RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014

COREVIH Guyane

Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection par le VIH

COREVIH Guyane
Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon
Avenue des Flamboyants - BP 6006
97306 Cayenne cedex
Téléphone : 0594 39.48.12
Télécopie : 0594 39.50.16
Email : corevih@ch-cayenne.fr
Site web : www.corevih.org **ou** www.corevih-guyane.org

SOMMAIRE	pages
1- IDENTIFICATION DU COREVIH GUYANE	
1.1 Territoire de référence	3
1.2 Etablissement de santé siège d'implantation du COREVIH	3
1.3 Liste des Membres et Bureau du COREVIH Guyane (cf. annexe 1)	3
2- MOYENS DU COREVIH GUYANE	
2.1 Ressources humaines participant aux missions	4
2.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement	4
2.3 Moyens financiers	5
2.4 Suivi des outils développés	5
2.5 Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens	10
2.6 Indicateurs de fonctionnement	11
2.6.1 Réunions	11
2.6.2 Communication	12
3- ACTIVITE DE L'ANNEE	
3.1 Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et staffs	13
3.2 Mission de coordination	13
3.3 Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques	15
3.4 Sessions de formations / Ateliers	15
3.4.1 Journée de formation	15
3.4.2 Ateliers de recherche	15
3.4.3. Formations / Congrès	15
3.5 Rapport /Analyse des données médico-épidémiologiques	16
4- PROGRAMME PREVISIONNEL	
4.1 Objectifs pour 2015	16
4.2 Calendrier prévisionnel 2015 des réunions du COREVIH	21
5- DISCUSSION ET CONCLUSION	
5.1 Discussion	22
5.2 Conclusion	26
6- ANNEXE	34

Ce rapport préliminaire décrit l'activité du COREVIH Guyane mais pas encore les statistiques globales de l'année 2014 qui seront présentées ultérieurement dans le rapport d'activité dématérialisé du COREVIH.

1- IDENTIFICATION DU COREVIH GUYANE

1.1 Territoire de référence

Guyane française.

1.2 Etablissement de santé siège d'implantation du COREVIH

Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon est l'établissement de santé siège du COREVIH Guyane.

Adresse du siège :
Centre Hospitalier Andrée Rosemon
Avenue des Flamboyants
BP 6006
97306 Cayenne cedex

N°FINESS (établissement) :
970300026

1.3 Liste du Comité de Coordination du COREVIH (annexe 1)

2- MOYENS DU COREVIH GUYANE

2.1 Ressources humaines participant aux missions

Tableau des personnels en poste en 2014 :

	Temps consacré (ETP)	Noms
Coordination médicale	1 + 0,3 ETP Praticien Hospitalier	Pr. Mathieu NACHER Dr. Emilie GAUBERT-MARECHAL, remplacée par le Dr. Leila ADRIOUCH à la date du 25/8/2014
Coordination administrative	1 ETP	Mme Silvana THERY
TEC	5,5 ETP	Affectées sur Cayenne : Mme Ketty BIENVENU (1 TP) Mme Lidia SAINTLOUIS (1 TP) Mme Sergine SOYON (1 TP) Mme Karine VERIN (1 TP) Affectée sur Kourou : Mme Hélène TAITZ (1/2 TP) Affectée sur Saint-Laurent du Maroni : Mme Sandrine DAUVILAIRE (1 TP), remplacée par M. Ibrahim ALI (1 TP) à la date du 10/6/2014
Secrétariat	1 ETP	Mme Rose-Hélène REIVAX
Interne	1 interne/semestre	Pas d'interne affecté au COREVIH en 2014

2.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement

AU SIEGE (Centre hospitalier Andrée Rosemon – Cayenne)	**MOYENS**	**AU TOTAL**
Bureau du Président **–** ***local individuel***	1 poste informatique 1 imprimante 1 ligne téléphonique extérieure	**Postes informatiques = 10** **Imprimante = 5** **Photocopieur = 3** **Fax = 3** **Lignes téléphoniques extérieures = 5** **Téléphones en interne = 2**
Bureau de la Coordination médicale/ administrative et de l'Interne **–** ***local partagé***	2 postes informatiques (3ème poste demandé pour l'Interne) 1 imprimante partagée 1 ligne téléphonique extérieure 1 poste téléphonique en interne	
Bureau de la Secrétaire et des Techniciennes d'Etudes Cliniques – ***local partagé***	5 postes informatiques 1 imprimante partagée 1 photocopieur et 1 fax partagés avec la Coordination et l'Interne 1 ligne téléphonique extérieure 1 poste téléphonique en interne	
AUTRES ETABLISSEMENTS	**MOYENS**	
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni **–** ***local partagé avec quatre autres personnes***	1 poste informatique 1 imprimante partagée 1 photocopieur et 1 fax partagés avec l'HDJ 1 ligne téléphonique extérieure	
Centre Médico-Chirurgical de Kourou – ***local partagé avec le secrétariat des consultations Médecine/CDAG***	1 poste informatique 1 matériel compact « imprimante/ photocopieur/ fax » partagé 1 ligne extérieure partagée	

2.3 Moyens financiers

L'enveloppe MIGAC en 2014 était d'un montant de **1 114 000,00 euros** (basé sur l'enveloppe 2013)

Utilisation du budget de fonctionnement en 2014

Budget attribué pour le fonctionnement en 2014	**= NR**
Fonctionnement des Commissions/groupes de travail	Budget réalisé - pas encore disponible
Formations et réunions nationales, congrès	Budget réalisé - pas encore disponible
Hébergement des données, sites	Budget réalisé - pas encore disponible
Remboursement frais de déplacement des membres	Budget réalisé- pas encore disponible
Réunions et missions de Coordination	Budget réalisé - pas encore disponible

Budget prévisionnel de fonctionnement en 2015

Budget attribué pour le fonctionnement en 2015	**= en cours d'élaboration**

2.4 Suivi des outils développés

2014		
Dossier	**Contexte / description**	**Outils**
Bilan de synthèse annuel (BSA) des PVVIH	-Recommandation officielle (offrir un BSA annuel à tous les PVVIH suivis) réitérée dans le rapport Morlat de 2013(*) -Difficultés matérielles et organisationnelles pour le mettre en place au CHAR (carence RH, locaux inadaptés) (*)Objectif premier : « amélioration de la prise en charge des patients suivis pour une infection à VIH ». Selon les instruction de la DHOS, la mise en application de la circulaire DHOS/M2A/DGS/R12/2007/415 (19/11/07) reste compliquée au CHC : d'un point de vue tarifaire, la CGSS n'autorise la facturation dite «hôpital de jour annuel de synthèse», sur plusieurs jours, qu'à certaines conditions.	-En phase test : 94 BSA codés en 2014 -Grand ralentissement depuis décembre 2014 du fait des conditions de mise en œuvre insatisfaisantes (burn-out du secrétariat, locaux inadaptés...) -Difficultés de mise en œuvre liées au parcours du patient, problème de prise de RDV, de plages horaires et de ressources humaines dédiées…
Tests Rapides à Orientation Diagnostique (TROD)	La mobilisation des structures partenaires et des médecins libéraux quant à la réduction des risques a induit une amélioration de la précocité du dépistage des patients infectés grâce aux actions de prévention « hors les murs » menées et à la sensibilisation au dépistage par TROD orientée vers les populations les plus à risque. Dispositif mis en place et bien suivi au CHC [SAU/CDAG/HDJ (dans le cadre d'une prise en charge AES)]. Un déploiement des actions de dépistage par TROD est prévu sur les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (procédure validée). Un flou existait sur les modalités de transfert vers le CHAR des patients sans titre de séjour	1°Mobilisation et offre de dépistage par TROD lors des : -sorties hebdomadaires avec le « camion santé » de l'équipe mobile de la Croix Rouge Française, en partenariat avec les associations -campagnes de prévention toute l'année -formations des personnels 2°Procédure actions de dépistage par TROD dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins : validée précisant notamment les modalités de transfert vers le CHAR des patients dépistés sans titre de séjour. 3°Accord ARS/CGSS/URPS des consultations longues pour réamorcer l'implication des médecins libéraux.

Recueil des données épidémiologiques	Réseau eNADIS : 3 établissements de Santé (au CHOG : service de médecine - au CHAR : HDJa, UMIT). Compléter avec le Centre pénitentiaire et les Centres de Santé. eNADIS permet théoriquement de mesurer plus de 152 indicateurs. L'objectif serait de recueillir les données des hépatites B et C, et d'avoir une idée des stades, des traitements des complications… pour l'instant non recueillies dans tous les services concernés.	-Difficulté à obtenir la passerelle NADIS LABO -Problème de connexion internet sur l'ouest de la Guyane (CDPS et UCSA) -La passerelle DOMEVIH n'est toujours pas installée
LES COMMISSIONS THEMATIQUES : **Commission Dépistage**		
Dépistage du VIH hors les murs et dépistage mobile	-Suivi de formation TROD initiée par le COREVIH, dédiée aux professionnels de santé : CDPS St-Georges (décembre) en partenariat avec MDM et DAAC -Présentation du projet de Centrale d'Achat TROD : en vue de la disponibilité permanente des tests, étude sur la faisabilité du dispositif en Guyane en sachant que ce type de produit n'est pas disponible sur la Guyane, que les conditions de péremption sont très courtes, que les commandes individuelles représentent des coûts d'achat et frais de transport plus onéreux -Offre du dépistage par TROD renforcée par la nouvelle habilitation associative (association ADER, Kourou)	
Dépistage du VIH dans les établissements hospitaliers de Guyane	-Pérennisation globale de l'offre de dépistage du VIH -Interruption suite à un congé de maternité de l'offre de dépistage par TROD aux urgences du CHAR	
Dépistage rapide en Médecine libérale et en structures de soins extra-hospitalières	-Suite à l'arrêt de la dérogation tarifaire en 2013 (ARS/CGSS), interruption de l'offre de dépistage TROD par les généralistes : pas de traçabilité en 2014 des dépistages qui auront été effectués en cabinet libéral	
Semaine santé transfrontalière franco-brésilienne (3ème édition)	Du 26 au 30 mai, partenaires institutionnels et associatifs, guyanais et brésiliens ont organisé la semaine de la santé à Saint Georges et de l'autre bord du fleuve à l'Oiapoque. Objectif général du projet de coopération : « *La réduction de l'impact de l'infection par le VIH à la frontière franco-brésilienne »* Objectif premier assigné à cette semaine transfrontalières : *« Améliorer les connaissances de la population et l'accès aux soins »* Objectif second : *« Favoriser le développement du réseau des acteurs en santé en Guyane et dans l'Etat d'Amapa ainsi que la connaissance mutuelle de leurs pratiques »*	-Sensibilisation des populations à la prévention et au dépistage -Campagne de communication bilingue -Accès à l'information et au dépistage des populations les plus isolées grâce aux « pirogues de prévention » des deux côtés de la frontière -Ateliers de prévention -Activités de dépistage au plus près des population et favoriser l'accès au dépistage -Visites de l'hôpital d'Oiapoque et du CDPS de Saint-Georges de l'Oyapock - temps d'échanges entre les professionnels - échanges de pratiques

Commission Prévention et Communication		
GT « évènementiel »	Carnaval : Période du 17 février au 9 mars 2014 Objectif : *« Actions de communication dans les Centres de Prévention et distribution des préservatifs »*	-Campagne INPES de promotion du préservatif en déclinaison locale -Opération « street marketing » -Dispositif de communication (film TV, clip, dépliants, affichage) -Commande préservatifs -Stands de prévention associatifs et renouvellement actions « Touloulou prévention » par l'association ADER de Kourou
	Journée Caribéenne de Dépistage : Période : 27 juin Objectif : *« Incitation au dépistage précoce*	-Mobilisation des acteurs par de nombreuses actions de prévention et d'incitation au dépistage VIH -Offre de dépistage par TROD et tests classiques -Campagne de communication -Plan de communication financé par l'ARS -Distribution de préservatifs -Couverture médiatique -Recensement des actions de proximité via un relevé - Evaluation des indicateurs quantitatifs pré-listés -Recueil de l'activité de dépistage TROD et de l'activité sérologique auprès des structures habilitées, des médecins libéraux, des laboratoires hospitaliers et de ville. -Réalisation et diffusion aux partenaires du bilan global d'évaluation
	Journée Mondiale de lutte contre le Sida : Période : 1er décembre Objectif : *« La solidarité et la lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH*	-Mobilisation des acteurs par diverses actions, tenue de stands de prévention/information VIH/IST -Mise en place des outils de communication en collaboration avec Guyane Promo Santé -Reconduction par l'INPES au 1er/12 de la campagne de promotion du préservatif (pas d'affiche régionale créée) -Couverture médiatique (communiqué de presse ARS le 26/11/14) -Recueil global : en cours
Groupe de travail « Actions/stratégies de prévention et de communication continue »	Outils et modes de prévention	-En collaboration avec Guyane Promo Santé, mise en place en fin d'année d'un questionnaire sur les outils et modes de prévention : recueil des données et analyse, en cours
	Distribution des préservatifs	-Distributeurs non fonctionnels : repérage d'autres sites stratégiques, projet de mise en place d'un outil de suivi de distribution de préservatifs par site (à compléter par la DDSC) en ciblant plus particulièrement le milieu scolaire -Projet d'une nouvelle plaquette des lieux de distribution adaptée au terrain, en lien avec Guyane Promo Santé et la Coordination territoriale concernée

Commission Prise en Charge		
Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)	Echange de pratiques entre les différents acteurs de l'ETP en Guyane « Démarche de certification du programme ETP mis en place par la SFLS : accompagnement des IDE de l'hôpital de jour des Centres hospitaliers de Cayenne et de l'Ouest Guyanais »	-Convention de partenariat établie entre le Centre hospitalier de Cayenne et le GHU de la Pitié-Salpétrière à Paris -Réunions de travail -Elaboration du programme ETP intégrant une journée de formation, échanges des pratiques, présentation des outils -En collaboration avec le réseau ville-hôpital : rencontres organisées avec IDE/médecins hospitaliers et libéraux -Transmission des attestations de présence et du rapport de mission par le Cadre Expert (GHU Pitié-Salpétrière)
Prise en charge des PVVIH et addiction	-Forte morbi-mortalité chez les PVVIH toxicomanes, notamment consommateurs de crack -Mise en place de l'équipe mobile d'addictologie ELSA au sein du CHAR (service de Psychiatrie)	
Prise en charge des patients incarcérés	-Constat de ruptures de suivi fréquentes après la sortie d'incarcération et de difficultés d'observance -Lacunes dans l'échange d'information « dedans-dehors » -Pratiques récréatives à risques semblant fréquentes et peu connues en Guyane (boublous, tatouages…)	-Education thérapeutique intégrée lors de la consultation médicale, dont la durée a été allongée -Doublement du temps de présence médicale à l'UCSA (2,5 journées mensuelles) -Mise en place d'une étude descriptive rétrospective sur le devenir post-carcéral des PVVIH (thèse de Médecine en cours) -Mise en place d'une étude CAP -Réunion tous les 2 mois avec le SPIP, l'UCSA, l'UFPI, COREVIH, et les partenaires extérieurs afin d'améliorer la coordination entre les acteurs et limiter les perdus de vue à la sortie de prison, avec notamment la réflexion et la création d'outils de coordination et de suivi
Accès aux droits/soins	Dysfonctionnements administratifs majeurs mettant en péril le suivi clinique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) migrants (en particulier : retard de traitement des demandes de carte de séjour pour soins, pertes de dossiers…)	-Réunion de concertation avec la CDOM (commission d'accès aux droits des migrants) et l'association ENTRAIDES à l'HDJa le 2/12/14 -Mise en place d'un groupe de travail « accès aux droits » (commission « prise en charge » du COREVIH) – 1ère réunion le 16/12/14
Prévention, prise en charge et surveillance des AES en Guyane	-Initialisation de la procédure	

Prise en charge des PVVIH en communes isolées	En 2013, le nombre annuel de nouveaux cas a été de 220 sur l'ensemble de la Guyane. Les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) représentait a eux seul plus de 7% des nouveaux cas. Une incidence en hausse : depuis 2006 et jusqu'au 15 mai 2014, la prévalence du VIH dans les CDPS est de 277. En 2014, cette proportion représente environ 1,1% de la population des communes de Guyane, contre 0,6% en 2010 et 0,3% en 2007. *Un problème d'accessibilité aux soins* : -Offre de soins insuffisante : alors que sur le littoral une offre de soins et de dépistage s'est développée en lien avec un maillage associatif, celle-ci reste quasi inexistante sur les CDPS. -Rupture de suivi : les femmes se voient systématiquement proposer un dépistage au cours de la grossesse mais en cas de diagnostic positif il existe souvent une rupture de suivi lors de leur retour en communes isolées. De la même façon, les populations isolées du fait de problèmes de transport, de difficulté linguistiques, d'une stigmatisation plus importante rendent la prise en charge plus difficile que sur le littoral. -Absence de proposition de dépistage systématique sur les CDPS et donc des prises en charge à des stades trop tardifs lors d'infection opportunistes. *Une prise en charge thérapeutique loin d'être optimale* : l'importance des perdus de vu (50%) en est un témoin extrêmement inquiétant. Pour exemple à Maripasoula début 2014, seuls 9% des patients avaient une charge virale indétectable et seulement 30% un accès aux antirétroviraux *Des difficultés spécifiques liées à l'isolement géographique :* -Le taux de croissance des nouveaux cas connus place également le système de soins en sous effectif majeur en plus d'un turn over médical très important -Des ruptures d'acheminement des anti-rétroviraux fréquentes -Une difficulté à la réalisation des bilans biologiques de routine du fait de l'éloignement -Un manque de formation et d'appui aux personnels soignants des CDPS	*Outils :* -Mise en place de missions de consultations avancées (1/mois à Maripasoula, 1/3 mois à Papaichton, Grand Santi, Saint-Georges de l'Oyapock ; 1/6mois à Camopi et Trois sauts) -Avis spécialisé téléphonique et par email sur les CDPS -Mise en place des enseignements post-universitaires aux soignants des CDPS -Réalisation d'un état des lieux épidémiologique des PVVIH sur les CDPS *Objectifs* : -Améliorer le suivi des PVVIH -Réduire le nombre de perdus de vue sur les CDPS -Améliorer l'interface et le chemin clinique des patients entre l'Hôpital et les CDPS
Harmonisation d'utilisation du logiciel Nadis		-Centralisation de la fermeture et ouverture de compte des utilisateurs Nadis grâce à deux référents : Dr. Philippe ABBOUD et Lidia SAINT-LOUIS -Organisations de réunions avec le service informatique pour déployer le DOMEVIH, et obtenir la passerelle Nadis/SRI

Mise à jour des listes de diffusion électronique	Mise à jour régulière des listes globales	Listes de diffusion
Outils de communication et de diffusion de l'information	Diffusion optimale des informations VIH/IST auprès des acteurs de lutte contre le VIH par e-mail et/ou via le site internet du COREVIH	-Site internet (base d'informations, thèses articles rapports sur le VIH en Guyane) provisoirement interrompu en raison d'un piratage du site ; restauration des données en cours -Messagerie électronique avec mailing list -Newsletter -Bulletin trimestriel d'information -Communication orale lors de rencontres interprofessionnelles (ex : réunion annuelle du Pôle des CDPS)

2.5 Conventions/contrats signés entre établissements pour l'organisation et les moyens

Objet : « Convention relative au dispositif de remboursement des frais engagés par les membres titulaires ou suppléants du COREVIH Guyane et par les personnes ressources sollicitées à participer aux travaux du COREVIH Guyane » **Signataires :** le Centre Hospitalier Andrée Rosemon à Cayenne et les Associations concernées	**Validée**
Objet : « Renouvellement des contrats utilisateurs NADIS » **Signataires :** le Centre Hospitalier Andrée Rosemon à Cayenne/ le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni/le Centre Médico-chirurgical à Kourou	**Validée sur les trois sites**

2.6 Indicateurs de fonctionnement

2.6.1 Réunions

2014	Date des réunions	Nombre de participants	Compte rendu de réunion rédigé
Séances plénières	14 mars	*Membres* Collège 1 : 3 Collège 2 : 3 Collège 3 : 3 Collège 4 : 6 *Invités* : 11 *Observateurs* : 2	X
	23 mai	*Membres* Collège 1 : 0 Collège 2 : 2 Collège 3 : 2 Collège 4 : 2 *Invités* : 6 *Observateurs* : 5	X
	17 octobre	*Membres* Collège 1 : 3 Collège 2 : 4 Collège 3 : 2 Collège 4 : 1 *Invités* : 14 *Observateurs* : 4	X
Réunions du Bureau	24 janvier	8	X
	15 mai	7	X
	18 septembre	8	X
Commissions thématiques	**Commission Prise en charge** ***Groupe de travail « ETP »** - 10 mars - 14 avril - 17 juin ***Groupe de travail « Accès aux droits »** ***Groupe de travail « AES »**	 11 11 8 14 12	 X X X X X
	Commission Dépistage ***Groupe de travail « TROD »** - 11 février ***Programme transfrontalier « Semaine de la Santé franco-brésilienne » :** participation du COREVIH à deux réunions organisées par l'ARS et l'association DAAC - 14 avril - 24 avril	 20 8 12	 X X X
	Commission Prévention et Communication ***Groupe de travail « Carnaval »** - 13 janvier ***Groupe de travail « JCD »** - 10 avril (Responsable Commission+Coord.adm) - 5 mai - 13 mai ***Groupe de travail « JMS »** - 30 octobre (GT évènementiel) <u>Réunions préparatoires à l'organisation JMS sur le Centre hospitalier de Cayenne :</u> - 19 septembre - 3 octobre - 13 octobre - 17 novembre ***Groupe de travail « Actions/stratégie de prévention et communication continues »** - 25 septembre	 17 2 18 12 5 7 8 8 6 2	 X X X X X X X X X X

2.6.2 Communication

Edition de la newsletter	⇨ mensuelle
Edition du bulletin d'information	⇨ trimestrielle
Diffusion élargie des informations globales en rapport avec le VIH/IST	⇨ de façon régulière et systématique via le secrétariat du COREVIH
Connexion sur le site Internet	⇨ interruption momentanée du site internet du COREVIH suite à un piratage – restauration du site en cours (historiquement, près de 200 connexions par jour)

3 – ACTIVITES DE L'ANNEE 2014

3.1 Réunions de concertation pluridisciplinaires et staffs

STAFF FEMMES ENCEINTES	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Nombre de dossiers présentés	**175**	179	222	134	139	98
Nombre de staffs	**11**	11	10	8	10	7

STAFF MEDICO-PSYCHO- SOCIAL	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Nombre de dossiers présentés	**168**	225	168	166	221	72
Nombre de staffs	**19**	22	19	18	23	12

COMITE DES THERAPEUTIQUES	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Nombre de dossiers présentés	**11**	20	76	24	84	8
Nombre de RCP	**7**	10	5	5	18	6

STAFF « PATIENTS DIFFICILES »	2014
Nombre de dossiers présentés	**1**
Nombre de RCP	**1**

STAFF « VIH/NEPHRO » avec le GH Pitié Salpétrière Paris	2014
Nombre de RCP	**2 dont** 1 programmée mais échec connexion => pb informatique local

3.2 Missions de coordination

Actions de coordination mises en place dans le cadre du COREVIH

Nature	Actions
Coordination de prise en charge et des actions de prévention du VIH et de réduction des risques sexuels	-Participation : *aux réunions partenariales avec l'ARS, les Coordinatrices territoriales et partenaires (planification des actions de prévention VIH/IST, état d'avancement de l'évaluation des besoins et du plan d'actions de dépistage et de prévention, restitution de résultats de bilan) *à la présentation et discussion du rôle des missions de coordination territoriale avec l'ARS *au comité de suivi des actions de prévention/dépistage et aux restitutions d'auto-évaluation des associations *aux réunions partenariales avec l'ARS et la DDSC : ➢pour le projet de mise en œuvre de la Centrale d'Achat TROD destinée à approvisionner en TROD-VIH tous les acteurs impliqués dans le plan régional de dépistage dans le cadre de l'extension de l'offre de dépistage du VIH en Guyane et à garantir une disponibilité permanente du dispositif ➢présentation de l'état des lieux et cartographie réalisés sur les points de distribution des préservatifs en Guyane -Appui à l'organisation et la coordination des événementiels (Carnaval, Journée Caribéenne de Dépistage, Journée Mondiale du Sida, Semaine de la santé transfrontalière). Interface avec l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et Guyane Promo Santé pour mise en œuvre des campagnes de communication

	-Formation TROD VIH et ateliers pratiques au Centre de Santé de Saint-Georges de l'Oyapock initiés par la Coordination médicale en partenariat avec les associations Médecins du Monde et DAAC. -Collaboration avec l'équipe CIC/EC en partenariat avec les associations locales pour mise en place de groupes de travail autour des résultats issus des enquêtes CAP sur les thématiques « travailleurs du sexe, usagers de crack, HSH, migrants » ; l'objectif étant d'élaborer, en s'appuyant sur les projets de prévention et sur les expertises de terrain, des idées d'actions ciblées. -Rencontre avec le Directeur des Programmes Associatifs de Sidaction : présentation des missions et des actions du COREVIH à la nouvelle référente Sidaction des programmes associatifs chargée du suivi en Guyane. -Coordination des groupes de travail des commissions avec appui logistique et notamment groupes de travail suivants : « accès aux droits » « patients incarcérés » « harmonisation de la prise en charge », « communes isolées/CDPS » …
Réunions de bureau, séances plénières, commissions thématiques et des groupes de travail attenants, staffs pluridisciplinaires	-Tenue régulière des réunions sur l'année -Création d'un groupe de travail « événementiel » et « actions/stratégies de prévention et communication continues » au sein de la Commission Prévention et Communication -Collaboration à l'organisation des réunions pluridisciplinaires par visioconférence avec l'équipe de Néphrologie du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpétrière à Paris, et les médecins du Centre hospitalier de Cayenne, portant sur « la prise en charge des néphropathies et des greffes rénales chez les personnes vivant avec le VIH »
Diffusion de l'information	-Edition mensuelle de la Newsletter (rédigée par le secrétariat du COREVIH) -Edition trimestrielle du Bulletin d'informations -Interface avec le secrétariat pour diffusion élargie aux acteurs des informations VIH/IST -Gestion du site Internet COREVIH (provisoirement interrompue en raison d'un piratage du site)
Plan de formation / Missions	-Recensement et planification des besoins en formation pour les personnels du COREVIH - Interface avec la Formation continue locale -Inscription aux différentes formations et congrès hors Guyane des personnels du COREVIH dans le cadre de leurs missions
Rapport d'activité	-Contribution à l'élaboration du rapport d'activité préliminaire communiqué à l'ARS, au recueil des données globales et à la saisie du nouveau rapport d'activité dématérialisé des COREVIH (juillet 2014)

3.3 Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques

Thématique	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles
Observance thérapeutique	Education thérapeutique
e-Nadis	Livret eNADIS, cahier des charges à revoir
Vie affective et sexuelle	Education thérapeutique
Bilans de synthèse annuelle	Canevas type, procédure
Prise en charge du VIH dans le département	eNADIS
Patients perdus de vue	eNADIS, rappel
Dépistage de l'infection par le VIH	eNADIS
Prise en charge de l'infection par le VIH	eNADIS
AES	eNADIS, procédure en cours de validation 2015

3.4 Sessions de formations / Ateliers

3.4.1 Journée de formation

Partenariat avec les laboratoires Bristol Myers Squibb d'une journée de formation à l'attention des professionnels de santé sur le thème *« Savoir aborder la sexualité en consultation chez la femme vivant avec le VIH »* - 14 novembre

Intervenant : Docteur Emmanuel GOURMET, Médecin Cognito-Comportementaliste - Institut OXYLIEM (Lyon)

-Proposition de cas concrets par les participants.
-Analyse Fonctionnelle de la problématique et entraînement à l'écoute active.
-Mises en situation et études de cas lieu tout au long de la formation.

3.4.2 Atelier de recherche

Partenariat avec l'ANRS pour l'organisation d'un atelier d'échanges au sein du Pôle Universitaire Régional de la Guyane à Cayenne sur le thème : *« Quel agenda de recherche dans le champ du VIH et des hépatites pour alléger le poids de ces maladies sur les populations de Guyane ? »* - les 6 et 7 novembre.

Elaboration d'un programme complet.
Deux journées de travail riches en échanges et discussions grâce à la diversité des interventions et la qualité des intervenants de Paris et de Guyane. Au décours des nouvelles orientations proposées, de nouveaux projets pourront être soumis à l'ANRS.

3.4.3 Formations / Congrès

Participation des personnels du COREVIH aux formations proposées en 2014 :

- les Techniciennes d'Etudes Cliniques / secrétariat
- inscription à la formation du système d'exploitation DOMEVIH : session de septembre reportée
- participation au « séminaire de formation intensive au métier de TEC » (septembre)
- participation individuelle aux outils bureautique

- la Coordination administrative
- participation aux Journées Nationales des Coordinateurs des COREVIH, les 5 et 6 juin

- la Coordination médicale
- participation à la Journée des COREVIH, le 22 octobre
- participation au Congrès SFLS les 23 et 24 octobre

3.5 Rapport / Analyse des données médico-épidémiologiques

⇨ disponible en mars 2015 dans le rapport final dématérialisé.

4 – PROGRAMME PREVISIONNEL

4.1 Objectifs pour 2015

En concertation avec l'ARS et les différents partenaires, l'année 2015 priorisera les axes suivants :
-le déploiement global de l'offre de dépistage sur le département,
-la poursuite du travail mené en 2014 en communes isolées et CDPS,
-la poursuite du travail mené en 2014 sur l'accès aux droits,
-le travail de réflexion sur la fusion des CDAG/CIDDIS, avec l'organisation de ce nouveau dispositif,
-la poursuite du travail mené en milieu carcéral,
-le renforcement du travail de coordination dans l'ouest guyanais (zone d'intervention de travail privilégié pour 2015),
-ETP/patients VIH.
Cette priorisation ne sera pas un frein aux autres axes de travail dits « annexes » : renforcement/ développement de la prévention des risques sexuels en milieu scolaire, populations vulnérables, harmonisation des pratiques, déploiement du DOMEVIH…
Mais la difficulté à mobiliser les commissions (turn over des acteurs, « membres fantômes »…) nous obligent à choisir des axes soit jugés prioritaires soit définis par des acteurs mobilisés et motivés qui facilitent l'avancement des missions (ex : travail mené en CDPS grâce au Dr. Emilie Mosnier, en milieu carcéral grâce au Dr. Florence Huber, en ETP grâce au Dr. Anne Jolivet et son équipe du Pôle de Santé publique…)

Thématique	Actions	Moyens	Objectifs
COMMISSION « PRISE EN CHARGE »			
Bilan de synthèse annuel (BSA) des PVVIH	Reprise voire augmentation des BSA : tributaires de l'amélioration des moyens matériels et humains de l'HDJA (leur nombre est plafonné à 12/mois)	-Attribution de locaux supplémentaires et renfort de secrétariat indispensable -Appui de la Direction pour faire diffuser ce projet de service à tous les autres services afin de faciliter le circuit des patients (la collaboration inter service est difficile pour la prise en charge des RDV)	10 à 12 BSA mensuels, NB : une vingtaine de BSA mensuels sont raisonnablement envisageables si les conditions s'améliorent
Accès aux soins/droits	-Poursuite du groupe de travail « accès aux droits » -Mise en place d'ateliers destinés aux patients suivis à l'HDJA	Moyens logistiques de coordination du COREVIH	Au moins 6 ateliers en 2015, en partenariat avec le Réseau KIKIWI et l'association ENTRAIDES

Prise en charge des PVVIH incarcérés	-Poursuite du travail d'évaluation des obstacles au suivi post-carcéral des PVVIH : volet rétrospectif quantitatif (thèse de Médecine générale) + volet qualitatif (travail post-doctoral) -Formation de médiateurs par les pairs => se conférer à l'encadré « perdus de vus »		-Obtention d'indicateurs chiffrés permettant de définir la qualité du suivi per et post-carcéral -Publication d'abstracts et articles scientifiques -Implication du COREVIH dans le groupe de travail et rédaction d'un projet spécifique en 2015 (recherche/action)
Prise en charge des PVVIH et addiction	Deux EPU programmés sous l'égide du réseau KIKIWI en collaboration avec les Addictologues du CHAR, les associations concernées et KIKIWI		-Organisation d'un groupe de travail multidisciplinaire et multipartenaire avec une première réunion les 2 et 3 mars. Travail qui s'appuiera sur l'étude CAP spécifique réalisée au CICEC -Travail de coordination en lien avec le réseau KIKIWI pour organiser des EPU sur cette thématique. Deux EPU prévues les 12/02 et 05/03 -Staffs pluridisciplinaires à l'HDJA avec les acteurs impliqués (ACT, communauté thérapeutique..)
Prévention, prise en charge et surveillance des AES en Guyane	Simplification du parcours de soins de tous les AES	Rédaction d'un protocole (validation finale en attente) suite à une réunion du 8 /12/2014 du groupe de travail « AES » du COREVIH incluant l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des AES. Le protocole sera diffusé à l'ensemble partenaires internes et externes (diffusion via le bulletin du COREVIH, réunions, formations…)	-Améliorer le circuit de soins pour les usagers -Améliorer la visibilité du circuit pour les partenaires afin de mieux communiquer auprès des usagers -Réduire les prescriptions des ARV (astreinte téléphonique 24h/24 prévue dans le protocole) -Améliorer la continuité de l'offre de soins (astreinte téléphonique 24h/24)
Education thérapeutique des PVVIH	-Mise en œuvre d'actions ou améliorations de celles déjà acquises -Mise en place de programme ETP VIH et cardiovasculaire/diabète/HTA sur le CMCK -Evaluation quadriennale et renouvel-lement des programmes ETP au CHOG et au CHAR	-Echanges de pratiques inter établissement -Groupes de travail ETP au sein du COREVIH sous la responsabilité d'un médecin référent de l'HDJA	-Harmonisation et échanges de pratiques -Réévaluation des objectifs annuelle grâce aux outils de suivi

		-Outils de suivi des programmes d'ETP (indicateurs de suivi, protocole d'ETP…) -Mise en place d'ateliers à l'HDJA en collaboration avec le réseau KIKIWI et les associations concernées (diététique, accès aux droits…) - Formation de patients experts (cf. « perdus de vue »)	
Prise en charge des PVVIH en communes isolées	-Poursuite et pérennisation des missions de consultations avancées (1/mois à Maripasoula, 1/3 mois à Papaïchton, Grand Santi, Saint-Georges de l'Oyapock ; 1/6mois à Camopi et Trois sauts) -Mise en place d'avis spécialisé par télémédecine sur les Centre Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) afin de quantifier et d'harmoniser les pratiques -Réalisation d'EPU aux soignants des CDPS à poursuivre et à augmenter -Recherche opérationnelle à développer en lien avec l'ANRS spécifique aux problématiques des CDPS -Formation des IDE des CDPS en éducation thérapeutique du patient -Autonomisation des CDPS sur la gestion de leurs patients chroniques -Amélioration du travail en lien avec le maillage associatif -Amélioration de la délivrance des anti-rétroviraux -Formation à la réalisation des TROD	-Personnels dédiés multiservices en missions avancées (infectiologues, assistantes sociales et IDE ETP)-à pérenniser -Prévoir une augmentation des moyens en ressources humaines -Télémedecine via lotus note « up gradage » -EPU VIH adapté aux besoins, réalisé sur le terrain sur Maripasoula et Saint-Georges -Mise en place d'une data base de suivi des PPVIH des CDPS et protocole de recherche ANRS quantitatif et qualitatif -Mise en place de stock tampon d'ARV au niveau des CDPS -Régularisation de l'accès aux droits sociaux des PVVIH des CDPS -Délivrance pour 3 mois d'ARV sur les CDPS -Mission spécifique de formation aux TROD sur les CDPS	-Améliorer le suivi des PVVIH -Améliorer la prise en charge clinique et thérapeutique -Réduire le nombre de perdu de vue sur les CDPS -Améliorer l'interface et le chemin clinique des patients entre l'Hôpital et les CDPS -Améliorer le diagnostic
La problématique des « perdus de vue »	Toutes les commissions du COREVIH abordent cette thématique sous des angles différents en développant différents outils. Outils partagés entre divers partenaires (associatif, médical, social, institutionnel). On peut citer comme outils opérationnels : -utilisation désormais de Nadis à l'UCSA et en CDPS, permettant de recenser les files actives et de quantifier les perdus de vue -fiches navettes (entre partenaires « dépisteurs » et « services de prise en charge » des réseaux ville-hôpital -favoriser l'accompagnement physique des patients vers les services de soins (CDAG, associations habilitées ou pas pour les TRODS …)	Formation de pairs / Etude sur la faisabilité : -d'un financement par le COREVIH -d'un accompagnement formatif consécutif à la formation initiale par KIKIWI	-Formation de médiateurs par les pairs : 8 médiateurs formés d'ici fin 2015 en partenariat avec les associations concernées -Documenter le chiffre de rétention à 6 et 12, 24 mois de suivi

	-diffusion régulière de la problématique des perdus de vue (lors des formations, des réunions…) permettant d'améliorer la vigilance de tous face à cet enjeu -enquêtes CAP en prison et thèse d'Internes pour mieux comprendre le phénomène « perdus de vue » post-carcéral -création d'un staff « nouveaux patients » au CHOG entre les acteurs « dépisteurs » et « les services de soins », staff 2/an permettant de suivre le suivi médical des patients nouvellement dépistés -réunion de coordination régulière du COREVIH sur la thématique de la « cascade de soins » afin de coordonner l'ensemble des acteurs sur le circuit des usagers du dépistage…. Ces outils permettent de travailler ensemble pour limiter le phénomène perdu de vue. Néanmoins, il reste le problème des ressources humaines dédiées à la recherche des perdus de vue recensés dans Nadis. Actuellement, aucun personnel dédié pour cet objectif qui demande du temps et des moyens logistiques adaptés.		

Thématique	Actions	Moyens	Objectifs
COMMISSION « DEPISTAGE »			
Dépistage du VIH hors les murs et dépistage mobile	Déploiement global de l'offre de dépistage sur le département		
Dépistage du VIH dans les Etablissements hospitaliers de Guyane	CDAG CDAG aux Urgences Problème du turnover dans les CDPS et de la formation des nouveaux arrivants.		
Dépistage rapide en Médecine libérale et en structure de soins extra hospitalières	Pour l'heure, les TRODS en Médecine libérale tournent au ralenti. En attente un accord entre ARS, CGSS et URPS pour des tarifs consultations longues.		Attendre l'accord et réamorcer l'initiative.
Semaine santé transfrontalière franco-brésilienne	La 3ème édition de la semaine de la santé transfrontalière, axée sur la thématique du VIH et des risques sexuels, s'est déroulée du 26 au 30 mai 2014. Cette semaine de la santé transfrontalière a donné lieu à la mise en place de différentes actions sur les rives, française et brésilienne, du bassin de l'Oyapock, dans le but de sensibiliser les populations à la prévention et au dépistage. Les communes de Saint-Georges de l'Oyapock et Camopi ont été ciblées du côté français, tandis que du côté brésilien c'est sur Oiapoque, Vila Brasil et Ilha Bela que les interventions se sont déroulées. Cette semaine s'est bien passée malgré le turnover des personnes, et malgré une mobilisation tardive.		Nouvelle édition en 2015

Thématique	Actions	Moyens	Objectifs
COMMISSION « PREVENTION ET COMMUNICATION »			
Distribution des préservatifs	Projet : -de maintien des sites de distribution stratégiques et repérage de nouveaux sites -d'un outil ARS de suivi de distributions de préservatifs par site (à compléter par la DDSC) en ciblant plus particulièrement le milieu scolaire -d'une nouvelle plaquette des lieux de distribution adaptée au terrain, en lien avec Guyane Promo Santé (GPS) et la coordination territoriale concernée	Etude via la Diffusion Distribution Service Conseil en Guyane (DDSC) pour une fonctionnalité optimale des distributeurs	

Carnaval	Poursuivre les actions de sensibilisation au port du préservatif et de distribution	-Mise en place du groupe de travail -Interface avec l'INPES et GPS	-Perdurer l'action de prévention -Déclinaison locale des outils de communication
Journée Caribéenne de Dépistage (JCD)	-Participation du COREVIH à l'action de prévention et de dépistage, à l'organisation de cette opération en partenariat avec l'ARS, les coordinatrices territoriales et les associations -Elaboration du bilan d'évaluation	-Mise en place du groupe de travail -Interface avec l'INPES et GPS	-Dépistage précoce du VIH -Déploiement de l'offre de dépistage -Déclinaison locale des outils de communication
Journée Mondiale du SIDA (JMS)	-Recensement des actions de sensibilisation planifiées sur le territoire -Suivi du plan de communication et du relevé d'indicateurs communs -Pérenniser l'organisation de la JMS sur le centre hospitalier de Cayenne	Mise en place du groupe de travail Interface avec l'INPES et GPS Mise en place du COPIL et organisations de réunions de travail	Poursuivre l'action de prévention et de dépistage -Lutter contre les discriminations à l'encontre des PVVIH -Sensibiliser la population générale et les professionnels de santé -Déclinaison locale des outils de communication

4.2- Calendrier prévisionnel 2015 des réunions du COREVIH

REUNION DE BUREAU	SEANCE PLENIERE
Périodes prévisionnelles =	
janvier	avril
mai	fin juin
septembre	octobre

5- DISCUSSION ET CONCLUSION

5.1 Discussion

Ceci est un rapport préliminaire, le rapport définitif sera un rapport en ligne. Ce rapport sera à remplir avant fin avril.
Le gel de la base eNADIS permet déjà de tirer quelques grandes lignes.
Le taux d'exhaustivité dans eNADIS a progressé en 2014 et permet d'avoir une meilleure précision sur la situation à Kourou et à Saint Laurent. A l'avenir les financements seront délivrés au prorata des files actives documentées dans le DOMEVIH. De même le rapport d'activité à remettre à la DGOS se base sur les données dans le DOMEVIH. Or le DOMEVIH n'est toujours pas installé au COREVIH et les passerelles eNADIS DOMEVIH ne sont pas disponibles. De même, les passerelles sur le système de gestion des laboratoires permettant d'importer les résultats biologiques dans eNADIS (permet de gagner du temps TEC et du temps médecin) n'ont pas été mises en place.
En raison de la situation financière de l'hôpital il n'a pu être procédé au recrutement de TEC et de Data Manager pour pouvoir mettre en place le recueil exhaustif des hépatites B et C qui pourtant représentent un problème de santé publique non négligeable en Guyane.

Au total il y a 1964 patients dans eNADIS (1083 + 138 à Cayenne, 182 au CMCK et 561 au CHOG) manquent la prison, les CDPS (ces 2 derniers sont en cours de rattrapage), et la file active du Dr Magnien en ville). Au total 12 décès ont été enregistrés (10 au CHAR, 1 au CMCK et 1 au CHOG). Le chiffre réel est sans doute supérieur notamment à Saint Laurent.

On note au total 219 patients perdus de vue depuis 2013 (11,1% de la file active), 133(10.9%) à Cayenne (9.4% HDJa, 20% UMIT), 30(16.5%) à Kourou et 56 (9.98%) à Saint Laurent.

Sur les données présentes dans la base on peut juger qu'à Cayenne la file active est stable (1086 à l'HDJa et 138 à l'UMIT. Il y a eu 126 patients diagnostiqués en 2014 entrés dans la file active, et 253 (le double) nouvellement pris en charge en 2014. Ceci correspond sans doute en partie à l'activité accrue au niveau des CDPS ce qui fait que des nouveaux patients sont apparus dans la file active, sans que l'on sache toujours leur date de découverte de séropositivité car le remplissage du dossier est sommaire, parfois uniquement le fait d'assistantes sociales dans le cadre d'une délivrance de bons PASS. On comptait 56 patients nouvellement diagnostiqués à l'HDJa et 12 à l'UMIT, mais une augmentation de nouveaux patients pris en charge de 110 et 36, respectivement. Au CMCK il y a eu 8 patients dont l'infection a été diagnostiquée en 2014, et 15 nouvellement pris en charge ; à Saint Laurent il y a eu 50 patients dont l'infection a été diagnostiquée en 2014 et 92 nouveaux patients pris en charge.

Parmi les nouveaux diagnostics, pour l'HDJa et le CHOG 25% et 37% des patients avaient moins de 200 CD4 au dépistage. Il semble donc que petit à petit le dépistage de patients se fait plus tôt. Cela encourage à poursuivre les diverses actions de dépistage mises en œuvre ces dernières années. En espérant qu'un accord sera trouvé entre la CGSS, l'ARS et l'URPS pour la reprise des TRODS en médecine libérale qui s'est effondré depuis presque 2 ans. Bien que les données du mode de dépistage soient souvent mal renseignées il semble qu'entre 13 et 20% des nouveaux diagnostics soient dépistés par TRODs. Les tests sérologiques restent donc très utilisés. A noter 3 thèses sur le dépistage en 2014 Raphael Jaries (Ouest Guyanais), Sarah Philippe (Cayenne) et Aude Lucarelli (Urgences CHAR).

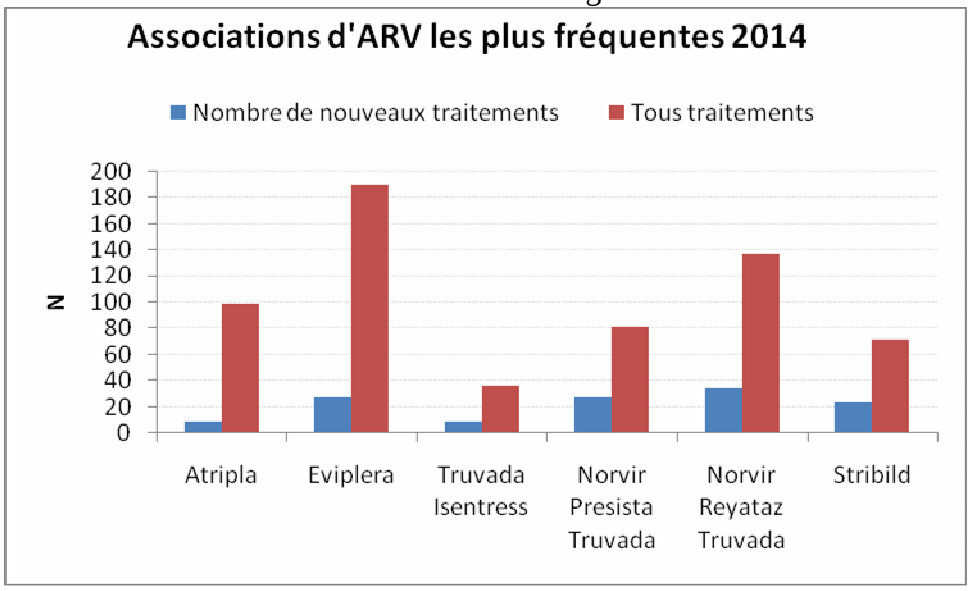
Globalement sur l'ensemble des patients cela correspondait à 30% des patients nouvellement dépistés ayant des CD4<200.

Avec les progrès en termes de dépistage et de traitement l'incidence du SIDA est en baisse.

ANNEE_SIDA	Freq.	
1992	2	**
1993	2	**
1994	4	****
1995	6	******
1996	11	***********
1997	11	***********
1998	5	*****
1999	12	************
2000	18	******************
2001	24	************************
2002	29	*****************************
2003	20	********************
2004	33	*********************************
2005	35	***********************************
2006	31	********************************
2007	49	**
2008	40	**
2009	41	***
2010	38	**************************************
2011	48	***
2012	31	********************************
2013	31	********************************
2014	19	*******************
Total	540	

Sur le plan du succès thérapeutique, (charge virale indétectable >6 mois après le début du traitement, patient évaluable) on note une amélioration du taux de succès : 93% à l'HDJa, 84% à l'UMIT, 88.9% au CMCK et 75.5% au CHOG. L'éducation thérapeutique a pris son rythme de croisière l'équipe de la SFLS venue en Guyane pour accompagner la montée en puissance du programme a souligné la qualité de ce qui se faisait. Le réseau Kikiwi reste un atout précieux pour les patients en échec avec une action synergique de l'hôpital qui permet à la majorité des patients suivis d'être en succès thérapeutique. Sur le plan immunologique 74% des patients évaluables ont plus de 350 CD4.

Les stratégies thérapeutiques montrent 41% de traitements par 2IN+IP boosté et 35.6% de traitement par 2IN+INN (HDJa 33.7% et 37.3%, UMIT 40,6% et 41,76%, CMCK 40.8% et 44.25%, et CHOG 56.5% et 27.86%). Ces variations entre sites sont sans doute liées à l'utilisation de molécules ayant une barrière génétique plus élevée à Saint Laurent pour éviter la sélection de résistances et peut être à la plus fréquente proportion de patients résistants aux INN à l'Ouest (à vérifier travail en cours) frontalier avec le Suriname où ces molécules sont largement utilisées.

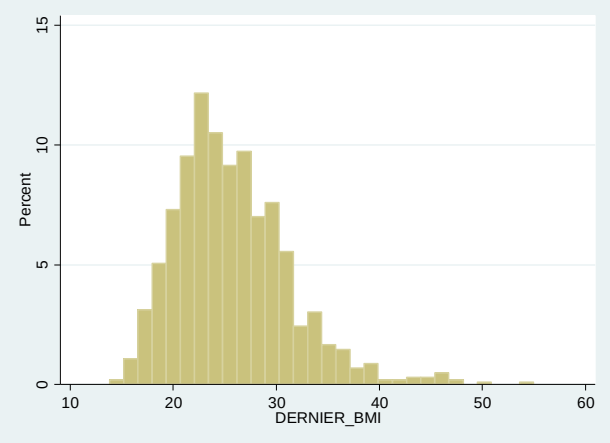


Les motifs de changement de traitements sont principalement liés à des effets indésirable 25%, à des échecs thérapeutiques 13.5%, à une simplification thérapeutique 24.8%, et autres motifs 36%.

28% des patients sont au stade C. Près de 47% des patients ont des CD4>500 et près de 82% des patients (72% à St Laurent-88% à l'HDJa) ont une charge virale <400 copies/ml (traités ou non traités) et ont donc un risque de transmission très faible.

On note en 2014 14 cas incidents de syphilis (0,7% des 667 dossiers renseignés), 68 Ag HBS positif pour 1573 négatifs (4.14%), 78 patients ayant une sérologie HTLV1 positive sur 1482 renseignés (5.26%).

La file active vieillit et les comorbidités sont fréquentes. A l'HDJa 23% des patients ont une HTA, 5.6% sont diabétiques. La Figure ci-dessous montre la distributiondes Indices de Masse corporelle qui montre qu'une partie non négligeable de la file active est en surpoids. Il faudrait cependant affiner ce calcul car l'expérience montre que les patients ne connaissent pas toujours leur taille et les réponses peuvent être approximatives.



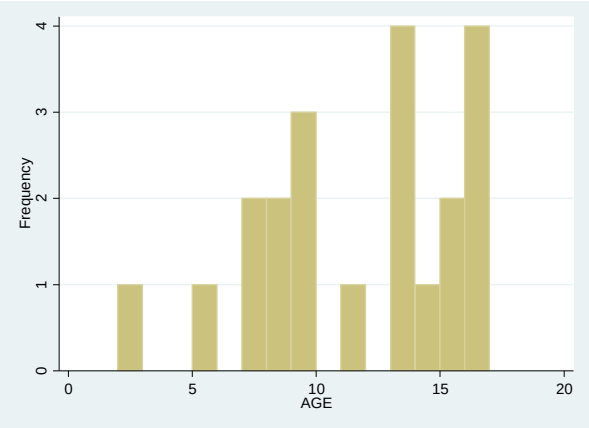
Pour les patients dont la clearance a été évaluée (N=168) 47% ont un débit de filtration glomérulaire MDRD<70.

D'une façon générale un constat récurrent s'impose : les ¾ des patients sont étrangers, ne sachant souvent pas lire, ne parlant pas forcément français interagissant difficilement avec des médecins ne parlant souvent pas leur langue. En l'absence de traducteur, comment expliquer ses symptômes, comment expliquer la maladie, les impératifs du traitement de la prise en charge ? Comment aider les patients à ne pas se perdre dans le système de soins ? Ce problème reste entier et dépasse le cas du VIH, mais la pratique d'une médecine de qualité nécessite que l'on se comprenne. Par ailleurs, autre spécificité Guyanaise, les interruptions de droits mises bout à bout finissent par coûter très cher aux hôpitaux qui continuent à délivrer, et c'est normal, les traitements dont ont besoin les patients. Les couts liés au non recouvrement des antirétroviraux pèsent sur le budget hospitalier et finissent par se répercuter sur le COREVIH qui ne peut recruter les TECS et Data manager dont il a besoin pour étendre le recueil aux hépatites.

Le problème des perdus de vue reste entier à Cayenne car le secrétariat ou l'équipe d'éducation thérapeutique n'a pas le temps de rappeler les patients. On note que le taux de perdus de vue est plus important à l'UMIT qui traite souvent des patients venant des CDPS, mais également au CMCK le point commun est alors le moindre plateau technique en terme de prise en charge globale (education thérapeutique, assistantes sociales, psychologue, médiateur).

2014 aura été une année catastrophique en termes d'accès aux droits avec des interruptions aux conséquences humaines dramatiques (emploi, logement, stress…). Une grande partie des certificats médicaux ont du être refaits car les délais ont fait qu'ils étaient « périmés » au moment de l'examen des dossiers des patients. Le directeur général de l'ARS a été saisi à ce propos par le comité de Coordination pour trouver des solutions auprès de la préfecture.

En pédiatrie, la file active saisie dans eNADIS est de 25 enfants (cf histogramme des âges qui montre des effectifs plus importants pour les adolescents : progrès dans la prévention de la transmission mère enfant ? enfants arrivés en Guyane plus tard ?).



Les 2/3 des enfants sont au stade A. Le dernier cas de SIDA remonte à 2012. Le taux de succès thérapeutique chez les enfants traités évaluables est de 67% (14/21). Pour les enfants dont les CD4 sont renseignés, 2 Enfants avaient des CD4 entre 200 et 350, 2 entre 350 et 500 et 21 > 500. Sur le plan thérapeutique 19 enfants sont traités par 2IN+IP boosté (70%), et 6 Enfants par IN+2INN (22%).

Nombre de différentes lignes thérapeutiques chez les enfants suivis au CHAR

N_LIGNE	Freq.	Percent	Cum.
>L5	6	21.43	21.43
L1	4	14.29	35.71
L2	7	25.00	60.71
L3	4	14.29	75.00
L4	5	17.86	92.86
L5	1	3.57	96.43
NR	1	3.57	100.00
Total	28	100.00	

Le COREVIH n'étant pas financeur il est aisé de le contourner et d'aller directement vers le financeur. De plus les coordinations territoriales et Guyane Promo Santé sont d'autres structures régionales ce qui ne clarifie pas les choses. Le poids des taches administratives et de l'organisation autour de l'évènementiel ne devra pas nuire aux actions visant à analyser avec soin l'épidémie et le terrain comportemental car la coordination c'est avant tout l'échange la mise à disposition d'informations stratégiques aux acteurs qui en ont besoin. Le site du COREVIH s'efforce de compiler ces informations. Le bulletin s'efforce d'informer de façon synthétique sur les actualités en Guyane en matière de VIH.

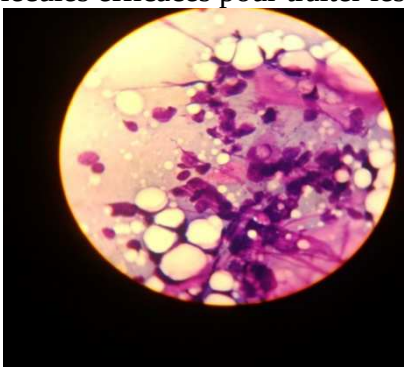
Le turnover et la faible participation aux groupes de travail font que tout repose souvent sur la mobilisation des 2 coordinatrices qui ne peuvent être partout et sur tout à la fois. De fait le COREVIH

fonctionne plutôt grâce à ceux et celles qui se mobilisent qu'à la mobilisation de ses membres titulaires ou suppléants.

Comme chaque année, le COREVIH s'est impliqué dans les actions évènementielles autour de la Semaine de la Santé, les Journées Caribéennes de dépistage, la journée mondiale du SIDA qui maintiennent un bruit de fond régulier autour du VIH, du dépistage et de la tolérance ce qui est important. Il est cependant plus difficile d'évaluer ces actions en termes d'impact sur le nombre de nouvelles infections, sur le nombre de patients dépistés et il y a sans doute d'autres aspects peut être plus importants où concentrer ses forces....

Les enquêtes sur les populations vulnérables en Guyane sont terminées les rapports préliminaires diffusés seront l'occasion de cibler des pistes d'actions et de les évaluer dans les années à venir. De même les premiers résultats sur les collèges et lycées de Guyane seront précieux pour optimiser la prévention chez les jeunes. Des restitutions aux acteurs et aux populations, des groupes de travail ont commencé tardivement en 2014 (atelier prostitution financé par le réseau Kikiwi) en raison de l'attente de conventions entre le CHAR et les différentes associations membres du COREVIH. Ces actions se poursuivront en 2015.

Sur le plan de la coopération, la semaine de la Santé sur le bassin de l'Oyapock s'est maintenant inscrite dans les actions fortes du calendrier. Concernant le Suriname la recherche et le développement des capacités diagnostiques vis à vis de l'histoplasmose sont au premier plan. Le Suriname est maintenant en mesure de cultiver les histoplasmes, un projet de recherche financé par l'ANRS et le FEDER est en train de se terminer et souligne la très haute incidence de l'histoplasmose dans ce pays. Le Guyana est formé depuis 20014 à la culture au laboratoire hospitalo Universitaire de Parasitologie Mycologie (CHAR) et par les cliniciens du service de Dermatologie ce grâce à une subvention de l'organisation panaméricaine de la santé (OPS). C'est probablement plus de 1000 morts par an en Amazonie qui restent à éviter grâce à la sensibilisation à cette infection opportuniste redoutable et pourtant méconnue. En 2015 se tiendra l'initiative Sud Américaine pour l'histoplasmose organisée par le CIC et le CDC afin de fixer un objectif simple pour 2020 : un test diagnostique dans tous les hôpitaux et des molécules efficaces pour traiter les patients infectés.



2014 : Première culture positive *d'Histoplasma capsulatum* réalisée au Suriname grâce à la coopération.

Une analyse plus détaillée des données sera mise dans le rapport final délivré à la DGOS en avril. En concertation avec l'ars et les différents partenaires, pour l'année 2015 les axes suivants seront priorisés:

-Déploiement global de l'offre de dépistage sur le département

-Poursuite du travail mené en 2014 en communes isolées et CDPS

-Poursuite du travail mené en 2014 sur l'accès aux droits

-Travail de réflexion sur la fusion des CDAG/CIDDIST, avec l'organisation de ce nouveau dispositif

-Poursuite du travail mené en milieu carcéral

-Renforcement du travail de coordination dans l'ouest guyanais (zone d'intervention de travail privilégié pour 2015)

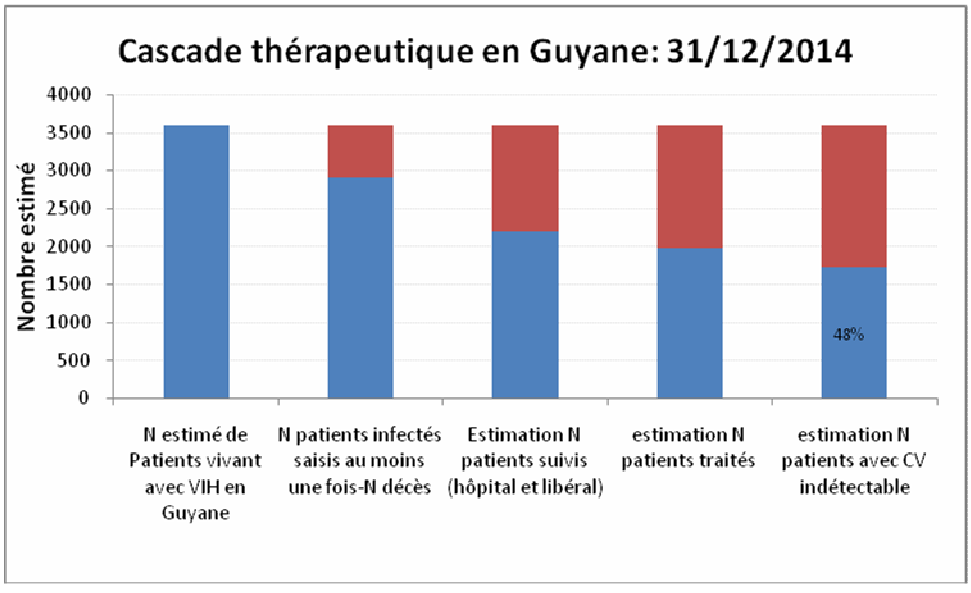
-ETP/patients VIH+

Cette priorisation ne sera pas un frein aux autres axes de travail dits «annexes» :

-Renforcement/développement de la prévention des risques sexuels en milieu scolaire,
-Populations vulnérables,
-Harmonisation des pratiques,
-Déploiement du DOMEVIH…

Cependant la difficulté à mobiliser les commissions (turn over des acteurs, «membres absents»…) obligent à choisir des axes soit jugés prioritaires, soit définis par des acteurs mobilisés et motivés qui facilitent l'avancement des missions (ex: CDPS (Dr Mosnier), en milieu carcéral (Dr Huber), en ETP (Dr Jolivet pôle de santé publique)"

Cascade de soins. La cascade de soins est un mode de représentation assez souvent repris depuis peu, et qui sert à comparer divers systèmes de santé, et ce malgré le fait que les critères utilisés diffèrent fréquemment rendant les comparaisons peu fiables. En Guyane étant donné les caractéristiques de la population, il n'est pas possible de partir des déclarations ALD comme en métropole. Le nombre de patients estimé n'est qu'une extrapolation du nombre de patients dans la base auquel l'on retire les décès, au quel on rajoute le nombre estimé de patients VIH ignorant leur séropositivité (700). Certains des patients connus comptés sont peut être décédés ou on quitté le territoire Guyanais. Ces nombres (première et deuxième colonnes) semblent donc être plutôt une estimation (critiquable) haute. Au total la cascade ainsi construite indique que 48% du nombre **estimé** total patients infectés par le VIH sont indétectables (en France 52%). Aujourd'hui le taux de succès thérapeutique chez les patients traités est le même que dans les grands CHU de métropole. Au-delà des incertitudes concernant les effectifs exacts de la cascade thérapeutique du VIH, le message principal qui doit guider nos priorités est que la moitié des patients ne sont pas sous traitement car ils ne sont pas encore dépistés où bien car ils sont perdus de vue. Il faut lutter pour réduire ce nombre de patients en dehors du circuit de prise en charge.



5.2 Conclusion

D'après les données disponibles, sur le plan de la prise en charge chez les adultes, il y a une amélioration nette du taux de succès thérapeutique avec sans doute des efforts à poursuivre pour le déroulement de l'éducation thérapeutique et des consultations de synthèse. La prise en charge des patients des communes de l'intérieur reste un challenge, ce alors qu'il semble y avoir une augmentation des nouveaux patients. Concernant le dépistage les efforts se poursuivent avec, semble-t-il, moins de patients dépistés tardivement en 2014.

Pour la première fois les données sont exhaustives à Saint Laurent du Maroni. Il semble totalement anormal, qu'en pratique, un seul médecin doive faire face à une telle charge de travail : 561

patients infectés par le VIH + les hépatites virales + la drépanocytose + la CDAG. Au nombre s'ajoute la précarité sociale qui rend les consultations plus complexes et plus longues. De tout faire reposer sur une personne qui travaille plus de 70h par semaine fait courir le risque du burn out, de départ et de l'effondrement de la qualité de la prise en charge de 3 pathologies chroniques majeures dans l'ouest Guyanais…

Le COREVIH est une structure de coordination devant recueillir, traiter et diffuser les informations stratégiques nécessaires aux différents acteurs pour cibler leurs efforts. On peut regretter, une nouvelle fois, que les hépatites ne puissent faire partie du recueil COREVIH faute de ressources humaines suffisantes. C'est d'autant plus regrettable que des dépenses non éligibles sont affectées au COREVIH ce malgré un rappel annuel depuis 5 ans que l'instruction financière du 23/4/2009 indique clairement que tout ce qui a trait aux soins n'est pas éligible. Le budget 2014 imputerait ainsi au COREVIH 5 postes qui n'ont rien à y faire (assistante sociale, psychologue, médiateur, et infirmier HDJa et interne en psychiatrie, plus médicaments et biologie, sans que le responsable de service en soit informé). Les recrutements nécessaires à l'accomplissement des missions du COREVIH (data manager et TEC) ont été impossibles, alors même qu'il restait plus de 400 000 euros sur la MIG COREVIH. Ceci est difficilement compréhensible dans le département Français le plus touché par le VIH.

Tableaux ci-dessous : Nombre de nouveaux patients dépistés VIH+ par année globalement et par centre. + Nombre de nouveaux patients VIH+ pris en charge (quelle que soit l'année de diagnostic) par année globalement et par centre. (Centre 1=HDJa, Centre 2=UMIT, Centre 3=CMCK, Centre 4=CHOG).

```
. tab ANNEE_VIH
```

ANNEE_VIH	Freq.	Percent	Cum.
.2011	1	0.05	0.05
.2013	1	0.05	0.10
214	1	0.05	0.16
1983	3	0.16	0.31
1986	2	0.10	0.42
1987	4	0.21	0.63
1988	5	0.26	0.89
1989	9	0.47	1.36
1990	15	0.79	2.15
1991	19	1.00	3.14
1992	24	1.26	4.40
1993	29	1.52	5.92
1994	31	1.62	7.54
1995	36	1.89	9.43
1996	41	2.15	11.58
1997	45	2.36	13.93
1998	55	2.88	16.82
1999	60	3.14	19.96
2000	74	3.88	23.83
2001	63	3.30	27.13
2002	86	4.50	31.64
2003	80	4.19	35.83
2004	91	4.77	40.60
2005	118	6.18	46.78
2006	95	4.98	51.75
2007	116	6.08	57.83
2008	107	5.61	63.44
2009	122	6.39	69.83
2010	112	5.87	75.69
2011	102	5.34	81.04
2012	118	6.18	87.22
2013	118	6.18	93.40
2014	126	6.60	100.00
Total	1,909	100.00	

```
. tab ANNEE_PEC
```

ANNEE_PEC	Freq.	Percent	Cum.
1990	1	0.05	0.05
1991	3	0.15	0.20
1992	38	1.93	2.14
1993	18	0.92	3.05
1994	25	1.27	4.33
1995	30	1.53	5.86
1996	41	2.09	7.94
1997	38	1.93	9.88
1998	53	2.70	12.58
1999	65	3.31	15.89
2000	66	3.36	19.25
2001	65	3.31	22.56
2002	77	3.92	26.48
2003	67	3.41	29.89
2004	77	3.92	33.81
2005	94	4.79	38.59
2006	84	4.28	42.87
2007	104	5.30	48.17
2008	100	5.09	53.26
2009	112	5.70	58.96
2010	152	7.74	66.70
2011	122	6.21	72.91
2012	135	6.87	79.79
2013	144	7.33	87.12
2014	253	12.88	100.00
Total	1,964	100.00	

```
. tab ANNEE_VIH if Centre==1, plot
```

ANNEE_VIH	Freq.	
.2013	1	*
214	1	*
1983	1	*
1986	2	**
1987	3	**
1988	4	***
1989	6	*****
1990	12	*********
1991	14	**********
1992	16	**********
1993	20	**********
1994	20	**********
1995	26	**********
1996	24	**********
1997	26	**********
1998	40	**********
1999	31	**********
2000	44	**********
2001	37	**********
2002	48	**********
2003	63	**********
2004	51	**********
2005	60	**********
2006	55	**********
2007	59	**********
2008	58	**********
2009	51	**********
2010	52	**********
2011	49	**********
2012	68	**********
2013	55	**********
2014	56	**********
Total	1,053	

```
. tab ANNEE_PEC if Centre==1, plot
```

ANNEE_PEC	Freq.	
1991	2	*
1992	27	**********
1993	14	**********
1994	15	**********
1995	16	**********
1996	25	**********
1997	26	**********
1998	33	**********
1999	37	**********
2000	38	**********
2001	37	**********
2002	46	**********
2003	53	**********
2004	50	**********
2005	55	**********
2006	52	**********
2007	55	**********
2008	61	**********
2009	57	**********
2010	67	**********
2011	55	**********
2012	74	**********
2013	78	**********
2014	110	**********
Total	1,083	

```
. tab ANNEE_PEC if Centre==2, plot
```

ANNEE_PEC	Freq.	
1992	4	****
1994	2	**
1995	1	*
1996	4	****
1997	1	*
1998	3	***
1999	1	*
2000	2	**
2001	1	*
2002	3	***
2003	2	**
2004	4	****
2005	5	*****
2006	4	****
2007	4	****
2008	6	******
2009	10	**********
2010	13	*************
2011	10	**********
2012	13	*************
2013	9	*********
2014	36	************************************
Total	138	

```
. tab ANNEE_VIH if Centre==2, plot
```

ANNEE_VIH	Freq.	
.2011	1	*
1983	1	*
1990	1	*
1991	1	*
1992	4	****
1993	1	*
1994	2	**
1995	1	*
1996	4	****
1997	2	**
1998	2	**
1999	1	*
2000	1	*
2001	2	**
2002	3	***
2003	3	***
2004	6	******
2005	11	***********
2006	5	*****
2007	9	*********
2008	7	*******
2009	9	*********
2010	7	*******
2011	9	*********
2012	7	*******
2013	10	**********
2014	12	************
Total	122	

```
. tab ANNEE_VIH if Centre==3, plot
```

ANNEE_VIH	Freq.	
1983	1	*
1988	1	*
1989	2	**
1991	2	**
1992	2	**
1993	5	*****
1994	3	***
1995	3	***
1996	5	*****
1997	8	********
1998	5	*****
1999	10	**********
2000	13	*************
2001	9	*********
2002	7	*******
2003	6	******
2004	9	*********
2005	15	***************
2006	4	****
2007	10	**********
2008	8	********
2009	10	**********
2010	12	************
2011	6	******
2012	8	********
2013	8	********
2014	8	********
Total	180	

```
. tab ANNEE_PEC if Centre==3, plot
```

ANNEE_PEC	Freq.	
1990	1	*
1991	1	*
1992	3	***
1993	3	***
1994	3	***
1995	5	*****
1996	5	*****
1997	7	*******
1998	8	********
1999	6	******
2000	13	*************
2001	9	*********
2002	6	******
2003	5	*****
2004	3	***
2005	7	*******
2006	4	****
2007	12	************
2008	10	**********
2009	7	*******
2010	21	*********************
2011	7	*******
2012	10	**********
2013	11	***********
2014	15	***************
Total	182	

```
.
```

```
. tab ANNEE_PEC if Centre==4, plot
```

ANNEE_PEC	Freq.	
1992	4	**
1993	1	*
1994	5	***
1995	8	*****
1996	7	****
1997	4	**
1998	9	*****
1999	21	************
2000	13	*******
2001	18	**********
2002	22	************
2003	7	****
2004	20	************
2005	27	*****************
2006	24	**************
2007	33	********************
2008	23	**************
2009	38	**********************
2010	51	******************************
2011	50	******************************
2012	38	**********************
2013	46	***************************
2014	92	**
Total	561	

```
. tab ANNEE_VIH if Centre==4, plot
```

ANNEE_VIH	Freq.	
1987	1	*
1989	1	*
1990	2	**
1991	2	**
1992	2	**
1993	3	***
1994	6	******
1995	6	******
1996	8	********
1997	9	*********
1998	8	********
1999	18	******************
2000	16	****************
2001	15	***************
2002	28	****************************
2003	8	********
2004	25	*************************
2005	32	********************************
2006	31	*******************************
2007	38	**************************************
2008	34	**********************************
2009	52	***
2010	41	***
2011	38	**************************************
2012	35	***********************************
2013	45	***
2014	89	**
Total	554	

6- ANNEXES

Annexe 1

LISTE DES MEMBRES DU COREVIH GUYANE (20/01/2012)

TITULAIRES - 1er SUPPLEANT - 2ème SUPPLEANT

	LE TITULAIRE		LE 1ER SUPPLEANT		LE 2ème SUPPLEANT	
COLLEGES	NOM	PRENOM	NOM	PRENOM	NOM	PRENOM
COLLEGE 1	**GRENIER**	CLAIRE	**GAILLOU**	JOSE	**BOUDEHRI**	MYRIAM
Représentants des Ets de santé sociaux et médico-sociaux	**GOLITIN**	YVANE	**ALVAREZ**	FERNAND	**CALVEZ**	MICHEL
	MELLARD	JULIE-ANNE	**MILLOT**	RICHARD	**COMMERLY**	HELENE
	COUPPIE	PIERRE	**ELGUEDJ**	MYRIAM	**MAHAMAT**	ABA
	VANTILCKE	VINCENT	**VAUTRIN**	CYRIL	**ADOISSI**	JOCELYNE
	MULIN	BLANDINE	**FRAGNY**	CECILE	**ABBOUD**	PHILIPPE
COLLEGE 2	**AMAURY**	ROGER	**PLENET**	SERGE	**BOUIX**	ALAIN
Professionnels de santé et de l'action sociale	**BOSQUILLON**	LAURENCE	**DEBA**	GERALDINE	**LAGUERRE**	GILBERTE
	SANGARE	ISSA	**JOLIVET**	ANNE	**LECONTE**	CONSTANCE
	MONNIER	PAULINE	**LECOCQ**	EMILIE	**FACCHINO**	VANESSA
	LONY	RENEE	**EUZET**	GENEVIEVE	**MENEUT**	JACQUELINE
	BAUDUFFE	JEROME	**PIGNOUX**	REMY	**ASSAS**	PIERRE
	AMORICH	GILDA	**PARIS**	YVES	**SELE**	PASCAL
COLLEGE 3	**NICOT**	DELPHINE	**GIROU**	CLAIRE	**LOUISET**	SANDRINE
Représentants des malades et des usagers du système de santé	**CASSIN**	DENYSE	**SACRAMENTO**	MARIA	**ROBERT**	GEORGES
	LE PABIC	ROZENN	**DESTIN**	LYSAIR	**HENNE**	CECILE
	MARNE XAVIER	ANNIE CLAUDE	**DOS SANTOS OLIVEIRA**	CECILIA	**SIMART**	GENEVIEVE
COLLEGE 4	**NACHER**	MATHIEU	**BASURKO**	CELIA	**BERARD**	VALERIE
Personnalités qualifiées	**REZKI**	FRANCOIS	**LAMAISON**	HELENE	**DELYON**	PASCALE
	MARTY	CHRISTIAN	**ADENIS**	ANTOINE	**PORTE**	LESLEY
	WANDSCHEER	CARLOS	**DUFAY**	MYRIAM	**GOMES**	JOSE

Le COREVIH a été bouleversé par le décès brutal de Delphine Nicot, Vice-présidente du COREVIH. Nous pensons toujours à toi…

Je remercie sincèrement les personnes qui ont largement contribué à l'élaboration du rapport d'activité et qui se sont pleinement investies dans la vie du COREVIH Guyane.

Pr. Mathieu NACHER
Président du COREVIH Guyane