la période 2006-2008, on constate une stabilité de la répartition des patients par stade : la proportion de patients Non Sida représente un peu plus de ¾ d'entre d'eux, pour un peu moins ¼ de patients SIDA.

Répartition des patients en fonction du niveau de T4 et de charge virale

(dernier résultat renseigné)

Dernier T4	2006	2007	2008
nb T4 renseignés	1223	1256	1326
<200	96 (7,8%)	93 (7,4%)	95 (7,2%)
200-350	185 (15,1%)	197 (15,7%)	188 (14,2%)
350-500	336 (27,5%)	317 (25,2%)	350 (26,4%)
>500	606 (49,6%)	649 (51,7%)	693 (52,3%)

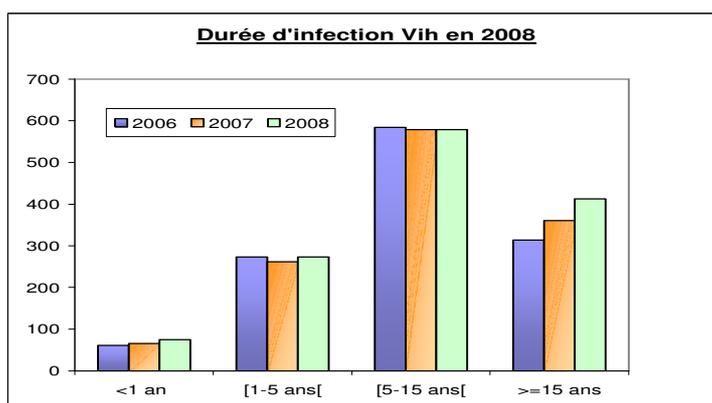
CV max	2006	2007	2008
Nb CV renseignées	1207	1233	1309
<=50	799 (66,2%)	893 (72,4%)	993 (75,8%)
51-400	103 (8,5%)	91 (7,4%)	111 (8,5%)
400-1000	37 (3,1%)	33 (2,7%)	24 (1,8%)
1000-10000	107 (8,8%)	74 (6%)	74 (5,7%)
10000-30000	55 (4,6%)	48 (3,9%)	38 (2,9%)
>=30000	106 (8,8%)	94 (7,6%)	69 (5,3%)

La proportion de patients ayant un niveau immunitaire bas (T4<200) est stable - soit environ 7,5% des patients et celle ayant un bon niveau (T4>500) a augmenté – 52,3% en 2008 (vs 49,6% en 2006).

Parallèlement, la proportion de patients avec un mauvais contrôle virologique (CV>30000 cp) a baissé – en particulier celle avec CV >100000 cp : 2,4% en 2008 vs 4% en 2006 – et 76% des patients suivis ont une charge virale <=50 cp.

On constate donc une amélioration du statut immuno-virologique des patients. En effet, en 2008, 571 patients étaient en succès immuno-virologique (T4 > 500 et CV<=50 cp) : soit 43% de la file active (vs 36% en 2006 : 448 pts)

Durée d'infection VIH



Nb pts (%file active)	2006	2007	2008
<1 an	61 (5%)	66 (5%)	75 (6%)
[1-5 ans[	273 (22%)	262 (21%)	273 (20%)
[5-15 ans[	584 (47%)	579 (46%)	579 (43%)
>=15 ans	314 (26%)	360 (28%)	413 (31%)
Durée médiane (moy) / durée max	9 ans (10) / 23 ans	9 ans (10) / 24 ans	10 ans (10) / 25 ans

Nouveaux cas SIDA

	2006	2007	2008
Nb de pts	21	16	23

En 2008, sur les 23 nouveaux cas SIDA, 12 patients venaient d'apprendre leur séropositivité (9 pts en 2006 – 6 en 2007)

Principales Pathologies classant SIDA

Nb pts	2006	2007	2008
Pneumocystose	8	3	8
Sarcome de Kaposi	4	3	4
Tuberculoses	2	5	4
L.E.M.P	0	0	3
Lymphomes	1	1	2
Candidose oesophagienne	3	4	2
Toxoplasmose cérébrale	3	1	2
Cachexie	0	0	2
Infections à CMV	0	1	2
Mycobactéries MAC	3	1	1
Encephalopathie liée au VIH	1	1	0
Cryptosporidiose >1 mois	1	0	0

Les 2 principales causes de SIDA restent la pneumocystose (en augmentation en 2008) et le sarcome de Kaposi. Toutefois, en 2007 et 2008 les tuberculoses augmentent, et en 2008, 3 cas de L.E.M.P ont été déclarés.

Durée d'infection VIH avant stade Sida

	2006	2007	2008
Total nvx cas sida	21 pts	16 pts	23 pts
<1 an (a)	9	6	12
[1-5 ans[	3	1	4
[5-15 ans[	6	7	4
>=15 ans	3	2	3
Durée médiane [durée max] *	6,5 ans [20ans]	9 ans [16ans]	11 ans [23 ans]

*exclus (a)

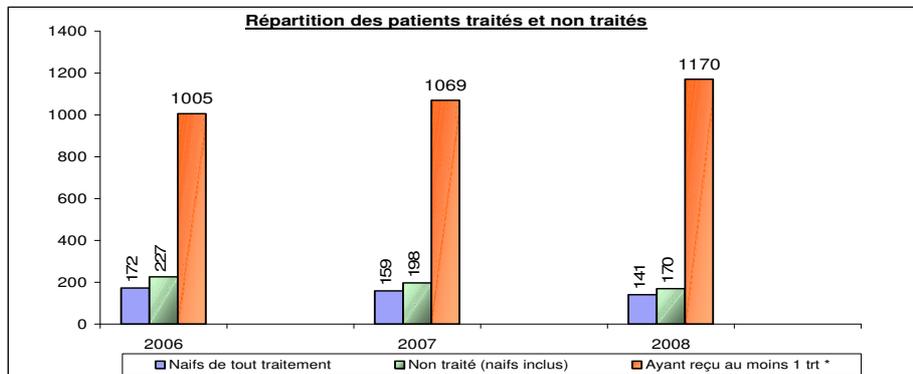
II- Traitements antiretroviraux de 2006 à 2008

Répartition des patients traités et non traités

Nb pts	2006	2007	2008
Naïfs de tout traitement	14%	12,5%	10,5%
Non traité (naïfs inclus)	18%	16%	13%
Ayant reçu au moins 1 trt *	82%	84%	87%

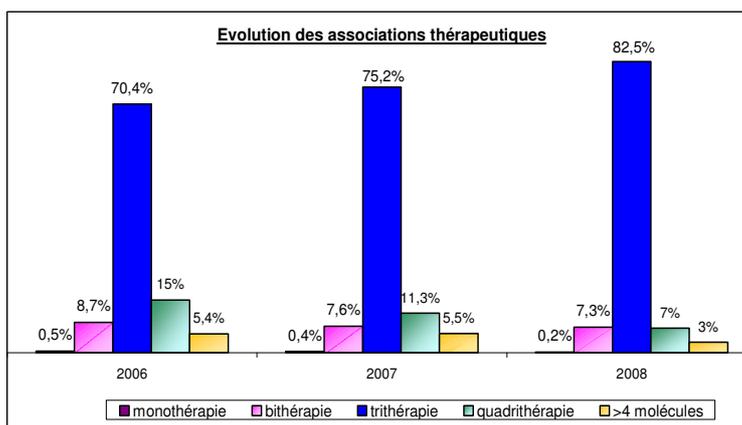
*pts ayant un traitement en cours ou ayant arrêté dans l'année considérée

Augmentation de patients traités et baisse des patients naïfs de tout traitement de 2006 à 2008 dus non seulement à l'allongement de la vie des patients infectés mais aussi à la mise sous traitement plus précoce.



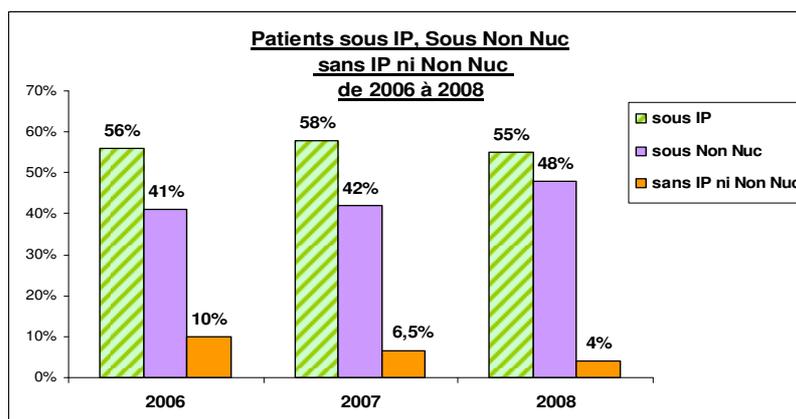
Association Thérapeutique

	2006	2007	2008
Monothérapie	5	4	2
Bithérapie	88	81	86
Trithérapie	708	804	965
Quadrithérapie	150	121	82
>4 molécules	54	59	35
Nbre Total de pts traités	1005	1069	1170



Nombre de patients sous Inhibiteurs de Protéase(IP), sous Non Nucléosidiques (INN), sans IP ni INN

	2006	2007	2008
Nb de pts ayant reçu au moins 1 trt	1005 pts	1069 pts	1170 pts
Sous IP (IP)	564	622	649
Sous Non Nucléosidiques (INN)	412	453	559
Sans IP ni INN	102	70	45



Evolution du nombre de patients recevant au moins une nouvelle molécule – de 2006 à 2008

	2006	2007	2008
Nb pts ayant reçu un trt	1005 pts	1067 pts	1170 pts
avec au moins Darunavir	5 (0,5%)	37 (3,5%)	105 (9%)
Avec au moins Tipranavir	16 (1,6%)	11 (1%)	5 (0,4%)
Avec au moins Etravirine	1	11 (1%)	24 (2%)
Avec au moins Raltegravir	2	27 (2,5%)	92 (7,8%)
Avec au moins Maraviroc	1	1	4 (0,3%)
Avec au moins Fuzéon	36 (3,6%)	17 (1,6%)	10 (0,8%)
Nb pts ayant reçu au moins l'une de ces molécules	44 (4,3%)	65 (6,1%)	143 (12,2%)

Répartition des T4 et charge virale(dernier résultat) des patients traités depuis plus de 6 mois

Dernier T4	2006	2007	2008
T4 non renseignés	7	7	10
<200	83 (8,5%)	82 (7,9%)	89 (7,7%)
200-350	160 (16,3%)	164 (15,8%)	169 (14,6%)
350-500	243 (24,7%)	251 (24%)	285 (24,6%)
>500	489 (50%)	537 (51,6%)	607 (52,3%)
Total	982	1041	1160

Dernière CV	2006	2007	2008
CV non renseignées	7	8	12
<=50	788 (80%)	876 (84%)	984 (85%)
51-400	88 (9%)	74 (7%)	92 (8%)
400-1000	20 (2%)	12 (1,2%)	16 (1,4%)
1000-10000	38 (4%)	29 (3%)	20 (1,7%)
10000-30000	13 (1,3%)	10 (1%)	8 (0,7%)
>=30000	28 (3%)	32 (3%)	28 (2,4%)
Total	982	1041	1160

85% des patients traités ont une charge virale indétectable.

La proportion de patients sous traitement depuis plus de 6 mois avec une charge virale <=50 et/ou des T4 >500 augmente. En 2008, environ 22% de ces patients (vs 25% en 2006) ont des T4<350.

Par ailleurs, on constate une diminution de la proportion de ces patients en échec thérapeutique (T4<200 et CV >=30000) : 1,2% en 2008 – vs 2,9% en 2007 ; 1,9% en 2006.

III- Traitements des patients co-infectés par les virus VIH et Hépatite de 2006 à 2008

	2006	2007	2008
Nb total de co-infectés	229 (18,6%)	218 (17,2%)	223 (16,6%)
Nb pts VHB (dernier agHbs+)	66	67	73
Nb pts VHC (dernier Ac-VHC+)	154	145	143
Nb pts VHB/VHC	9	6	7

Sont considérés comme co-infectés par le VIH et l'hépatite B, les patients VIH dont la dernière sérologie AgHbs connue est positive.

Répartition des patients co-infectés par le VIH et le VHC ou/et VHB (au 31/12/N)

		2006	2007	2008
VHC	Nb pts naifs de trt hépatite	85	74	70
	Nb pts en arrêt de trt	60	66	63
	Nb pts en cours de trt	9	5	10
VHB	Nb pts naifs de trt hépatite	43	44	49
	Nb pts en arrêt de trt	13	14	15
	Nb pts en cours de trt	10	9	9
VHB/C	Nb pts naifs de trt hépatite	5	3	4
	Nb pts en arrêt de trt	4	2	3
	Nb pts en cours de trt	0	1	0

Schémas thérapeutiques par type de virus hépatique

		2006	2007	2008
VHC	Copegus + Pegasys	3	3	5
	Pegasys + Rebetol	1	1	2
	Rebetol + Viraféron Peg	3	0	1
	Viraféron Peg	1	1	2
	Copegus + Mantadix + Pegasys	1	0	0
	Total	9	5	10
VHB	Baraclude	0	3	5
	Hepsera	8	4	3
	Hepsera + Zeffix	1	1	1
	Hepsera + Pegasys	0	1	0
	Pegasys	1	0	0
	total	10	9	9
VHB/C	Copegus + Viraféron	0	1	0

Nouveaux patients pris en charge au CHU de NANTES
De 2006 à 2008

- Nouvelles prises en charge de patients suivis auparavant dans un autre établissement
- Nouvelles découvertes de séropositivité en 2008

I – Caractéristiques des Nouveaux patients pris en charge de 2006 à 2008

	2006	2007	2008
File active	1232	1267	1340
Nbre de nvelles prise en charge	115 (9%)	125 (10%)	131 (10%)

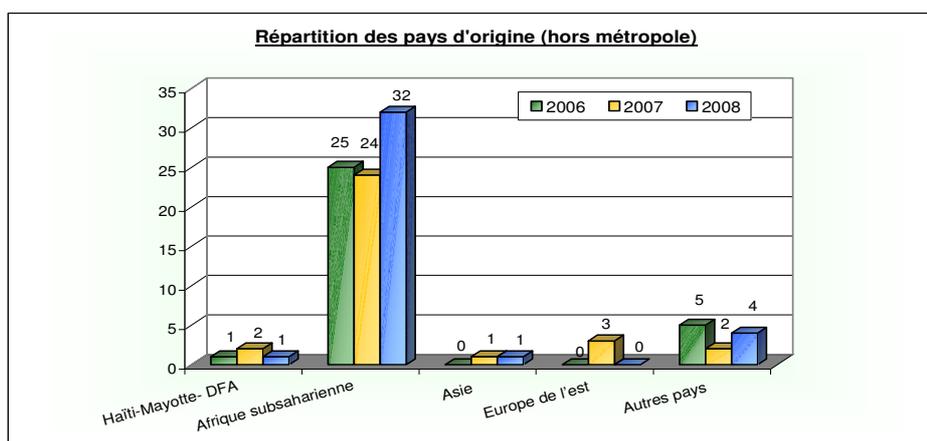
Stabilité de la proportion de nouvelles prises en charge par rapport à la file active de 2006 à 2008, mais augmentation en valeur absolue.

Répartition par sexe

	2006	2007	2008
Hommes	82 (71%)	91 (73%)	87 (66%)
Femmes	33 (29%)	34 (27%)	44 (34%)
Total	115	125	131

En 2007, on constate une baisse de la proportion d'hommes par rapport à celle des femmes : le sex-ratio est de 2 en 2008 (vs 2,5 en 2006 - 2,7 en 2007)

Répartition par origine



Pays de naissance (nb pts-%)	2006	2007	2008
Population non africaine	90	100	99
Afrique subsaharienne	25 (22%)	24 (19%)	32 (24%)

II – Les Nouvelles Découvertes de séropositivité de 2006 à 2008

Nb de patients	2003	2004	2005	2006	2007	2008
File active	1040	1104	1173	1232	1267	1340
Nouveaux séropositifs	60	81	77	61	65	75
% séro+ / file active	5,8%	7,3%	6,6%	4,9%	5,1%	5,6%

	2006	2007	2008
Nb de co-infectés	3 (dt 2 VHB)	7 (dt 4 VHB)	4 (VHB)

Sur les 6 dernières années, la proportion de prises en charge de patients nouvellement dépistés représente en moyenne environ 6% de la file active. En 2007, sur ces 65 patients, 7 étaient co-infectés par l'un des virus hépatite.

Origine des patients

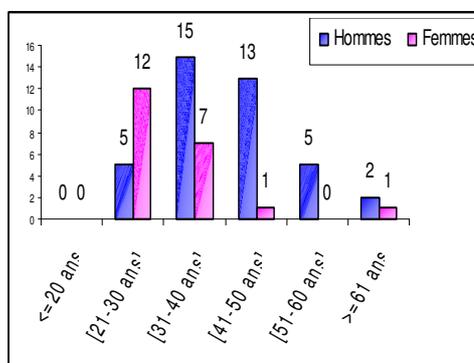
Nb (% / nb séro+)	2006	2007	2008
Population africaine	21 (35%)	15 (23 %)	18 (24%)
Haïti –Mayotte-DFA	0	0	2
Europe de l'Est	0	3	0
Autres pays	1	2	1
Total	22	20	21

Après une forte proportion de patients d'origine d'Afrique subsaharienne, on constate que celle-ci représente environ 1/4 des nouvelles découvertes de séropositivité.

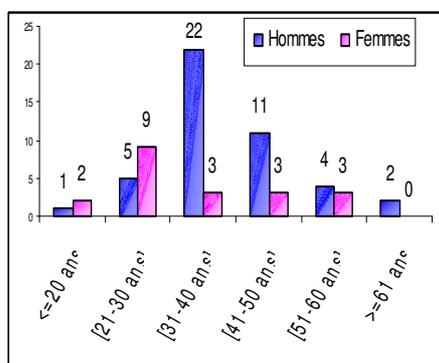
Répartition par sexe et âge

		2006	2007	2008
H+F	Nb pts	61 pts	65 pts	75 pts
	Age médian [min-max]	36 ans [21-71 ans]	37 ans [18-85 ans]	38 ans [18-67 ans]
H	Nb pts	40 pts (66%)	45 pts (69%)	53 pts (71%)
	Age médian [min-max]	41 ans [22-71 ans]	38 ans [19-85 ans]	39 ans [20-67 ans]
F	Nb pts	21 pts (34%)	20 pts (31%)	22 pts (29%)
	Age médian [min-max]	30 ans [21-63 ans]	30 ans [18-57 ans]	33 ans [18-59 ans]

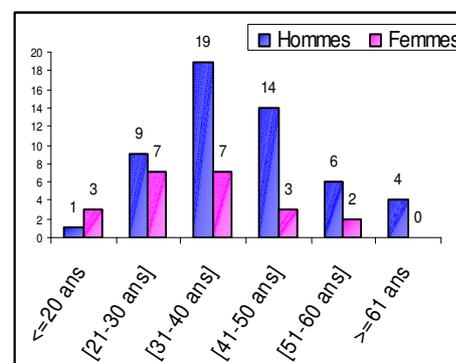
Les femmes contaminées sont plus jeunes que les hommes, malgré l'augmentation de leur âge médian en 2008 (33 ans vs 30 ans en 2006).



2006



2007



2008

La répartition par sexe et par tranche d'âge fait apparaître que

- 19% des hommes âgés de plus de 50 ans ont été contaminés en 2008 - vs 13% en 2007 et que 3 jeunes femmes ont moins de 20 ans
- 62% des hommes ont entre 31 et 50 ans – 63% des femmes ont entre 21 et 40 ans

Répartition par mode de contamination et par sexe

Par mode de contamination	2006	2007	2008
Homo/bisexuelle	25 (41%)	23 (35%)	32 (43%)
Hétérosexuelle	27 (44%)	32 (49%)	36 (48%)
Toxico	1	2	0
AES+Autres	0	3	2
Inconnu	8 (13%)	5 (7,7%)	5 (6,6%)
Total	61 pts	65 pts	75 pts

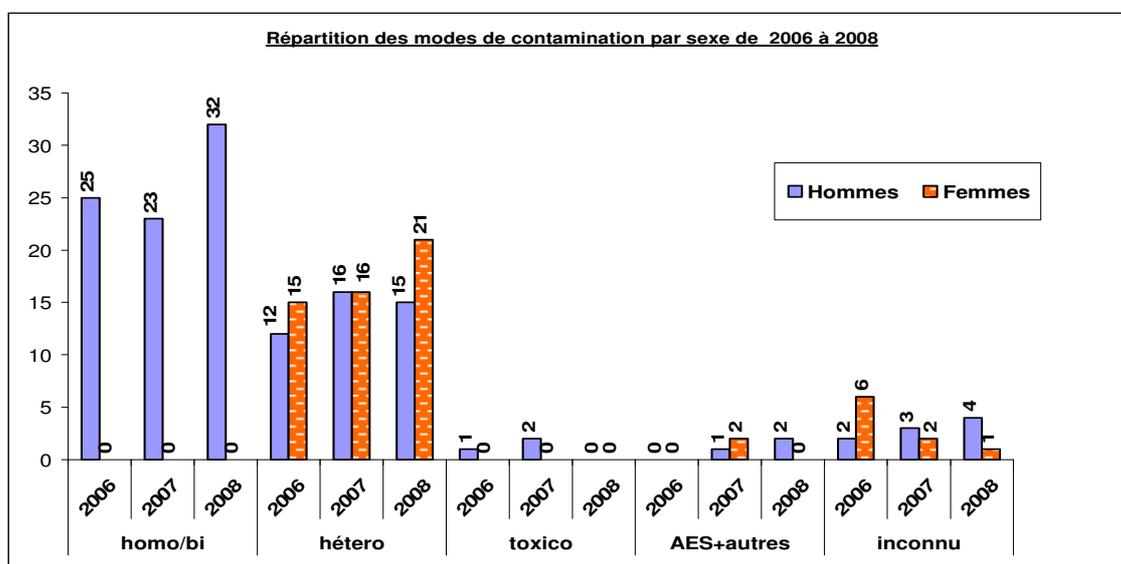
Pas de contamination par : Hémophilie-transfusion –transmission maternofoetale

Entre 2006 et 2008, la proportion de contamination par rapport hétérosexuel - devenu le 1^{er} mode de transmission du VIH- . a fortement augmenté.

Si l'on ne considère que les modes de contamination connus - sur la même période (la part des modes inconnus représentant 13% en 2006)- en moyenne 52% des nouveaux séropositifs ont été contaminés par des rapports hétérosexuels (51% en 2008 – 53% en 2007 – 51% en 2006)

Répartition par sexe

	2006		2007		2008	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
homo/bis	25 (62%)	0	23 (51%)	0	32 (60%)	0
hétéro	12 (30%)	15	16 (36%)	16	15 (28%)	21
toxico	1	0	2	0	0	0
AES+autres	0	0	1	2	2	0
inconnu	2	6	3	2	4	1
Total	40	21	45	20	53	22

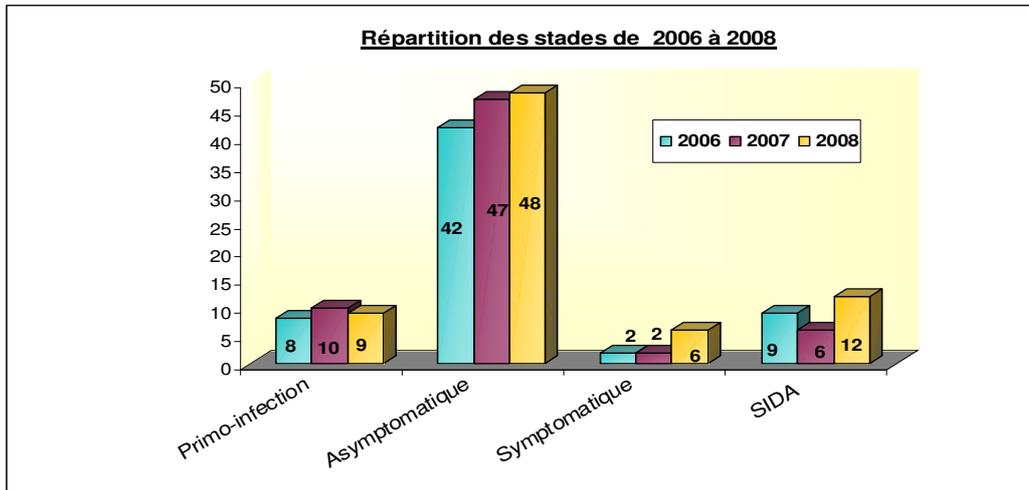


La quasi-totalité des femmes ont été infectées par rapport hétérosexuel.

Chez les hommes, la transmission par rapport homosexuel a augmenté en 2008.

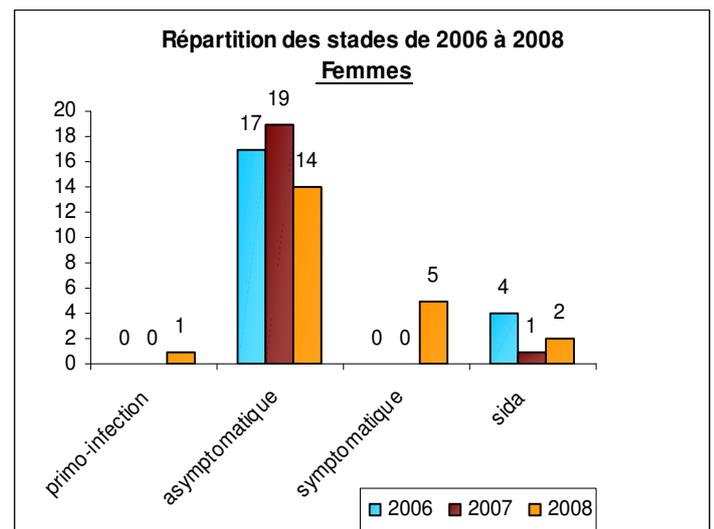
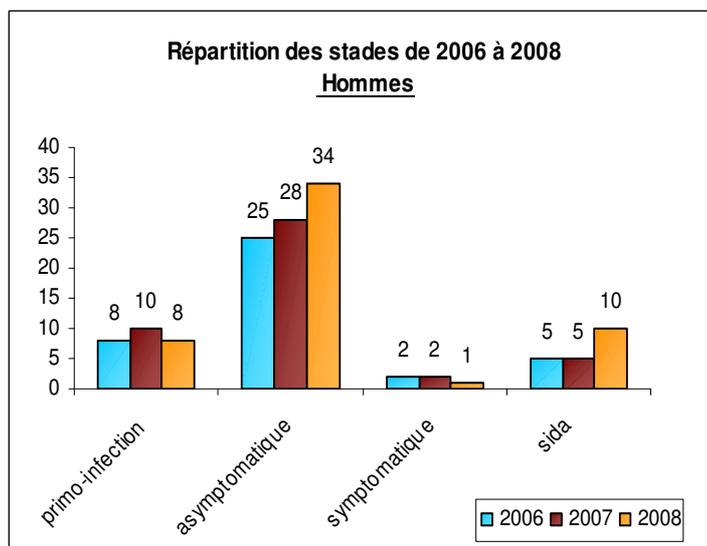
Répartition par stade de la maladie

	2006	2007	2008
Primo-infection	13%	15%	12%
Asymptomatique	69%	72%	64%
Symptomatique	3% (2 pts)	3% (2 pts)	8% (6 pts)
SIDA	15%	9%	16%



En 2008, la prise en charge des patients nouvellement infectés se fait à un stade moins précoce reflétant un certain relâchement : 76% d'entre eux étaient au stade de la primo-infection ou asymptomatique (vs 82% en 2006 – 88% en 2007), tandis que 12 patients étaient déjà au stade SIDA

Répartition des stades par sexe



Hommes			
% / nb Hommes	2006	2007	2008
Primo-infection	20%	22%	15%
Asymptomatique	63%	62%	64%
Symptomatique	5%	4%	2%
Sida	12%	11%	19%

Femmes			
% / nb Femmes	2006	2007	2008
Primo-infection	-	-	4%
Asymptomatique	81%	95%	64%
Symptomatique	-	-	23%
Sida	19%	5%	9%

Les hommes continuent à découvrir leur séropositivité à un stade plus précoce de la maladie que les femmes (79% sont au stade primo-infection et asymptomatique- vs 83% en 2006), même si la situation est moins satisfaisante en 2008 (10 pts sont au stade SIDA).

Pathologies classantes

	2006	2007	2008
Pneumocystose	5	2	6
Candidose oesophagienne	2	2	2
Tuberculose	1	2	1
Sarcome de Kaposi	1	0	2
Infections à CMV	0	0	2
Toxoplasmose cérébrale	2	0	0
Encéphalite liée au VIH	1	0	0
Infections à Mycobactéries	1	1	0
Cachexie	0	0	1

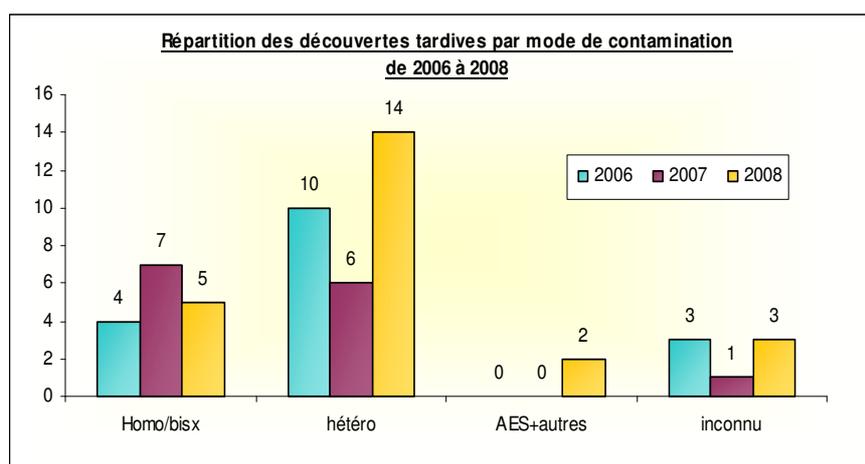
La séropositivité au stade SIDA se découvre principalement lors d'une prise en charge d'une pneumocystose (souvent en cours d'hospitalisation).

Répartition par niveau immunitaire

	2006	2007	2008
Nb pts avec T4 renseignés	60	64	75
<200	16 (27%)	14 (22%)	24 (32%)
200-350	14 (23%)	13 (20%)	16 (21%)
350-500	9 (15%)	19 (30%)	12 (16%)
>500	21 (35%)	18 (28%)	23 (31%)

En 2008, lors du premier recours au soins, les patients nouvellement infectés ont un niveau immunitaire très bas : 32% d'entre eux ont des T4<200 (vs 27% en 2006)

Découvertes tardives en fonction du mode de transmission (T4<200 ou stade SIDA)



%	2006	2007	2008
Nb total	17	14	24
Homo/bisex	24%	50%	21%
hétéro	59%	43%	58%
AES+autres	0	0	8%
inconnu	17%	7%	12%

Confirmation d'une prise en charge tardive chez les hétérosexuels, avec un niveau immunitaire faible

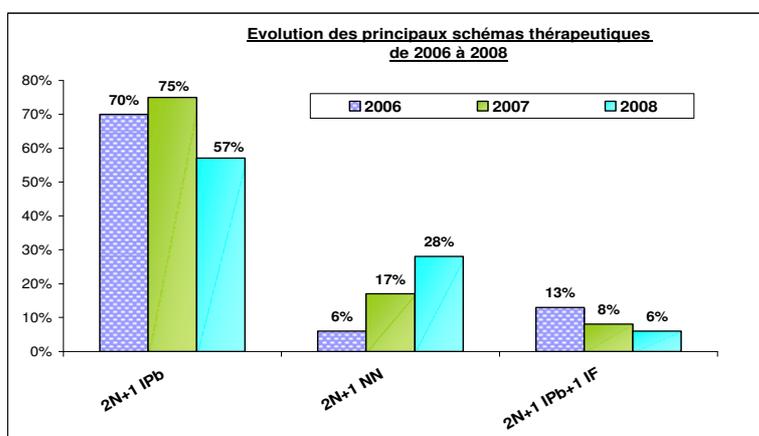
III - Traitement antirétroviral des nouveaux séropositifs de 2006 à 2008

Année N	2006	2007	2008
Nb de vvx séropositifs	61 pts	65 pts	75 pts
Nb de pts naïfs de trt	35 pts	40 pts	36 pts
Nb pts ayant reçu un trt	26 pts	25 pts	39 pts
Nb pts en cours de trt en N	23 pts (38%)	24 pts (37%)	35 pts (47%)

En 2008, augmentation de la proportion de patients nouvellement infectés mis sous traitement due à une augmentation de prise en charge tardive, d'une part, et suite aux nouvelles recommandations (mise sous traitement plus précoce).

Lignes thérapeutiques en cours de l'année N

	2006	2007	2008
Nb pts en cours de trt	23 pts	24 pts	35 pts
2N+1 IPb	16	18	20
2N+1 NN	2	4	10
2N+1 IPb+1 IF	3	2	2
2N+1NN+1 IPb	0	0	1
2N+1NN+1 IF	0	0	1
2N+1 II	0	0	1
3N	1	0	0
3N+2 IPb+1 if	1	0	0



La majorité des nouveaux séropositifs en cours de traitement (fin année N) sont traités par 2 Nucléosidiques et un Inhibiteur de protéase boosté (2N+1IPb) – principale association : Kaletra+Truvada (11 pts en 2008 vs 6 pts en 2006)-

Niveau de T4 et de charge virale à la mise sous traitement

	2006	2007	2008
Nb pts sous trt en N	23 pts	24 pts	35 pts
T4 médian [min-max]	158 [2-361]	117 [11-331]	137 [1-314]
CV (log) : médiane [min-max]	5,7 log [3,84-7,2]	5,23 log [3,13-6,61]	4,91 log [3-6,19]

Evolution des caractéristiques des patients décédés de 2006 à 2008

I - Principales caractéristiques

Répartition par sexe et stade de la maladie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
File active (Nb de patients)	1040	1104	1173	1232	1267	1340
Nb de Décès (Nb de patients)	15	17	14	21	11	15

	2006	2007	2008
Nb décédés(analysés)	21	11	11
<u>Sexe</u>	20 Hommes 1 Femme	7 Hommes 4 Femmes	9 Hommes 2 Femmes
<u>Stade maladie</u>	9 A 3 B 9 C	2 A 2 B 7 C	3 A 1 B 7 C

Durée de survie des patients VIH décédés de 2006 à 2008 (date de décès-date VIH)

Durée de survie des patients infectés par le VIH (tous stades confondus)			
	2006	2007	2008
Age au décès : médian [min-max]	48 ans [34-75 ans]	49 ans [28-82 ans]	43 ans [32-54 ans]
Durée de survie: médiane [min-max]	15 ans [0,2-20 ans]	16 ans [5-21 ans]	14 ans [1-21 ans]

La diminution de l'âge médian (max) des personnes décédées fait présager de l'apparition plus précoce de pathologies chez patients infectés par le VIH que dans la population générale.

Niveau T4 et charge virale au moment du décès

Dernier T4	2006	2007	2008
Nb DCD	21 pts	11pts	11pts
NR	2	1	0
<50	5	1	2
[50-200[	5	3	3
[200-350[	3	2	1
[350-500[	3	3	3
>=500	3	1	2
T4 médian [moy] [min-max]	184 [235] [4-745]	227 [269] [10-528]	348 [309] [3-811]

Dernière CV	2006	2007	2008
Nb DCD	21 pts	11pts	11pts
NR	1	1	0
Indétectable	7	3	6
<500 cp	4	3	1
[500-5000[ [	2	2	0
[5000-30000[	3	1	2
>=30000	4	1	2

La proportion de patients ayant un niveau immunitaire et virologique satisfaisant, ainsi que la valeur des T4 au moment du décès, augmente entre 2006 et 2008 (45% T4>=500 et/ou 63% CV<500 cp en 2008 – vs 28% T4 >=500 et /ou CV<500 cp en 2006). Cela résulte de l'évolution des causes de décès depuis quelques années.

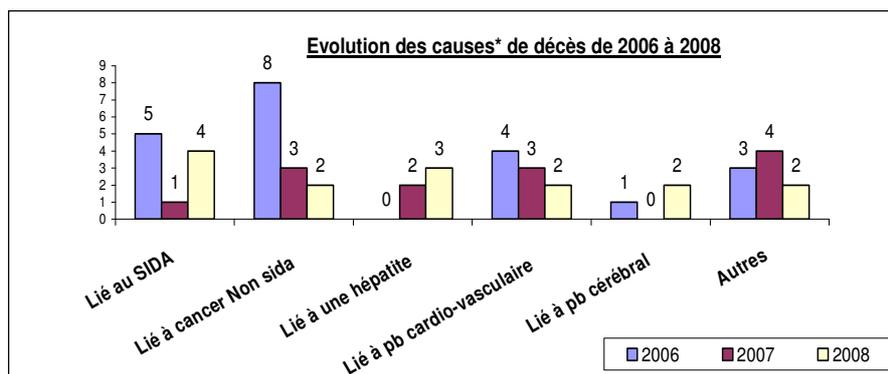
II - Traitement des patients décédés et causes de décès

Traitement antirétroviral

	2006	2007	2008
Nb pts ayant reçu au moins 1 trt	21 pts	11 pts	11 pts
Nb pts en arrêt de trt au DC	2	1	2
Nb médian lignes thérapeutiques [min-max]	4 lignes [1-17]	8 lignes [1-17]	4 lignes [1-16]
Durée médiane sous ARV [min-max]	8 ans [0-11]	9 ans [0-17]	8 ans [2-15]

Causes de décès (* 1 ou plusieurs : cause immédiate et/ou ayant contribué)

Cf critères de l'enquête « Mortalité 2005 »



1 ou plus. causes	2006	2007	2008
Lié au SIDA	5 pts	1 pt	4 pts
	<ul style="list-style-type: none"> - Sida multiples : 3 pts ↳ MAC – cde digestive ↳ cryptosporidiose ↳ Cachexie – MAC ↳ Toxoplasmose cérébrale-cachexie - lymphome plasmoblastique - kaposi pulmonaire 	Cachexie	<ul style="list-style-type: none"> - LEMP - Encephalite à VIH - Infection à CMV - cachexie
Lié à cancer non sida	8 pts	3 pts	2 pts
	<ul style="list-style-type: none"> -métastases ganglion (sur tumeur séminomat.) -cancer poumon : 2 pts (1 pt avec métastases hépatiques – 1 avec tumeur neuro-endocrine) -carcinome hépatocellulaire -carcinome larynx : 2 pts (1 avec métastases carotidiennes) -cancer de la vessie(+ métastases hépatiques) -cancer autre siège non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> -cholangiocarcinome avec métastases (foie-poumon -os) -carcinome vulvaire (+métastases ganglion) -cancer de la mandibule 	<ul style="list-style-type: none"> -cancer anal (+métastases poumon) -mélanome (+ métastases pulm)
Lié à hépatite	0 pt	2 pts	3 pts
		Cirrhose hépatite : 2 pts	<ul style="list-style-type: none"> -hép. C (+insuf hép) -cirrhose sur hép (2)
Lié à pb cardio-vasc	4 pts	3 pts	2 pts
	<ul style="list-style-type: none"> -HTAP -cardiomyopathie -insuffisance cardiaque -infarctus myocarde 	<ul style="list-style-type: none"> -insuffisance cardiaque -atcd cardiovasc (+artérite) -Infarctus du myocarde 	<ul style="list-style-type: none"> -insuffis. cardiaque -infarctus myocarde
Lié à pb cérébral	1 pt	0 pt	2 pts
	Hémorragie intracérébrale		<ul style="list-style-type: none"> -ischémie cérébrale -hémorragie cérébrale
Autre - indéterminé	3 pts	4 pts	2 pts
	<ul style="list-style-type: none"> -suicides (2) -Indéterminé 	<ul style="list-style-type: none"> -suicide (1) -AEG (1) -Indéterminé (2) 	<ul style="list-style-type: none"> -suicide - méningite

Depuis plusieurs années, la majorité des causes de décès ne sont plus directement liées à l'infection VIH (non SIDA) (en 2008 : aucune cause de décès lié au VIH non SIDA) mais à des causes qui surviennent dans la population générale de façon plus précoce.
Par contre, depuis 2007, des pathologies liées à des problèmes hépatiques sont à l'origine des décès.

Dernier traitement des patients décédés pour une cause autre ou indéterminée

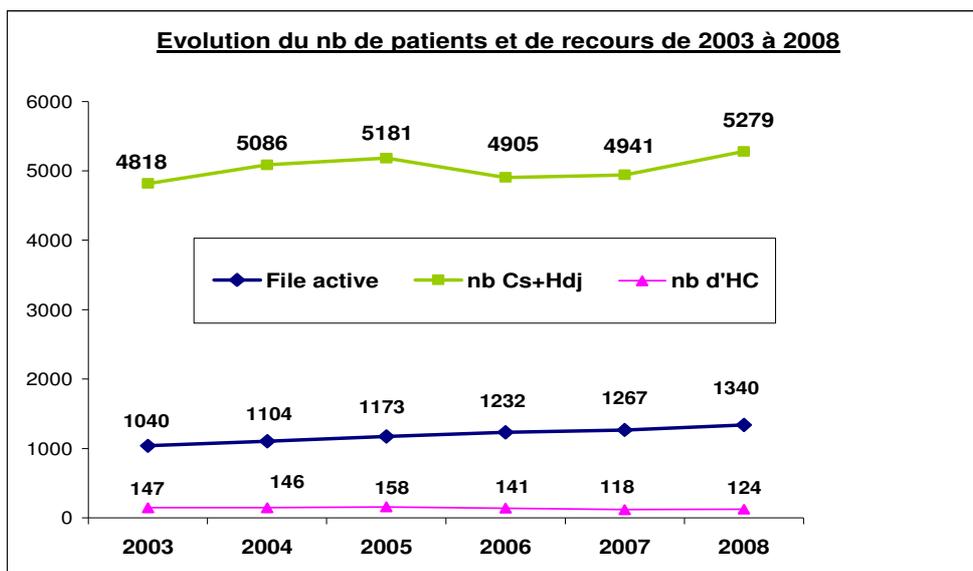
Autres causes		traitement
Suicides	2006	-Kivexa + Norvir + Reyataz -Kaletra + Truvada
	2007	Combivir + Viramune
	2008	Invirase + Kivexa + Norvir
Méningite	2008	-non traité VIH -trt hépatite
A.E.G.	2007	Kalétra + Trizivir
Indéterminé	2006	Crixivan + Norvir + Truvada
	2007	Kalétra + Trizivir Kalétra + Trizivir

Le traitement de ces patients ne montre pas l'incidence de ceux-ci sur l'origine des décès.

Evolution des principales activités hospitalières de 2003 à 2008

I - Evolution des recours aux soins de 2003 à 2008

Généralités

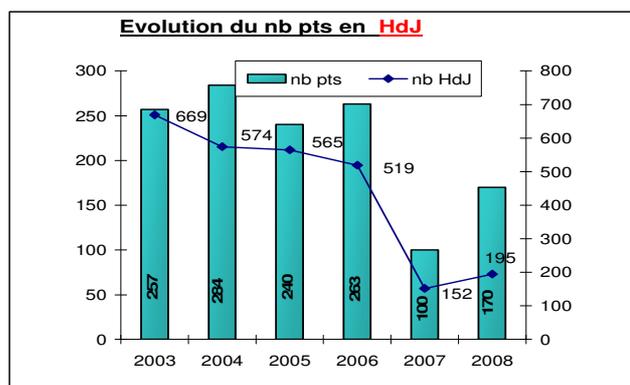
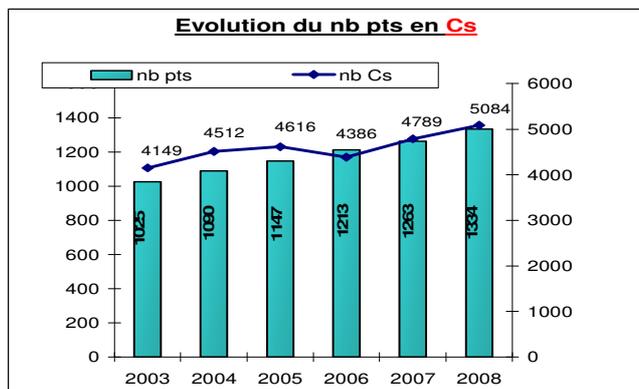


Depuis 2003, la file active a augmenté de 29% et globalement le nombre de recours aux soins dans le service des maladies infectieuses a augmenté de 9% (Cs+Hdj+HC).

Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (instaurées en 2008) :

391 patients ont été staffés (soit 29% de la file active) concernant 538 recours (soit 1,4 recours/patient)

Evolution du nombre des consultations et des hôpitaux de jour en fonction du nbre de patients



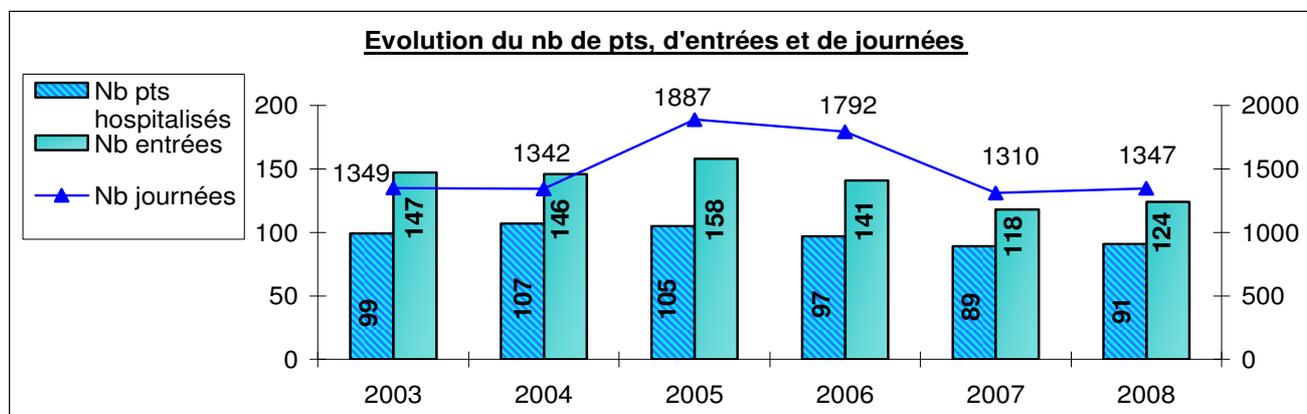
L'ensemble des consultations externes et des hôpitaux de jour réalisés en Infectiologie a augmenté de près de 10% depuis 2003. La chute des hôpitaux de jour, à partir de 2007, correspond à la mise en conformité de cotation selon la circulaire ministérielle de novembre 2006.

II - Hospitalisations complètes

Le recensement et l'analyse des hospitalisations complètes ne concernent que le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales.

Il en résulte que l'évaluation de la prise en charge des patients infectés par le VIH est sous-estimée.

Evolution des entrées et journées de 2003 à 2008



Depuis 2003, on constate une stabilité du nombre de patients hospitalisés, une légère baisse du nombre d'entrées, et une stabilité du nombre de journées d'hospitalisation (malgré un pic en 2005 et 2006).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nb moyen de journées par pt	14 jrs	13 jrs	18 jrs	18 jrs	15 jrs	15 jrs
DMS [Durée min-durée max]	9 jrs [1-94 jrs]	9 jrs [1-73 jrs]	12 jrs [1-108 jrs]	13 jrs [1-116 jrs]	11 jrs [1-79 jrs]	11 jrs [1-108 jrs]

Sur la période [2003-2008], le nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient est de 15 jours et la DMS est de 11 jours.

Répartition des journées d'hospitalisation et DMS par stade de la maladie

	Non Sida		SIDA *		Total	
	Nb journées	DMS	Nb journées	DMS	Nb journées	DMS
2003	444 (33%)	6 jrs	905 (67%)	12 jrs	1349	9 jrs
2004	508 (38%)	7 jrs	834 (62%)	12 jrs	1342	9 jrs
2005	751 (40%)	11 jrs	1136 (60%)	13 jrs	1887	12 jrs
2006	584 (33%)	9 jrs	1208 (67%)	16 jrs	1792	13 jrs
2007	410 (31%)	8 jrs	900 (69%)	8 jrs	1310	11 jrs
2008	383 (28%)	8 jrs	964 (72%)	13 jrs	1347	11 jrs

Après une baisse de la proportion de journées d'hospitalisation des patients au stade SIDA (60% en 2005 – vs 67% en 2003), on observe depuis 2005 une hausse (72% en 2008).

* Parmi ces patients : Nombre de nouvelles découvertes de séropositivité

2003	2004	2005	2006	2007	2008
6 pts	4 pts	9 pts	9 pts	4 pts	10 pts

Principaux diagnostics d'hospitalisation complète (diagnostics principaux et/ou associés)

	2006	2007	2008
Pneumocystose	9	5	11
Autres mal. pulmonaires	18	20	11
Tuberculose (ttes)	6	6	10
Infection à MAC	6	3	7
Infections à CMV	1	1	5
Infections à toxoplasma	7	5	5
Lymphomes (ts)	7	1	5
Epilepsie	7	7	6
<i>Cirrhose – insuff.</i>	2	8	5
<i>Toutes hépatites</i>	9	7	0
Candidose oesophagienne	3	2	1
Kaposi	3	1	1
Cancer	3	0	0

De nombreuses pneumocystoses diagnostiquées lors d'hospitalisation (parfois en pneumologie) ont permis la découverte de la séropositivité des patients.

Autres activités

I - Evolution des A.E.S. de 2006 à 2008

	2006	2007	2008
Nb consultants*	143	133	162
Nb de consultations	160	151	189
Nb de dossiers analysés	131 (92%)	123 (92%)	149(92%)

* ayant eu au moins un épisode AES

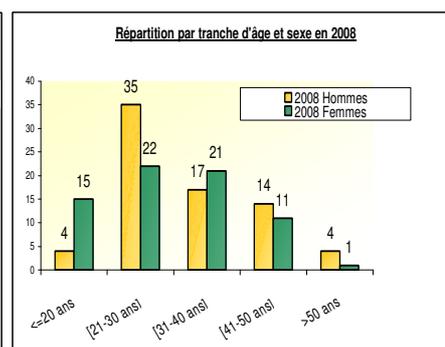
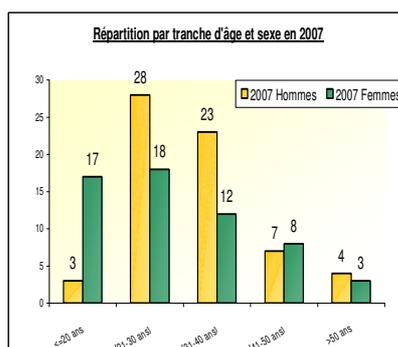
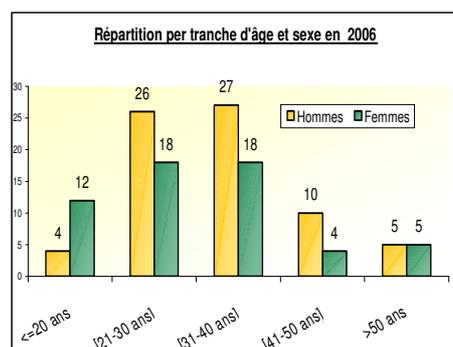
Le nombre de consultations pour A.E.S. a augmenté de 18% entre 2006 et 2008

Le nombre de patients a augmenté de 13%

Analyse sur les dossiers A.E.S. complétés

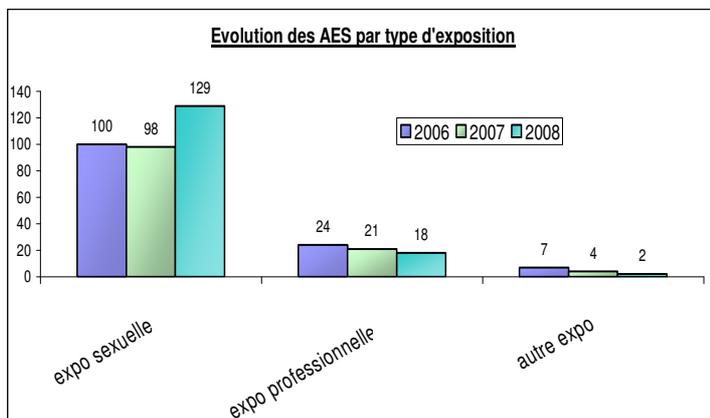
Répartition par âge et sexe

		2006	2007	2008
Hommes	Nb pts	72 pts (56%)	65 pts (53%)	74 pts (51%)
	Age : médian [min-max]	31 ans [15-64 ans]	31 ans [18-55 ans]	30 ans [16-59 ans]
Femmes	Nb ptes	57 ptes (44%)	58 ptes (47%)	70 ptes (49%)
	Age : médian [min-max]	28 ans [15-67 ans]	27 ans [15-56 ans]	29 ans [15-55 ans]
Total	Nb pts	129 pts	123 pts	144 pts
	Age : médian [min-max]	31 ans [15-67 ans]	29 ans [15-56 ans]	30 ans [15-59 ans]



Répartition des types d'exposition au risque VIH

		2006	2007	2008
Expo professionnelle	H	8	7	3
	F	16	14	15
	total	24	21	18
Expo sexuelle	H	59	57	71
	F	41	41	58
	Total	100	98	129



Répartition des AES professionnels par nature d'exposition

	2006	2007	2008
Piqûre	14	11	14
Projection	3	1	2
coupure	0	2	1
Autre ou NR	1	1	1

Statuts VIH de la personne source

Statut VIH	2006	2007	2008
NR	6	9	4
Inconnu	94	84	111
Sérologie VIH positive	24*	21**	33 ***
Sérologie VIH négative	7	9	2
Total	131	123	150

* Sur les 24 personnes source infectées par le VIH , 20 ont un suivi VIH connu

** Sur les 21 personnes source infectées par le VIH , 18 ont un suivi VIH connu

*** Sur les 33 personnes source infectées par le VIH , 30 ont un suivi VIH connu

Traitements prescrits

	2006	2007	2008
Nb pts ayant eu au moins 1 AES	143	133	162 pts
Nb pts ayant reçu au moins 1 trt	87 (60%)	88 (66%)	100 pts (62%)

Dernier traitement prescrit

	2006	2007	2008
Combivir – Viracept	53	0	0
Combivir – Kalétra	25	79	78
Kalétra – Truvada	2	5	12

II - EDUCATION THERAPEUTIQUE

Définition de l'Education thérapeutique

«L'education thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique
Elle comprend des activités organisées, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des comportements liés à la santé et à la maladie, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Objectifs

Les finalités spécifiques de l'education thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation

Déroulement d'un programme d'education thérapeutique

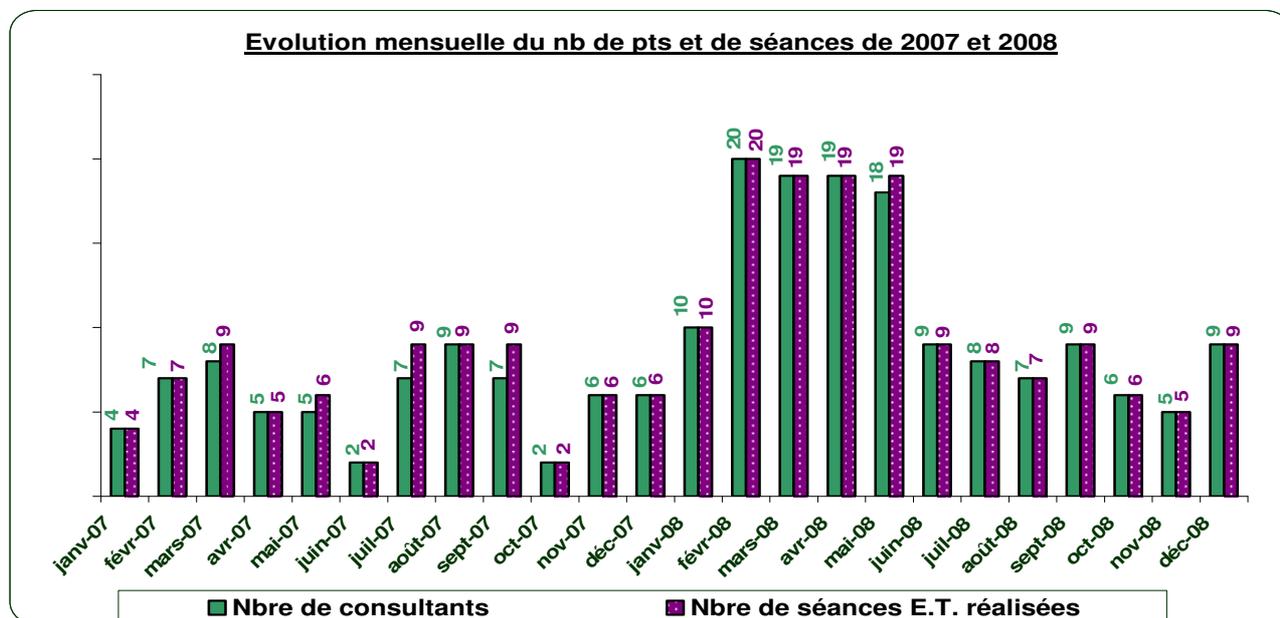
Un programme d'education thérapeutique est planifié en 4 étapes :, proposant un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé.

- 1- Elaborer un diagnostic éducatif
- 2- Définir un programme personnalisé d'education thérapeutique avec des priorités d'apprentissage
- 3- Planifier et mettre en œuvre les séances d'education thérapeutique individuelle et collective ou en alternance.
- 4- Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

L'équipe d'education thérapeutique est composée de :

2 médecins – 2 infirmières – 2 psychologues – 1 diététicienne – 1 cadre de santé – 1 secrétaire
(Réunions mensuelles)

Evolution de l'activité d'education thérapeutique de 2007 et 2008



Evolution globale de l'activité de 2006 à 2008 par rapport à la file active

	2006	2007	2008
File active	1232	1267	1340
Nb pts vus en ET	38	49	109
Nb séances réalisées	63	74	140
Nb séances / pt	1,7	1,5	1,2
% de pts vus en E.T. / file active	3%	4%	8%

En deux ans, le nombre de séances individuelles a très fortement augmenté (plus du double) et le nombre de patients pris en charge représentait 8% de la file active en 2008 (vs 3% en 2006).

Caractéristiques des patients venus en Education Thérapeutique

Répartition par sexe

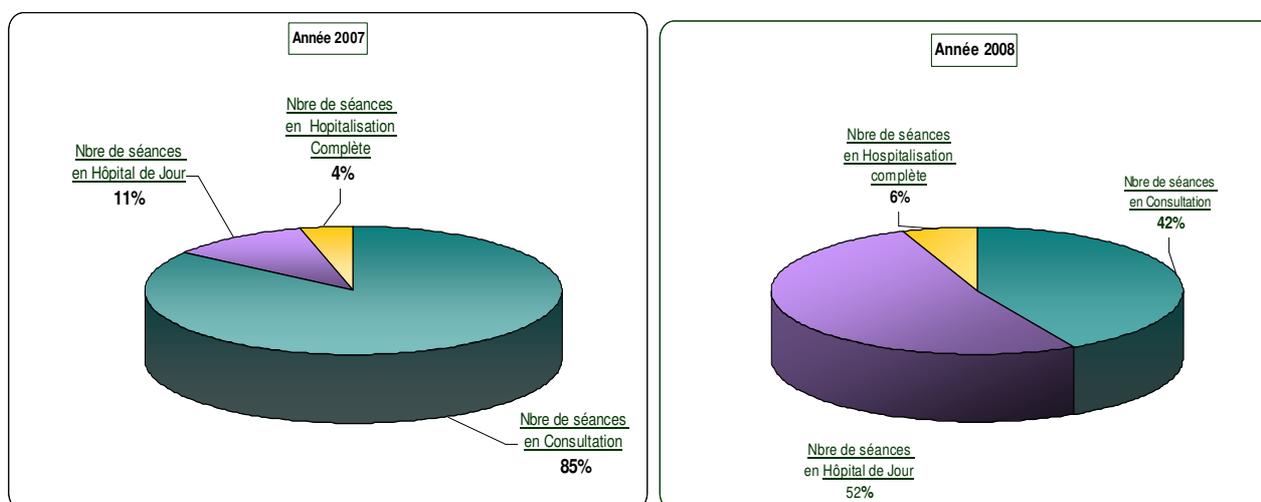
	2006	2007	2008
Nb total de pts	38	49	109
Hommes	24 (63%)	34 (69%)	71 (65%)
Femmes	14 (37%)	15 (31%)	38 (35%)

Proportion de patients co-infectés par le VIH et le VHC ou/et VHB vus en éducation thérapeutique

	2006	2007	2008
Nb co-infectés dans file active	229	218	223
Nb co-infectés vus en E.T.	3	11	11
% co-inf./file active co-inf	1,3%	5%	5%

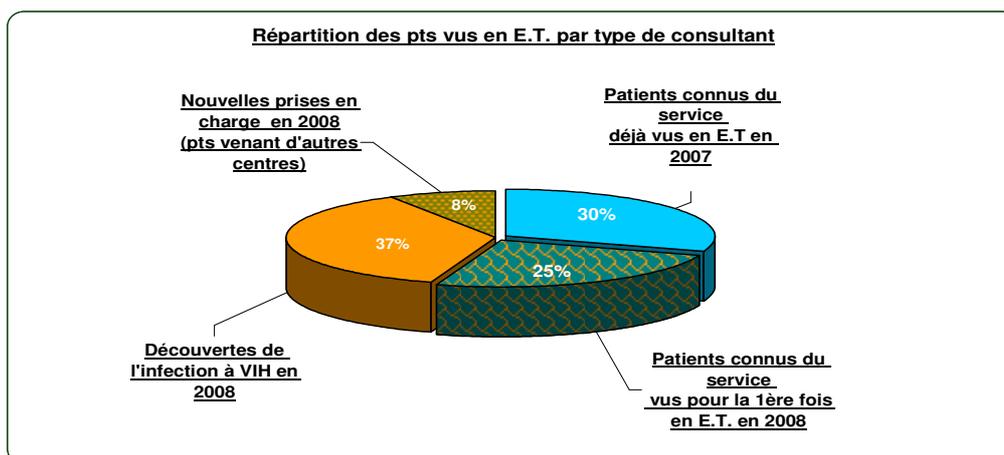
Secteurs d'activité où les séances d'éducation thérapeutique sont réalisées

	2007	2008
Consultation	63	59
Hôpital de jour	8	73
Hospitalisation complète	3	8



Les infirmières interviennent également pour conseils téléphoniques : ces appels sont difficilement quantifiables

Répartition des patients vus en éducation thérapeutique en 2008



Année 2008		
Patients connus du service, déjà vus en E.T. en 2007	33 pts	30%
Patients connus du service, vus pour la 1ère fois en E.T. en 2008	27 pts	25%
Découvertes de l'infection à VIH en 2008	40 pts	37%
Nouvelles prises en charge (pts venant d'autres centres) en 2008	9 pts	8%

	2007	2008
Nb de nouveaux séropositifs	65	75
Nb séropositifs vus en E.T	13 (20%)	40 (53%)

En 2008, plus de la moitié des patients nouvellement infectés ont été pris en charge en éducation thérapeutique.

Séances individuelles d'éducation thérapeutique

Motifs :

- Education FUZEON
- Physiopathologie de l'infection à VIH
- Prévention
- Mise sous traitement ARV

Orientés :

- patients eux-mêmes
- Médecins référents
- Infirmières
- psychologues
- psychologues
- autres

Soins de support vers lesquels peuvent être orientés les patients :

- Médecin
- Diététicienne
- psychologue
- assistante sociale
- associations

Séances collectives : atelier diététique « petits déjeuners »

Mise en place par la diététicienne, ils sont organisés 1 fois par mois, avec les infirmières et les aide-soignantes, sur un thème défini au préalable et sur inscription des patients (durée de préparation : 1h30 – durée séance : 2h30)

	2007	2008
Nb séances collectives	9	3
Nb moyen de patients présents à chaque séance	5 pts	4 pts
[min-max]	[3-8 pts]	[3-4 pts]

Actions de l'équipe d'éducation thérapeutique en 2008

- Dispensation de cours : IFSI-pôle médecine
- Questionnaires de satisfaction des patients analysés par Mme GREFFIER, ingénieur en éducation thérapeutique au CREDEPS . Résultats :
 - organisation générale très satisfaisante
 - prise en charge éducative enrichissante et adaptée aux besoins des patients
- Evaluation des pratiques soignantes par Mme GREFFIER : Résultats
 - compétences éducatives du personnel soulignées
 - très bonne prise en compte des besoins des patients, du contexte de vie....
 - Véritable accompagnement des patients
- Participation à la journée « d »Echanges de pratiques, de connaissance et de compétences entre acteurs de l'Education thérapeutique » du 12 décembre 2008, organisée par le CREDEPS.
- Participation au comité de pilotage des 2èmes journées d'étude en Education thérapeutique (mars 09) et animation atelier « des outils, des techniques et des méthodes

III - Activité en Pédiatrie

Analyse réalisée sur les enfants nés de mère séropositive

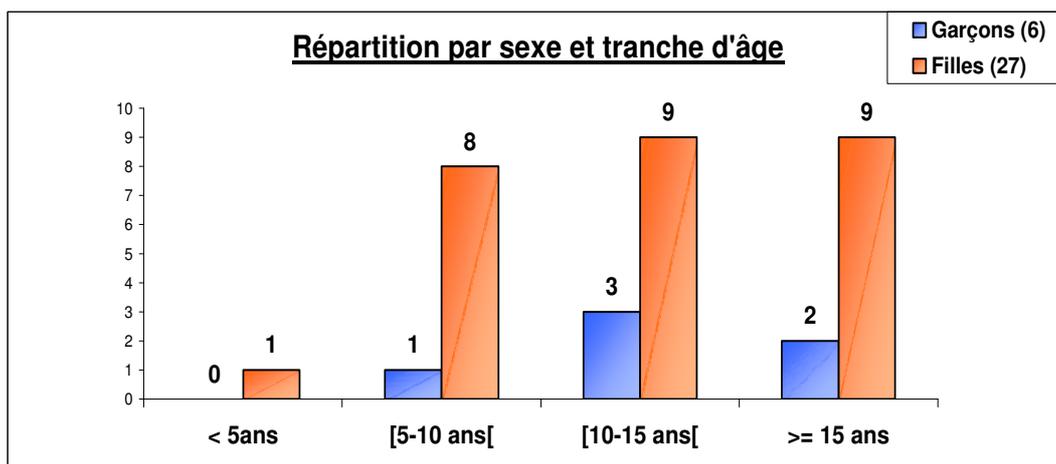
Répartition des enfants suivis selon leur statut VIH

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

Analyse réalisée sur la file active VIH pédiatrique 2008

Répartition par sexe et âge

	Garçons	Filles	Total
Nb enfants	6	27	33
Age médian [min-max]	13 ans [10-17 ans]	13 ans [5-17 ans]	13 ans [5-17 ans]
< 5ans	0	1	1
[5-10 ans[	1	7	8
[10-15 ans[	3	9	12
>= 15ans	2	10	12



Répartition par stade

	Non Sida	SIDA
Nb enfants	26	7

Pathologies classantes

Pathologie	Nombre d'enfants (efts)
Pneumocystose	2 efts
Pneumopathie à CMV	1 efts (associée à 1 des pneumocystoses)
Tuberculose	2 efts
Encephalite liée au VIH	3 efts
M.A.C.	1 efts
1 des enfant a eu : pneumocystose+pneumopathie à CMV+encéphalite liée au VIH	

Autres pathologies classantes survenues après 1^{er} épisode SIDA :

candidose oesophagienne (1 enfant)

Encéphalopathie liée au VIH (1 enfant)

Pneumocystose (1 enfant)

Niveau de T4 et Charge virale des enfants infectés

Nadir T4 en 2008				CV max	
Efts [1-5ans]		Efts >=6 ans		Indélectable	16
<500	0	<200	1	<500 cp	5
[500-1000[	1	[200-500[	11	[500-5000[	4
>=1000	0	>=500	18	[5000-30000[	2
Nadir : 781		Nadir médian : 588 [22-1204]		>=30000	4

Traitements antirétroviraux

Epivir + Kalétra + Retrovir	3	2N + 1 IPb
Combivir + Kalétra	3	2N + 1 IPb
Kalétra + Truvada	2	2N + 1 IPb
Kalétra + Kivexa	2	2N + 1 IPb
Kivexa + Norvir + Reyataz	2	2N + 1 IPb
Norvir + Reyataz + Truvada	2	2N + 1 IPb
Combivir + Viramune	1	2N + 1 NN
Epivir + Retrovir + Viramune	1	2N + 1 NN
Trizivir	2	3N
Isentress + Norvir + Prezista + Truvada + TMC 125 (Etravirine)	1	2N + 1 NN + 1 IPb + 1 II
Epivir + Norvir + Prezista + Videx + MK-0518 (Raltegravir) + TMC 125 (Etravirine)	1	2N + 1 NN + 1 IPb + 1 II
Kalétra + Sustiva	2	1 NN + 1 IPb
Epivir + Kalétra	1	1N + 1 IPb
Epivir + Isentress + Norvir + Prezista	1	1N + 1 IPb + 1 II
Kalétra + Videx + Ziagen	1	2N + 1 IPb
Trizivir	2	3N
Invirase + Kalétra	1	2 IPb

IV - Activité de la diététicienne

	2006	2007	2008
Nb cs	202	156	197
Intervention en HdJ			56
Total			253

Autres activités :

- Participation au groupe d'éducation thérapeutique
- Journée d'échange sur l'éducation thérapeutique
- Organisation des ateliers diététiques
- Formation dispensée auprès
 - des aides à domicile
 - du personnel du pôle médecine

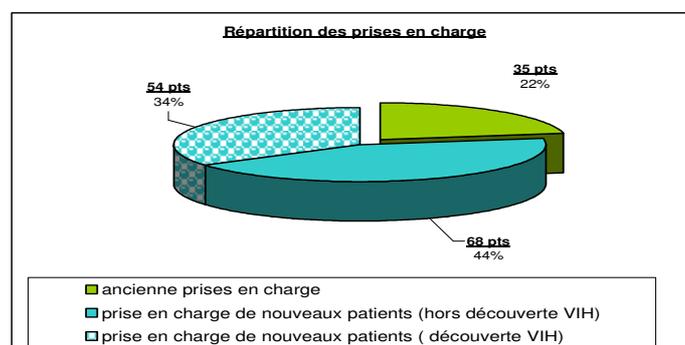
V - Activité des psychologues

Psychologue clinicienne

Activité clinique en 2008

- **159** patients ont été rencontrés au cours de l'année 2008 et **366** entretiens réalisés
 - ↳ 157 patients suivis pour le VIH
 - ↳ 2 dans le cadre d'un A.E.S.

Nombre d'entretien	
En consultations externes	226
En hôpital de jour	72
En Hospitalisation complète	68
Total	366



Répartition des 122 nouvelles prises en charge par type de recours

Nvelles prise en charge	Consultation	Hôpital de jour	Hospitalisation complète
Hors découverte VIH	36	19	13
Ds le cadre de découverte VIH	8	37	9
Total	44	56	22

Autres activités

1/3 temps « **F**ormation, **I**nformation, **R**echerche »

Tutorat de stagiaires et de mémoires

Elaboration de l'enquête « Femmes, grossesse et VIH »

Ecriture et coordination autour du livret patient.....

Neuro-psychologue

Jusqu'en 2008 :

- Mise en place de la cellule d'éducation thérapeutique : travaux de groupe
(organisation – positionnement de chacun dans le groupe- grille d'entretien....)
- entretiens psychologiques dans le cadre de l'éducation thérapeutique

Depuis 2008 : Ouverture d'une consultation de neuropsychologie

☞ *Prise en charge de patients exprimant une plainte neuropsychologique*

(troubles de mémoire – difficultés attentionnelles – ralentissement idéatoire....)

Organisation d'un suivi sur le long terme afin d'accompagner l'apparition de difficultés cognitives

☞ *Etude plus objective de la survenue de troubles neurocognitifs chez les patients immuno-déprimés (Elaboration d'un protocole réunissant des épreuves neuropsychologiques ciblées)*

- Entretien préalable (exploration du niveau de la plainte, du ralentissement dans la vie quotidienne, de la qualité de vie.....)
- Bilan de contrôle proposé aux patients ayant des facteurs de risque ou ayant un bilan perturbé
- Suivi psychologique discuté avec les patients exprimant une douleur morale

☞ **Mise en place d'un groupe de travail avec le REVIH-HEP sur la santé et l'interculturalité**