

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016



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

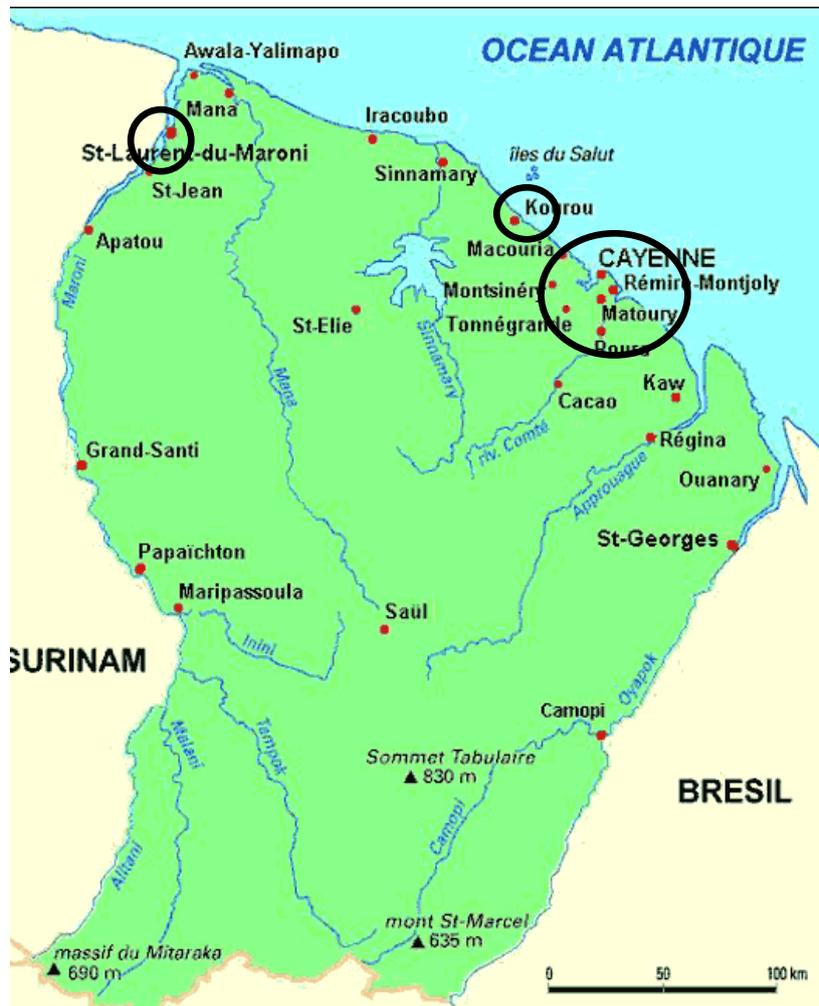
Téléphone : 0594 39.48.12
Télécopie : 0594 39.50.16
Email : corevih@ch-cayenne.fr
Site internet : <http://www.ch-cayenne.net> - *Onglet COREVIH*

SOMMAIRE	PAGES
I – L'ORGANISATION COREVIH GUYANE	3
1.1- Identification du territoire de référence	3
1.2- Données administratives	5
1.3- Missions des Corevih arrêtées par décrets ministériels	5
II – LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE	6
2.1- Fonctionnement des Corevih basé sur un comité de coordination divisé en 4 collèges	6
2.2 – Déroulement des plénières et réunions du bureau du Corevih et autres réunions	8
2.3 – Ressources humaines allouées au Corevih	10
2.4 – Moyens logistiques mis à disposition	13
2.5 – Le Corevih « guyanais » dans son fonctionnement	14
2.6– Quelques bilans de fonctionnement	16
III – LE COREVIH ET LA STRATEGIE GLOBALE DE LUTTE CONTRE LE VIH	20
3.1 – Le Corevih et la promotion de la santé	20
3.2 – Le Corevih dans la prise en charge globale des patients infectés par le VIH/Hépatites	24
3.3 –Le Corevih et TRODs au CHAR	27
3.4 – Le Corevih et la formation	28
3.5 – Le Corevih et le Programme Régional de Santé	28
IV – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	36
4.1 –Synthèse des données et mise en perspective	36
4.2- Focus sur la prise en charge du Vih/Sida/hépatites en milieu carcéral	52
4.3 – Focus sur la prise en charge du Vih/Sida en CDPS	53
5 – CONCLUSION ET PERSPECTIVES	56

I - L'ORGANISATION DU COREVIH GUYANE

1.1-Identification du territoire de référence : La Guyane Française :

Carte n°1 : Guyane Française



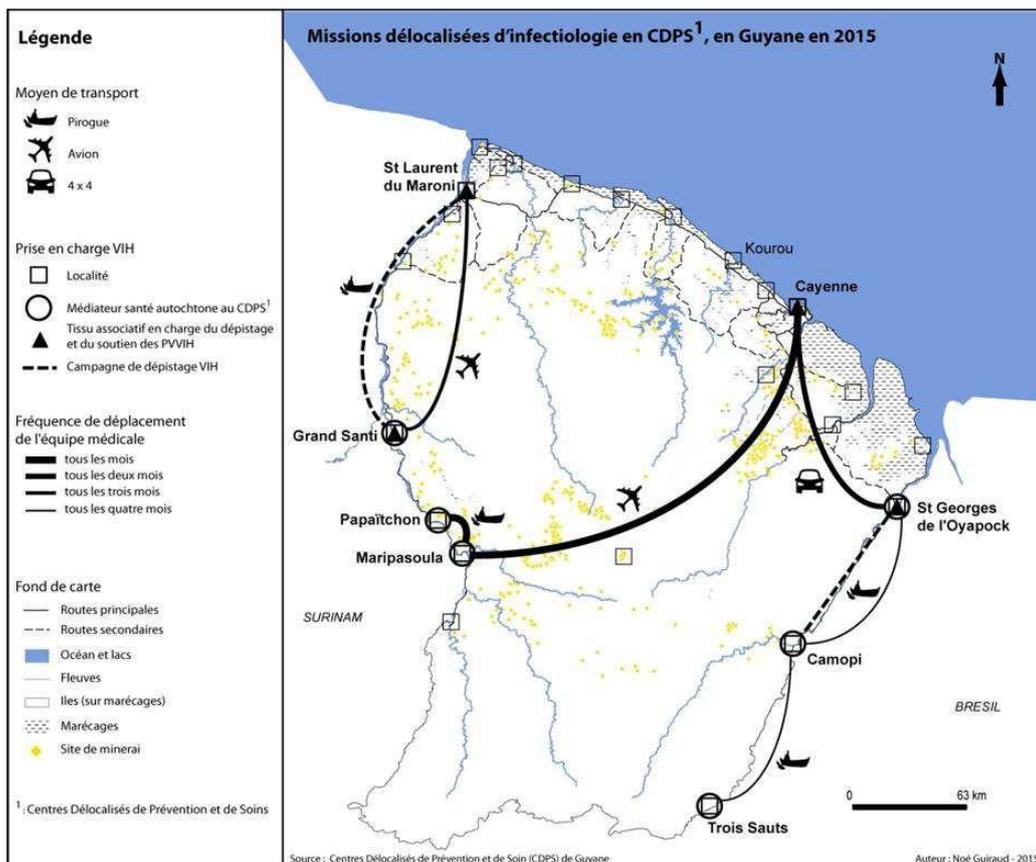
Les salariés du Corevih en charge de la coordination de la lutte contre le VIH/hépatites en Guyane sont basés à Cayenne, au centre hospitalier Andrée Rosemon.

Un mi-temps de TEC était en poste à Kourou jusqu'en avril 2016. Un temps complet de TEC est présent au CHOG.

Cette carte souligne les défis géographiques que le Corevih doit relever pour assurer ses missions.

Pour répondre à ces enjeux territoriaux, le Corevih appuie au mieux les missions avancées d'infectiologie sur les différents centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS). En se calant à ces missions, le Corevih essaie de répondre aux enjeux globaux en matière de lutte contre le VIH/hépatites, mais aussi spécifiques (défis des prises en charge transfrontalières, médiation, stigmatisation/discrimination plus marquées...)

Carte n°2 : Missions délocalisées d'infectiologie en CDPS, en Guyane en 2015



1.2-Données administratives :

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

Numéro d'UF : 1600

1.3-Missions des Corevih arrêtées par décrets ministériels :

Conformément aux dispositions en vigueur, les principales missions du Corevih sont :

- Favoriser la coordination des activités des acteurs de la lutte contre le V.I.H. Il s'agit de la coordination de l'ensemble des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé. Les missions coordonnées par les Corevih sont réalisées par les acteurs qui en ont la charge, le Corevih étant chargé d'en améliorer la complémentarité, la cohérence et la diffusion.
- Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques. Il s'agit d'un travail collectif basé sur la confrontation et les échanges de pratiques, l'évaluation de celles-ci et l'harmonisation des protocoles et procédures. Le Corevih s'appuie sur les recommandations et rapports produits par les experts et différentes agences nationales telles l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites (ANRS), Santé Publique France, l'Agence Française de Sécurité des Produits de Santé (AFSSAPS) ou la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

II-LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE

2.1-Fonctionnement des Corevih basé sur un comité de coordination divisé en 4 collèges :

Les COREVIH sont composés d'un Comité de coordination dont les membres peuvent être :

- Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux (collège 1),
- Des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale (collège 2),
- Des représentants des malades et des usagers du système de santé (collège 3),
- Des personnalités qualifiées (collège 4).

A ce titre, ce comité procède à l'élection du Président, du Vice-président et des autres membres du Bureau.

Il discute des axes stratégiques à défendre sur le territoire pour améliorer la prise en charge des PVVIH et la lutte contre le VIH. Il arrête le programme d'activité, en tenant compte des particularités locales, et est garant de sa réalisation. Il vote le règlement intérieur. Il discute et approuve le budget et le rapport d'activité.

Or au sein du COREVIH Guyane, ce modèle est difficile à mettre en œuvre : le fonctionnement de ces comités est freiné par de nombreux départs ou de mandats non honorés (cf. tableau ci-dessous).

Tableau des membres du Corevih, le code couleur met en évidence un frein majeur dans le fonctionnement du Corevih : les « membres fantômes ».

	LE TITULAIRE		LE 1ER SUPPLEANT		LE 2ème SUPPLEANT	
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	LECOQC	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

Rouge : membres actifs en 2016 (présence aux groupes de travail) **Jaune** : membres présents en Guyane non actifs en 2016 ou membres ayant quitté la Guyane

Une des pistes pour améliorer au prochain mandat le fonctionnement du Corevih serait de remplacer les départs, les désistements, les démissions... par une procédure simplifiée sans attendre les prochaines élections du Corevih.

2.2-Déroulement des plénières et réunions de bureaux du Corevih et autres réunions :

Selon les décrets officiels, les COREVIH doivent organiser au moins trois réunions du Bureau et Plénières par an. Ces réunions sont organisées selon les axes prioritaires définis pour l'année. Afin de faciliter le travail de préparation de celles-ci, les ordres du jour sont envoyés en amont aux membres et invités du Corevih.

Dû au constat précédent : l'absence de nombreux membres et suppléants ; des remplaçants assistent aux rencontres/échanges.

Tableau des réunions annuelles du COREVIH Guyane

2016	Réunions (nombre)	Participants (nombre)	Thème	Compte rendu de réunion
3 séances plénières	Le 08/04/2016 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 3 Collège 2 : 1 Collège 3 : 2 Collège 4 : 3 Invités : 24	Prise en charge VIH dans les CDPS et l'Ouest Guyanais et l'après-midi atelier DU-VIH régional	Oui
	Le 16/09/2016 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 2 Collège 2 : 0 Collège 3 : 1 Collège 4 : 4 Invités : 31	La Périnatalité et le VIH en Guyane	Oui
	Le 16/12/2016 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 1 Collège 2 : 0 Collège 3 : 0 Collège 4 : 3 Invités : 17	Travail sur le Plan Régional de Santé (le PRS)	Oui
3 réunions de Bureau	Le 08/04/2016 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres : 2 Remplaçants : 1 Observateurs : 4	Orientations 2016 du Corevih	Oui
	Le 16/09/2016 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres : 3 Remplaçants : 2 Observateurs : 4	Parcours de soins migrants Et communication grand public, l'évènementiel	Oui
	Le 16/12/2016 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres : 1 Remplaçants : 2 Observateurs : 6	Définir une méthodologie de travail et les indicateurs à renseigner du PRS	Oui

➤ **Autres réunions :**

En dehors des ces réunions, le Corevih assure des « réunions » de services au CHAR, notamment pour pallier à certaines pénuries « logistiques et humaines ».

De plus, beaucoup de réunions informelles ont lieu, notamment devant l'urgence de certains « dossiers » à traiter.

Tableau des réunions de concertation pluridisciplinaires et staffs :

STAFF FEMMES ENCEINTES	2016
Nombre de dossiers présentés	157
Nombre de staffs	11
Nombre de participants	88

Invités : soignants de l'HDJA, du pôle femmes-enfants, des UF VIH-Hépatites, de Dermatologie et l'UMIT, réseaux associatifs si besoin.

But : Diminuer la transmission materno-fœtale. Discuter de la conduite à tenir dans le suivi des femmes enceintes et déterminer le mode d'accouchement le plus adapté à la situation de la patiente.

STAFF MEDICO-PSYCHO- SOCIAL	2016
Nombre de dossiers présentés	164
Nombre de staffs	19
Nombre de participants	166

Invités : paramédicaux, médicaux et internes de l'HDJA, des UF VIH-Hépatites, de Dermatologie et l'UMIT, associations et autres structures sanitaires si besoin.

But : Point sur la situation de patients en difficultés médico-psycho-sociales, avis et suggestions d'objectifs à mettre en place pour favoriser la prise en charge globale.

COMITE DES THERAPEUTIQUES	2016
Nombre de dossiers présentés	9
Nombre de RCP	3
Nombre de participants	17

Invités : paramédicaux, médicaux et internes de l'HDJA, des UF VIH-Hépatites, de Dermatologie, l'UMIT et pharmaciens concernés.

But : discuter des échecs thérapeutiques et proposer le meilleur protocole au patient. Harmoniser les pratiques, et répondre aux recommandations du rapport Morlat (concernant les ARV)

Nb : Plusieurs staffs annulés en l'absence de dossiers à présenter ou du fait du manque de participants médicaux (astreintes, en consultations ou en service, à d'autres réunions extérieures, formations ou CA).

STAFF « PATIENTS DIFFICILES »	2016
Nombre de dossiers présentés	6
Nombre de staff	4
Nombre de participants	20

Invités : soignants du réseau Kikiwi et autres acteurs (médecins traitants et associatifs), de l'HDJA, et UF VIH-Hépatites...

But : Faire le point et proposer des améliorations « de parcours » auprès de patients en grandes difficultés visant à freiner l'évolution de la maladie et éviter les ruptures de soins.

2.3-Ressources humaines allouées au Corevih :

	Temps consacré (ETP)	Noms
Président Corevih		Pr. Mathieu NACHER
Coordination médicale	1 + 0,5 ETP Praticien Hospitalier	Dr. Florence HUBER Dr. Leila ADRIOUCH
Coordination administrative *	En 2016, 1 ETP avec une fin de contrat au 31/06/16. Reprise du poste du 06/09/16 au 05/09/17 sur un 0,5 ETP	Mme AUZ Marie
TEC	5,5 ETP	<u>Affectées sur Cayenne :</u> Mme Ketty BIENVENU (1 TP) Mme Lidia SAINTLOUIS (1 TP) Mme Sergine SOYON (1 TP) Mme Karine VERIN (1 TP) <u>Affectée sur Kourou :</u> 1/2 vacant depuis le 1/04/15 <u>Affectée sur Saint-Laurent du Maroni :</u> M. BENETEAU Samuel début de contrat 11/01/2016
Secrétariat	1 ETP	Mme Rose-Hélène REIVAX
Interne	1 interne/semestre	Pas pour l'année 2016

*** depuis quelques mois une réflexion de la réorganisation territoriale des postes de coordination a lieu. Ceci en lien étroit avec l'ARS dans l'objectif de mutualiser les ressources et de combler au mieux les besoins sur l'ensemble de la Guyane. Nous sommes dans l'attente d'une validation ARS/Corevih des fonctions et des missions de coordination afin de compléter les effectifs au Corevih**

Au vu de certaines carences, difficultés d'actions, turn over, difficultés matérielles, contextuelles... le personnel du Corevih en plus de ses 3 missions doit en permanence s'adapter aux besoins du territoire.

La coordination doit adapter ces missions au contexte « guyanais ».

Ainsi coordonner l'ensemble des acteurs, en assurant la qualité et sécurité des prises en charge, et en recueillant l'ensemble des données médico-sociales n'est qu'une partie du temps du travail de la « cellule coordination du Corevih ». Cette cellule en réalité est également une unité « opératrice ». Nous choisissons de représenter ci-après des missions plus spécifiques attribuées à certains postes (en sus des missions définies par les arrêtés ministériels) :

<p>Coordinatrice administrative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner en collaboration avec le coordinateur médical sur le territoire - Mobiliser et mettre en lien les différentes instances/ressources dont le COREVIH dispose - Consolider les liens existants et rechercher de nouveaux partenariats dans une dynamique d'amélioration du réseau - Proposer auprès des partenaires de nouveaux des projets en accord avec le coordinateur médical sur l'axe de la promotion de la santé - Apporter un soutien sur la méthodologie de projets aux partenaires (rédaction, évaluation...) sur l'axe de la promotion de la santé - Appui à la création d'outils selon les besoins des partenaires - Rédaction du bulletin trimestriel (en lien coordinateur médical et le secrétariat) - Représenter le COREVIH Guyane dans les groupes de travail, séminaires et conférences - Appui rédactionnel lors de groupes de travail (comptes rendus etc.) organisées ou non par le COREVIH
<p>Secrétaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des acteurs en mettant en œuvre les moyens virtuels de communication (le web, téléphone...) - Rédaction de la news letter et mise à jour régulière du site du Corevih - Recueillement d'indicateurs clés pour la surveillance de l'épidémie du VIH/hépatites - Opérateur direct pour la mise en place des réunions Corevih et hors Corevih dans le cadre du soutien des partenaires (réservation des salles/des véhicules/du matériel...) - Appui à la coordination administrative - Commande des TRODS (avec gestion des stocks/suivi des commandes) et distribution des TRODS au service du CHAR
<p>PH. universitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement et analyse des données médico-psycho-sociales et médico-économiques relatives à la lutte contre le pour suivre l'épidémie et adapter les axes stratégiques - Missions d'expertise (pour la rédaction des plans nationaux, régionaux...) - Missions de représentation/communication lors de réunions stratégiques à l'échelle internationale - Missions de formation - Appui à la recherche sur le VIH/hépatites - Missions d'encadrement des projets de recherches (internes de médecine, étudiants en master...)

<p>Coordinatrice médicale temps plein</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mission de coordination globale et sur tout le territoire - Gestion des ressources humaines du Corevih (recrutement et formation du personnel) - Suivi de l'ensemble des dossiers, commissions, groupes de travail - Activités de formation selon les besoins (ex :TRODS en milieu associatif) - Activités d'animation selon les besoins (ex : ateliers « patients vih ») - Activités de consultations selon les besoins (ex :CDPS) - Missions de représentation/communication lors de réunions stratégiques à l'échelle régionale et nationale - Rédaction de projets en appui aux besoins des partenaires - Déploiement des TRODS au CHAR et auprès des associatifs - Activités de formation - Renfort des ressources humaines médicales selon les besoins
<p>Coordinatrice médicale mi-temps</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination et gestion de toutes les actions associatives et de recherche relatives au « carcéral » - Activités de consultations en milieu carcéral - Coordination et gestion de toutes les actions associatives et de recherche relatives aux populations identifiées les « plus vulnérables » : travailleurs du sexe, usagers de drogues, personnes incarcérées - Activités de consultations et de coordination des parcours de soins relatives à ces populations les « plus vulnérables » - Missions de représentation/communication lors de réunions stratégiques à l'échelle régionale et nationale - Activités de formation - Communication scientifique
<p>Interne en médecine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Missions spécifiques définies selon les axes stratégiques et les projets en cours (ex en 2015 : mise en place d'une étude CAP en milieu carcéral à la base des programmes actuels d'intervention en « santé sexuelle en milieu carcéral » en multipartenariat)

2.4-Moyens logistiques mis à disposition :

AU SIEGE (Centre hospitalier Andrée Rosemon – Cayenne)	MOYENS ACTUELS	MOYENS DEMANDES
Bureau du Président – local individuel	1 poste informatique 1 imprimante 1 ligne téléphonique extérieure	2 postes informatiques portables (un pour l'interne et un pour les missions délocalisées) 1 rétroprojecteur 1 paper board Clés USB ou disques externes sécurisés
Bureau de la Coordination	3 postes informatiques fixes 1 poste informatique portable (pour l'interne et les réunions organisées à l'extérieur du service / Ne fonctionne plus – non changé) 1 ligne téléphonique extérieure 1 poste téléphonique en interne	
Bureau des Techniciennes d'Etudes Cliniques	4 postes informatiques 1 imprimante multifonction <u>partagée avec le bureau de la Coordination</u> 1 ligne téléphonique extérieure 1 poste téléphonique en interne	
AUTRES ETABLISSEMENTS	MOYENS MIS A DISPOSITION	
<u>Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni</u> – Local partagé avec quatre autres personnes Moyens mis à disposition du TEC par l'établissement d'accueil	1 poste informatique 1 imprimante <u>partagée</u> 1 photocopieur <u>et</u> 1 fax <u>partagés avec l'HDJ</u> 1 ligne téléphonique extérieure	Clés USB ou disques externes sécurisés 1 poste informatique portable
<u>Centre Médico-Chirurgical de Kourou</u> – Local partagé avec le secrétariat des consultations Médecine/CDAG Moyens mis à disposition du TEC par l'établissement d'accueil	1 poste informatique 1 matériel compact « imprimante/ photocopieur/ fax » <u>partagé</u> 1 ligne extérieure <u>partagée</u>	
Autre	Un véhicule est mis à disposition du personnel pour les déplacements. Néanmoins il n'est utilisé que pour les longues distances car le protocole de réservation est incompatible pour gérer les nombreuses réunions imprévues.	

2.5-Le Corevih guyanais dans son fonctionnement :

Afin de pouvoir mener à bien **les missions du décret des Corevih ainsi que celles décidées et validées en bureau**, notre COREVIH s'organise tout au long de l'année autour de nombreuses réunions avec ces partenaires : commissions et groupes de travail.

Il est également un appui d'organisation logistique pour les réunions des partenaires/acteurs...qui le sollicitent au vu des nombreux besoins sur le territoire et la pénurie de certaines ressources humaines (coordonnateurs/secrétaires...).

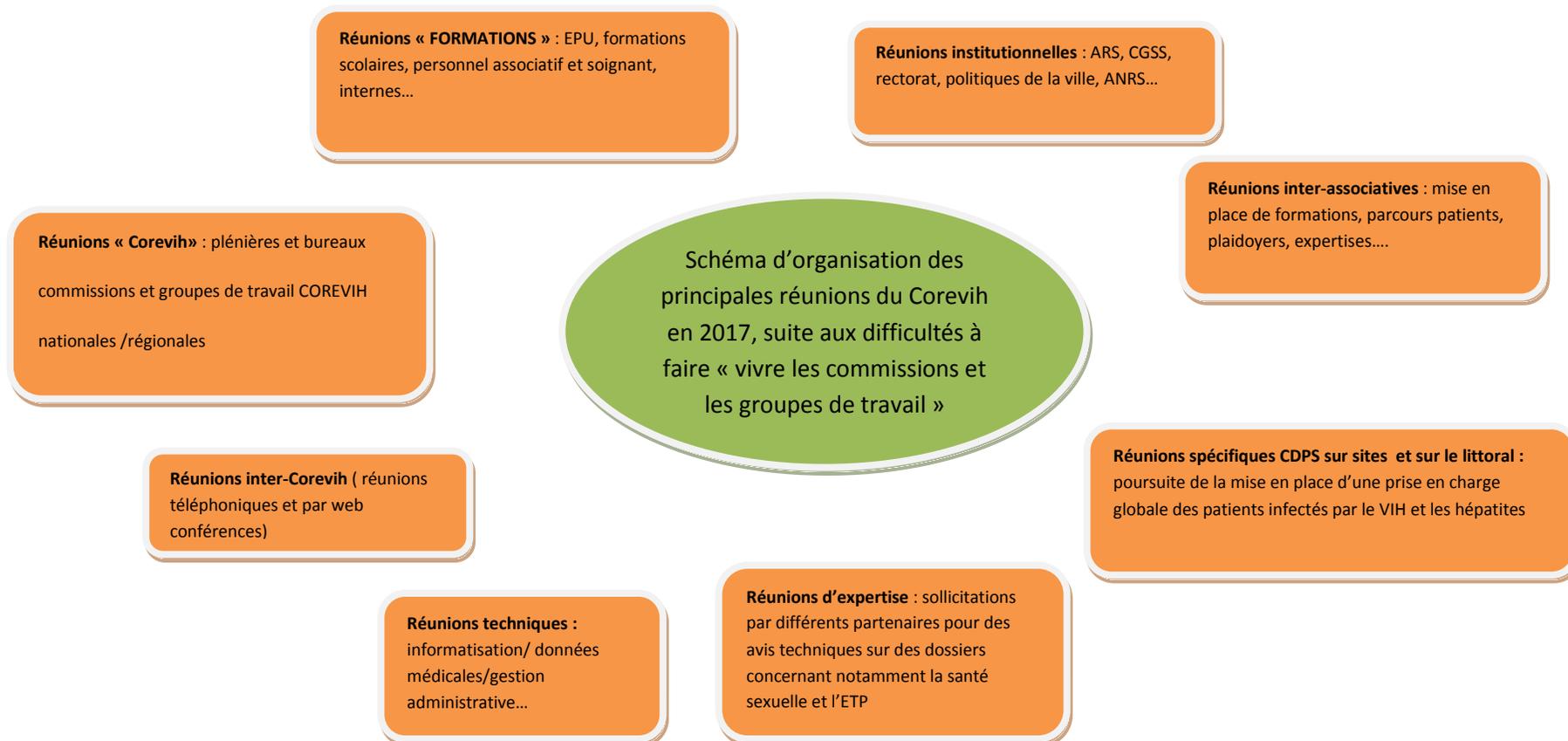
Ci-dessous, vous est présenté les commissions et groupes de travail créés au cours de ces dernières années sur la base des décrets ministériels :

COMMISSIONS	GROUPES DE TRAVAIL
Communication/Prévention	Evènementiel (axe « déploiement des actions sur le territoire lors des grands évènements sur la thématique VIH »)
	Actions de communication/prévention continues (axe « stratégie continue de communication sur le VIH »)
Dépistage	Amélioration de l'offre de dépistage global sur le territoire
Prise en charge	Milieu carcéral/post-carcéral remplacé en décembre 2015 par la création d'une commission intitulée « prison »
	Centres de santé/populations isolées
	Périnatalité
	Perdus de vue
	Précarité/Addictions/populations vulnérables
	Amélioration de la qualité de vie (ETP, BSA, ateliers patients...)
Harmonisation des pratiques	Nadis/Domevih/...
	Harmonisation de la prise en charge VIH (AES/Vaccinations/Gestions des ARV/...)
	Gestion des formations pour les salariés du Corevih et l'aide à l'organisation de formations concernant la prise en charge du VIH
Gestion administrative	Budget/Fonctionnement interne
	Rapport annuel/Fiches « Action »
Prison	Prison : suivi carcéral et post carcéral, prévention des risques liés à la sexualité

Or ce mode de fonctionnement en commissions et groupes de travail paralyse le COREVIH depuis de nombreuses années : la Guyane est un territoire où les acteurs de santé, et autres, sont peu nombreux avec un turn over très marqué. Donc, les réunions/groupes de travail se mettent en place avec les acteurs engagés (membres ou pas du Corevih), volontaires, disponibles... Cette souplesse permet une meilleure efficacité opérationnelle.

De plus, nous avons la nécessité de devoir répondre très rapidement à des dossiers « urgents » imprévus (exemple phare en 2016: afflux de migrants sur le territoire, ayant saturé les services de prévention et de soins, qui a demandé une mobilisation importante du Corevih). De ce fait, les très nombreuses réunions, que le Corevih assure, dépassent ce cadre d'organisation.

Schéma d'organisation des réunions du Corevih pour palier au mode « officiel » de son fonctionnement (basé sur les décrets ministériels)



2.6- Quelques bilans de fonctionnement :

➤ **Bilan de communication** :

Le Corevih doit être un outil d'information et de transmission, cela passe aussi par l'utilisation de moyens de communication. En plus des newsletters et bulletin trimestriel, en cette année 2016, nous avons relancé le site internet du Corevih (ultérieurement hacké).

Bulletin trimestriel :

- Articles nationaux et locaux sur les avancées sur la prise en charge, prévention etc. ; la présentation de nouveaux acteurs sur le territoire
- Tous les 3 mois

Newsletter :

- Aborde l'actualité VIH (annonce des événements et congrès à venir, diffusion d'informations, de textes de lois et de documentations)
- Tous les mois

Site internet :

- Intégré au le site internet du CHAR
- <http://www.ch-cayenne.net> - Onglet COREVIH

Avec accès aux rubriques suivantes :

- Présentation rapide du COREVIH Guyane et le dernier rapport d'activités (**795 visites**)
- Liste des structures locales de dépistage et de prévention (**406 visites**)
- Bulletins d'informations de 2015 et 2016 (**129 visites**)
- Outils de travail à destination des professionnels de santé (**162 visites**)
- Liste des articles et/ou thèses concernant le VIH (**185 visites**)
- Contact COREVIH : contacts externes réguliers pour recherche de documentation (thèses, mémoires...) par mails ou par téléphone

Total de 795 visites du site pour l'année 2016 (malgré plusieurs axes de communication, cet hébergement du site Corevih par le site du centre hospitalier de Cayenne est insuffisamment connu).

Mais un site hébergeur seulement pour le Corevih (sans avoir été formé au préalable, au vu des compétences internes) pourrait devenir une surcharge de travail. Peut être serait il possible d'envisager d'autres moyens de communication (exemple : une page facebook) ou mieux mobiliser le service de communication du CHAR et de l'ARS.

➤ **Les indicateurs d'évaluation du Corevih Guyane**

Afin de justifier au mieux ces activités, le Corevih se base sur différents indicateurs d'évaluation ci dessous.

Tableau des indicateurs d'évaluation du Corevih Guyane :

INDICATEURS D'EVALUATION			
Nature des indicateurs d'évaluation :	Items :	Commentaires :	
Indicateurs de fonctionnement (interne au COREVIH)	Nombre de staffs et de réunions pluridisciplinaires	Cf tableau 1 et 2 ci dessous	
	Participation aux staffs et réunions pluridisciplinaires	Oui	
	Nombre de Mailing lists utilisées	59 mailing lists	
	Nombre de groupes de travail au sein du Corevih	avec 15 groupes de travail (<i>organisation tableaux suivants</i>)	
	Nombre de commissions Corevih	6 commissions	
	Nombre de réunion interne au Corevih(Cay, Ouest)	3 réunions officielles / autres réunions informelles	
	Organisation de réunions institutionnelles, partenariales...	Oui	
	Temps de communication auprès des acteurs	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)	
	Temps de pédagogie auprès des acteurs	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)	
	Nombre de trajets en Guyane	Véhicule CHAR : Cay-SLM : 3 Véhicule CHAR : Cay-Sinnamary : 1 Véhicule CHAR : Cay – Kourou : 3 Véhicule CHAR : Cay –Est : 3 Avion Maripasoula/Papaïchton : 4 Avion Grand Santi : 1	Trajets fréquents et nombreux avec le véhicule personnel du salarié (cellule de la coordination) sur l'île de Cayenne non comptabilisé
	Nombre de trajets vers la métropole	6	

Indicateurs de communication (<i>internet, téléphone, supports écrits ...</i>)	Nombre de bulletins trimestriels	1/trimestre
	Nombre de news letters	1/mois
	Nombre de communiqués spéciaux à large diffusion et acteurs cibles	Incapacité de quantifier (<i>dû au renouvellement de l'actualité et des avancées quotidiennes</i>)
	Utilisation de Doodle, dropbox, wetransfer etc.	Oui
	Création du site internet	Oui
Indicateurs de réalisation d'actions (<i>mise en place et/ou participation par le COREVIH</i>)	Nombre de partenariats engagés en 2016	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)
	Nombre de projets engagés en 2016	7 nouveaux engagés : scolaire, détenus, protocoles, éducation thérapeutique, dépistage de couple, communication en prévention
	Nombre de projets débutés en 2015 suivis en 2016	Dans chaque thématique de 2015, les projets ont été suivis en 2016
	Appui logistique pour les grands évènements, réunions ...	Incapacité de quantifier
	Temps de coordination pour les grands évènements, réunions ...	Incapacité de quantifier
	Participation groupes de travail institutionnels (ARS, CGSS etc.)	Oui
	Adaptation des protocoles médicaux en 2016 au vu des rapports nationaux et/ou locaux	Oui
	Nombre de formations organisées en 2016	6
	Nombre de formations à laquelle le COREVIH a participé	8
	Sollicitation d'acteurs tout venants	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)
	Sollicitation directement des populations cibles (ex : élèves IFSI, lycéens...)	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)

➤ **Bilan Financier :**

Dotation MIG -AC*	DOTATION FIR de 1 114 000 euros
Ressources humaines en poste	
TOTAL :	
Président du Corevih	
Coordination médicale	1,5 ETP PH
Coordination administrative	1 ETP
Technicien d'étude clinique	5 ETP (4CHAR+1CHOG)
Secrétaire	1 ETP
Ressources humaines sollicitées	
TOTAL :	
Technicien d'étude clinique fléché "kourou et hépatites"	
Technicien d'étude clinique en renfort (CDPS/prison/pédiatrie/médecine libérale)	
Data manager	1 ETP
Frais de fonctionnement	
TOTAL :	
<u>DEPLACEMENTS :</u>	
EN GUYANE : transport, hébergement, restauration	
- du Président	
- du Médecin coordonnateur	
- du Coordinateur administratif	
- des TEC	
EN METROPLE : transport, hébergement, restauration, inscription congrès / formations	
- du Président	
- du Médecin coordonnateur	
- du Coordinateur administratif	
- des TEC/secrétariat	
- Autres (dont formations stratégiques)	
<u>ORGANISATION REUNIONS DU COREVIH / FORMATIONS COREVIH</u>	
- Réunions COREVIH (collation)	
- Prise en charge frais de déplacement des personnes "conventionnées pour des missions ciblées" (membres du COREVIH + associatifs) (cf. convention partenariat CHAR/Asso)	
- Formations organisées par le COREVIH	
<u>INFORMATIQUE : prestation informatique e-Nadis</u>	
- Maintenance annuelle+interventions/prestations pour des services à distance (ablsa)	
- Mise en place de la passerelle (x 3 sites)	
- Déploiement DOMEVIH	
<u>MATERIEL : achats divers</u>	
- Ouvrages, revues spécialisées VIH-SIDA	
- Commande de mobiliers et matériel	
<u>TRODS</u>	
* <i>estimation sur la base de la dotation MIG-AC 2012, rapport au Parlement</i>	
** <i>estimation selon instruction du 23 avril 2009 relative au financement des Corevih</i>	

III- LE COREVIH ET LA STRATEGIE GLOBALE DE LUTTE CONTRE LE VIH

3.1-Le Corevih et la promotion de la santé :

Les « **parcours de santé** » doivent permettre d'améliorer l'état de santé de la population, et ce, par une meilleure coordination des professionnels des secteurs sanitaires, médico-social et social. L'accent est mis sur la promotion de la santé dont la prévention et l'éducation thérapeutique du patient. Travailler sur les parcours de santé est un enjeu important pour le Corevih.

Les enjeux du Corevih dans la promotion de la santé :

Selon l'OMS, **la promotion de la santé** « permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison ». Elle englobe la prévention et l'éducation à la santé qui sont l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective. Le Corevih couvre les trois types de préventions existantes :

➤ Le Corevih et les enjeux en prévention primaire :

Prévention primaire : La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

AXES STRATEGIQUES	PRINCIPALES ACTIONS MENEES
Développer la communication en prévention	<ul style="list-style-type: none">• Projet « Radios communautaires » : multiples rencontres d'acteurs, partenariats entrepris, écriture du projet en cours. Partenariat : DAAC Guyane ; Entr'aides ; Radio Mozaïque ; Corevih• Mise à jour d'outils d'informations : recensement lieux de dépistage et de prévention (site internet du Corevih)• Réflexions dans différents groupes de travail (GT) sur l'utilisation de Facebook, création d'une ligne Whatsapp : recherches documentaires/expériences d'autres pays ex : Brésil.
Participer aux évènements/campagnes nationales et caribéennes	<ul style="list-style-type: none">• Journée Caribéenne du Dépistage : appui à la coordination territoriale ; initiation du projet « radios communautaires » avec la mise en place de 3 interventions « corevih/associations » : radio mozaïque, radio rossignol et Guyane première• Sidaction : appui à la coordination• Journée Mondiale de la lutte contre le Sida : mobilisation des acteurs de tout le territoire ; coordination logistique/organisationnelle ; travail de communication régionale. <p>⇒ Lors d'actions de terrain, les salariés du COREVIH peuvent participer.</p> <p>⇒ Le COREVIH a dû pallier au non recrutement des postes de coordination territoriale.</p>

<p>Participer aux groupes de travail des partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques groupes de travail : <ul style="list-style-type: none"> _participation au groupe de travail organisé par Guyane Promo Santé (GPS) : « évaluation de l'activité documentation GPS » ; « démarche qualité : les outils et la documentation » ; participation au COPIL de GPS _Assises de l'association AIDES _réunions des réseaux...
<p>Déployer les nouveaux outils de prévention sur le territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail sur l'harmonisation des pratiques (ex une prévention combinée et réduction des risques) • Réunions multiples concernant la PreP/TASP/AES
<p>Accompagnement à l'écriture de projets / co-construction en prévention primaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à la rédaction/mise en œuvre de projets en prévention auprès d'associatifs, d'établissements scolaires... • Groupe de travail sur la population crack et vih : évaluation de besoins auprès des professionnels / proposition d'un projet de formation (Corevih-Réseau Kikiwi) et d'apport de ressources à l'amélioration du parcours de santé des usagers de drogues • Participe à l'évaluation du Programme Régional de Santé et à l'écriture du prochain • Soutien des projets de la Croix-Rouge (Cegidd, parcours de soin IST...)
<p>Développer l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat : collège Nonnon – Entr'aides - Corevih. Mise en place d'ateliers d'éducation à la santé sexuelle auprès de classe de 3° <p>⇒ Actions qui doivent se renouveler en 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation (rencontres, réunions...) des différents acteurs intervenants en milieu scolaire : cartographie envisagée <p>Travail d'orientation et d'informations auprès de l'IFSI et d'infirmières scolaires du territoire Ouest et Est.</p>
<p>Développer l'éducation à la santé sexuelle en milieu carcéral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une commission « prison » • Rencontres multiples et télétravail avec Sidaction sur cette thématique • Amélioration des connaissances concernant les fausses croyances et les conduites à risque : analyses et présentation de l'enquête CAP Guyane au congrès des UCSA (mars 2016) • Partenariats Entr'aides-Corevih/prison: mise en place d'un projet de réduction des risque sexuels, via des détenus ressources en santé sexuelle (VIH-Sida/Hépatites).Organisation de séances de RDR avec les « détenus facilitateurs »
<p>Lutter contre les fausses croyances liées à la religion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appui logistique : formation à destination des leaders religieux, organisé par Chrétiens et Sida • Formation des leaders religieux, en collaboration avec « Chrétien et SIDA » 27/4/16

<p>Améliorer le déploiement du dépistage précoce</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation (relance des réunions) de la commission dépistage • Cartographie des lieux de dépistage en cours sur l'île de Cayenne • Cartographie des lieux du Centre Littoral (ADER) • Mise en place de l'évaluation programme TROD aux urgences du CHAR • Accompagnement et expertise auprès de l'ARS sur la mise en place des CEGGID • Réflexion, expertise, rédaction et mise en place de projet CEGGID (ex : Croix Rouge Française, CHAR etc.) • Mobilisation d'acteurs nationaux sur les enquêtes portant sur l'autotest ; mise en réseau avec les acteurs territoires guyanais • Suivi du projet de prévention et de dépistage en partenariat avec Entr'aides ; Croix Rouge Française et CAARUD • Poursuite de la mise en place du dépistage par TROD en médecine de ville (ARS/Kikiwi) • Multiples rencontres d'acteurs institutionnels et participation à leurs diagnostics en santé sexuelle : ASV, Contrats locaux de santé, Centre de Ressources Politiques de la ville
---	--

➤ **L'intervention du COREVIH en prévention secondaire :**

Prévention secondaire : Il s'agit de l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, ici en l'occurrence la prévalence du VIH.

AXES STRATEGIQUES	PRINCIPALES ACTIONS MENEES
<p>Développer les connaissances « éducation à la santé sexuelle des usagers vivant avec le vih/professionnels en milieu associatif »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appui aux différents projets de prévention • Formation de bénévoles des associations (connaissances VIH/Hépatites, dépistage...) • Accompagnement sur le terrain des acteurs/bénévoles
<p>Apporter un appui au développement des compétences psychosociales des personnes vivant avec le VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animation des Ateliers « Femmes et VIH » : public patientes de l'HDJA de Cayenne • animation d'ateliers des PPVIH en associatif • Création/adaptation d'outils de prévention • Evaluation du projet <p>⇒ Reprise en 2017</p>

➤ **Le Corevih et son apport en prévention tertiaire :**

Prévention tertiaire : Elle intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

AXES STRATEGIQUES	PRINCIPALES ACTIONS MENEES
<p>Diminuer d'éventuelles complications ou comorbidités liées à l'infection grâce au bilan de Synthèse Annuel (BSA).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des objectifs des années précédente : groupe de travail BSA /Protocole, coordination, plaidoyer...
<p>Renforcer les capacités du malade et/ou de son entourage afin de mieux prendre en charge leur pathologie dans un projet de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à la continuité de la mise en œuvre de l'Education thérapeutique du patient (ETP) sur le territoire • Travail important avec les CDPS sur la mise en place de projets d'éducation thérapeutique (recherches documentaires, rédaction...) • Appui à la mise en œuvre d'ateliers d'ETP en CDPS (organisation, accompagnement pendant les séances...) • Travail pour faire évoluer les Ateliers « femmes et VIH » en programme d'éducation thérapeutique • Participation au groupe de travail de GPS sur la mise en place d'une plateforme d'éducation thérapeutique du patient

<p>Améliorer les mesures prises auprès de patients visant à freiner l'évolution de la maladie et éviter les ruptures de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de différents protocoles en partenariat avec le Réseau kikiwi et Périnat pour améliorer les parcours de soin • Consolidation du partenariat avec le SPIP de Guyane, afin d'améliorer l'accès aux solutions hébergements des sortants de prison, ainsi que la continuité de l'accès aux droits et aux soins... • Accès aux droits et à la santé : plaidoyer, formations, réunions... • Appui au travail et à la recherche des personnels (hospitaliers/associatifs) sur la question des Hépatites.
--	--

3.2-Le Corevih dans la prise en charge globale des patients infectés par le VIH/Hépatites :

Si l'on résume les enjeux de la prise en charge du VIH/hépatites en se basant sur la « cascade de soins », les principales stratégies/actions... du Corevih se concentrent autour :

- du dépistage
- de l'entrée dans le soin
- du maintien dans le soin sur le long terme

C'est en dépistant tous les patients infectés par le VIH/hépatites pour les amener vers une prise en charge globale de qualité sur le long terme, que nous pouvons agir sur la dynamique de l'épidémie

➤ **Le Corevih et l'enjeu du dépistage en 2016:**

Le dépistage est un enjeu majeur dans la lutte contre le VIH/Hépatites. La transmission du VIH est essentiellement causée par la des personnes infectées qui ne connaissent pas leur statut sérologique.

AXES STRATEGIQUES	PRINCIPALES ACTIONS MENEES
<p>Déploiement du dépistage sur le territoire (pour répondre notamment aux recommandations : un dépistage VIH annuel/an/habitant ayant une activité sexuelle)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appui au dispositif « TROD » déjà en place et appui à la montée en charge de cet outil (notamment en communes isolées/en secteur associatifs...) : le TROD permet « d'aller vers » les populations par le biais des associations habilitées • Important travail (réunions/expertise...) pour l'accès aux droits et aux soins • Avis consultatif et d'expert pour les nouvelles demandes habilitations au dépistage par TROD • Avis d'expert sur les documents nationaux sur le volet dépistage avant les validations institutionnelles (ex : document sur les recommandations nationales sur le dépistage en France) • Co-gestion du dossier Cegidd avec l'ARS et les principaux partenaires (ex : CPS Croix-Rouge) • Poursuite du travail pour la mise à disposition du TROD en médecine libérale • un important travail de « cartographie » des lieux de dépistages (réunions avec les partenaires/travaux sur les populations les plus vulnérables...) • Déploiement de projets innovants (Ex : dépistage « mobile » intrahospitalier au CHAR) de dépistage • Mobilisation pour l'organisation des journées Caribéennes de dépistage • Achat, stockage, vérification de assurance qualité... des TRODS au CHAR (notamment des actions importantes pour le déploiement du TROD en CDPS et dans les services clés (SAU/UGO...au CHAR)

	<ul style="list-style-type: none"> • Appui au projet de recherche (ex : Mahevi porté par le cic-ec guyane) • harmonisation des pratiques de dépistage notamment par l'accompagnement des acteurs sur le terrain • Travail de plaidoyer pour renforcer le dépistage (notamment en assistant à des réunions clés : réunions de la CTG, des commissions transfrontalières, réunions nationales...)
<p align="center">Diminuer le retard au dépistage du VIH/hépatites</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des actions de communication en partenariat avec les institutions et les associations, notamment lors des moments clés pour le VIH (JMS/Sidaction...) • développement de l'utilisation du canal de diffusion « radio » en partenariat avec les associations (DAAC, MDM...) et les radios locales (dont les radios « communautaires ») pour promouvoir le dépistage • Diminuer les « occasions manquées » pour dépister : <ul style="list-style-type: none"> _ par l'appui du projet de dépistage mobile intra hospitalier, _ les formations régulières des professionnels de santé aux signes évocateurs à une infection par le VIH/hépatites (dont le DU de retrovirologie) et pour saisir des moments « clés » pour dépister (IVG/IST/dépistage de cancers du col/demande de contraception, entrée dans la vie sexuelle...)... • Développer le dépistage pour les couples séro discordants (mobilisation des professionnels de santé autour de cet enjeu par des réunions, des études de cas cliniques...) • Appuis des projets des populations les plus exposées (travailleuses du sexe, détenus, usagers de crack...)

➤ **Le Corevih et l'entrée dans le soin global :**

Si l'enjeu du dépistage est crucial beaucoup d'efforts et d'actions sont mises en place pour diminuer les perdus de vue après le dépistage et pour fluidifier les parcours de soins.

En 2016, un afflux important de migrants, principalement originaires d'Haiti, a déstabilisé des dispositifs fragiles de dépistage. Malgré des difficultés de coordination, cet événement a été l'occasion de renforcer le travail sur les parcours de prévention et de soins. De nombreuses réunions sous l'égide du Corevih et de l'ARS ont eu lieu avec les acteurs du « social » et du secteur associatif (pour l'aspect « accès aux droits et aux soins », notamment avec l'expertise du Comede), les acteurs de la prévention (CPS de la Croix-Rouge), et du soin.

AXES STRATEGIQUES	PRINCIPALES ACTIONS MENEES
<p>Diminution des perdus de vue du dépistage à l'entrée dans le soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et maintien des conventions entre les associations et les services de prise en charge pour formaliser les modalités des parcours de soin (comment adresser, accompagner...) • Mise en place d'outils pour limiter les perdus de vue (ex : mise en place du staff « nouveaux patients dépistés » au CHOG en partenariat avec le réseau kikiwi/poursuite de la diffusion de la charte patient pour le partage d'informations médico-sociales entre les partenaires associatifs et soignants/renforcement du travail de « veille » épidémiologique (travail de compilation des bases de données nadis/ des CDPS/ des associations...) • Soutien au travail du personnel soignant et de recherche pour la question du « suivi post carcéral des détenus infectés par le vih/hépatites» • Appui des actions pour l'ouverture des droits • Avis d'expert sur les demandes d'habilitation des associations en étudiant spécifiquement le volet « parcours de soin » et en appuyant les mises en place des parcours
<p>Fluidifier les parcours de soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions/outils pour diminuer le temps de rdv entre les services de prises en charge et les actions de dépistage (ex : renfort médical du corevih lors des missions en CDPS) • travail régulier de communications auprès des professionnels et du « grand public » pour rendre visible « les services référents de prise en charge » • Travail de plaidoyer et appui logistique pour désengorger les services référents (ex : actions pour diminuer la prise en charge hospitalière des patients « chroniques » infectés par le VIH en réorientant la prise en charge vers l'ambulatoire). Ainsi on renforce la capacité à « bien accueillir et suivre dans les meilleurs délais » les nouveaux patients • Travail d'expertise pour les parcours de soins des patients en CDPS (nombreuses missions Corevih en CDPS) • Rédaction et mise en place de fiches « parcours » avec l'annuaire des partenaires. Actions en étroite collaboration avec le réseau Kikiwi

➤ **Le Corevih et le maintien dans le soin :**

Il s'agit essentiellement de la poursuite d'actions mises en place/ou renforcées des années précédentes (cf. précédents RA du Corevih).

Ces actions concernent essentiellement les axes suivant :

- la lutte contre les perdus de vue (notamment en CDPS)
- la lutte contre les ruptures de droits et l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins
- le renforcement de la prise en charge des populations très vulnérables (détenus/patients en CDPS/...)
- l'éducation thérapeutique notamment en CDPS (des projets d'ETP en CDPS ont été rédigés et déposés)
- la lutte contre la discrimination et stigmatisation des patients infectés
- un avis d'expert sur les prises en charges globales disponibles ou à mettre en place
- le maintien du bilan de synthèse annuelle malgré les difficultés logistiques
- rédaction/ et la mise à jour régulière des protocoles de soins/des parcours/référentiels
- renforcement des prises en charge globale autour de la « périnatalité et le VIH » (en lien avec les réseaux périnatalité et le réseau kikiwi).

3.3 - Le Corevih et TRODs au CHAR

Le Corevih depuis plusieurs années œuvre pour la promotion de l'outil « TROD » afin d'améliorer le déploiement du dépistage et le rendu des résultats. Ainsi au CHAR, le Corevih a en charge les commandes de ce dispositif de dépistage. Il est envisagé dans les prochaines mois, de partager ce travail avec le service du laboratoire du CHAR afin d'améliorer la démarche qualité.

Deux commandes effectuées dans l'année dont le montant global est de 19378,50 euros (4070 tests livrés). A ce jour, une commande d'environ 2000 tests VIH couvre en moyenne 8 à 9 mois (entre la demande de renouvellement du stock et la réception de la commande s'écoule minimum un mois).

	NOMBRE DE TESTS RAPIDES VIH DISTRIBUES AU CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON							
	SAU	DERMATO (CDAG)	HDJ ADULTES	GYNECO (BLOC OBSTETRICAL)	CENTRES DE SANTE	DIVERS	UMIT	Total
2014	480	744	0	168	650	0	0	2042
2015	1541	596	0	48	742	5	44	2976
2016	1067	792	0	96	841	0	72	2868

3.4 -Le COREVIH et la formation :

Le COREVIH a pour missions l'harmonisation des pratiques des professionnels du soin et de la prévention. Plusieurs interventions ont été co-organisées avec des partenaires pendant l'année 2016. Quelques exemples ci-dessous :

- Symposium « *Le VIH et ces enjeux en Guyane* » co-organisé avec le Laboratoire Jansen
- EPU à destination des pharmaciens libéraux, co-organisé avec le Réseau Kikiwi
- Deux interventions organisées au CHAR à destination des professionnels ; avec comme intervenants le COMEDE : « *Hépatites et les enjeux du traitement universel* » et « *accès aux droits et aux soins* ».
- Une conférence « *santé et migration* », avec pour participants notamment Mr Cartiaux, Directeur de l'ARS Guyane, et les Dr Anne Jolivet, Dr Mosnier, Dr Revault. Cette manifestation a été co-organisée par GPS et le Corevih.
- Plusieurs formations de bénévoles en milieu associatif
- Trois plénières par an (voir tableau n° ci-dessus), permettant la transmission de connaissances (recherches, avancées, projets guyanais, nationaux, mondiaux...) auprès d'un réseau large de professionnels

Dans ce même souci d'harmonisation des pratiques, le COREVIH participe à de la formation/conférences... en métropole comme au niveau local. Quelques exemples ci-dessous :

En métropole :

- SFLS : « *Sexualité et addictions* »
- Congrès des UCSA : « *La santé en prison dans les Unités Sanitaires* »

Localement :

- Formation de *formateurs* ; organisé par GPS
- Conférence : « *accès aux soins en santé mentale en Guyane* » ; co-organisé par Médecins du Monde et l'Association des Psychologues
- Colloque « *Femmes victimes de violences conjugales : rôle des professionnels* » ; co-organisé Gynécologie Sans Frontière et la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale
- Formation « *Education thérapeutique du patient* » animé par IPCEM

3.5-Le Corevih et le Programme Régional de santé :

Cette année 2016 a été marquée par de nombreuses réunions de travail autour de l'évaluation du PRS pour le volet « VIH/hépatites/santé sexuelle ».

Ces réunions ont permis de mettre en évidence la volonté de renforcer les liens ARS/Corevih, et ces rencontres autour de cette évaluation quadriennale ont d'ailleurs été pilotées et coordonnées par l'ARS et le Corevih.

Le travail du Corevih et les actions qu'il coordonne et essaie de mettre en place s'inscrivent dans les objectifs du PRS.

Nous diffusons au travers de notre rapport d'activité 2016 le résultat de ce travail d'évaluation (ci après synthèse de l'évaluation réalisée lors de la plénière du 16 décembre 2016).

Objectif opérationnel		Bilan	Evaluation			Perspectives
Actions			Ce qui a été fait/ce qui a marché	Ce qui a bloqué	Leçons apprises	→↗↘↙↩
1. Prévention						
1.1 Coordonner les activités de prévention et de communication VIH/IST en Guyane						
Planifiées	<p>Mise en place d'un comité de pilotage (associant des référents territoriaux, des représentants d'institutions et d'associations)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunions [dans le cadre des commissions] du Corevih. • Mise en place des CTPRS (coordinations territoriales de la prévention du VIH et des risques sexuels et reproductifs). • Réunions régulières, principalement lors des événements, de la CTPRS. • Des comités de pilotage dans les communes étaient planifiés dans le programme Kimonimoni 		<p>Nombre important d'intervenants</p> <p>Nombre important d'actions (établissements scolaires).</p> <p>Les acteurs ont été bien mobilisés sur l'événementiel.</p>	<p>Peu de visibilité de la coordination du PRS et peu de représentations des associations.</p> <p>Absence de coordination globale</p> <p>Difficultés de réunir les acteurs</p> <p>Réunions du Corevih à Cayenne</p> <p>Manque de coordination territoriale sur l'île de Cayenne.</p> <p>Plus de coordination territoriale dans l'Ouest.</p> <p>Participation décroissante des acteurs aux réunions de coordination territoriale (Ouest).</p> <p>Manque de stratégie globale de prévention et de communication dans l'Ouest, aspects logistiques et organisationnels privilégiés.</p> <p>Absence de politique globale des actions en milieu scolaire (dépendent du bon vouloir des acteurs de l'éducation)</p> <p>Absence de valorisation faite par les acteurs de l'éducation</p> <p>Pas de référents communication : ça bouge uniquement sur les gros événements mais seulement à l'initiative de certains. Trop axé sur les événements.</p> <p>Peu de lisibilité du programme Ki MoniMoni (CF évaluation de JL Veltz) ; et très peu de comité de pilotage dudit programme entre 2009 et 2015.</p>	<p>Place importante des actions événementielles (qui pourraient s'inscrire dans une continuité si elles étaient planifiées en amont)</p> <p>Il faudrait une meilleure lisibilité des missions de coordination entre l'ARS le cours et vie et la coordination territoriale de la prévention des risques sexuels.</p> <p>La coordination doit se faire selon les objectifs du plan VIH et non l'événementiel.</p> <p>Il faut maintenir la décentralisation des réunions, notamment du Corevih, sur l'Ouest Guyanais.</p>	<p>A corriger/retravailler-développer dans PRS-2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la communication +++ en dehors de l'événementiel

Planifiées	<p>Développement de tableaux de bord de planification et de suivi des actions de lutte contre le VIH/santé sexuelle et reproductive.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tableau de bord (TDB) des coordinations territoriales.</i> 	<p>Tableaux de bords (+- fonctionnels selon les territoires)</p> <p>Liens entre le financement et les tableaux de bord</p>	<p>Appropriation insuffisante des tableaux de bord prospectifs (TDB) pour une coordination effective</p> <p>Manque de cartographie visuelle dans les TDB.</p> <p>Manque de données objectives disponibles</p> <p>Manque de formation des associations à l'utilisation de l'outil (TDB)</p> <p>Manque de retour sur les tableaux de bords qui sont remplis/envoyés par les associations</p>	<p>Tableaux de bord très intéressants mais un peu trop complexes et pas assez ludiques/ sexy dans la présentation des résultats pour qu'ils soient exploités par tous</p> <p>Dépendance de l'utilisation des tableaux de bord de la personne référente</p> <p>Manque d'habitude des acteurs de planifier de manière annualisée, avec beaucoup de modification de dernière minute d'adaptation au contexte</p>	<p>A corriger/retravailler-développer dans PRS-2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outil en ligne genre Dropbox, Google drive
1.2 Améliorer la qualité des actions de prévention					
Planifiées	<p>Mettre en place un système de qualité des actions de prévention.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mise en place du dépistage TROD par les associations, selon un cahier de charge</i> 	<p>Organisation de formations par l'éducation nationale également proposée aux associations</p>	<p>Difficulté de mobiliser les personnels de l'éducation nationale pour la formation</p> <p>Manque de formation en animation</p> <p>Peu d'acteurs pour faire de la prévention (pure prévention vs dépistage et prévention)</p> <p>Turnover des acteurs</p> <p>Manque de stratégies locales</p>	<p>Nécessité d'intégrer les actions de prévention dans le programme de l'éducation nationale</p> <p>Nécessité de reprendre les connaissances de base (connaissance du corps) avant de vouloir aborder les IST, et ce quel que soit le niveau...</p>	
	<p>Suivi évaluation des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>[Actions dans le cadre de l'] événementiel</i> • <i>Actions individuelles dans le cadre de la «routine».</i> 	<p>Mise en place d'un outil de planification et de suivi des activités (prévention en milieu scolaire ; prévention hors milieu scolaire).</p>	<p>Manque d'identification de qui est garant des actions, quelle est l'entité de référence (cad l'ARS, le Corevih, la coordination territoriale ?)</p> <p>Manque d'identification claire des activités des acteurs et de la répartition des actions (qui fait quoi?)</p> <p>Penser à l'évaluation/indicateurs (lesquels ?)</p> <p>Chaque structure a ses propres outils ; il s'agit principalement d'outils de traçabilité de l'activité.</p> <p>Pas de partage des bilans et des suivis des activités entre les structures.</p> <p>Le planificateur a été très chronophage pour les acteurs et la coordination territoriale et les acteurs ont eu du mal à se l'approprier ; il n'y a pas eu de retour sur ce travail.</p>	<p>Nécessité d'une coordination des acteurs pour une transparence des données.</p> <p>Nécessité d'une coordination des différents messages en fonction des institutions (qui ? ou ? quoi ?).</p> <p>Un partage des bilans d'activité serait profitable aux acteurs.</p> <p>Nécessité d'une meilleure communication sur les bilans d'activité afin de pouvoir définir des perspectives communes</p>	

Planifiées	<p>Formation validante des acteurs de prévention par le rectorat.</p> <p>Mise en place du planificateur des actions de prévention des risques sexuels et reproductifs</p>		<p>Plusieurs acteurs de l'Ouest ont bénéficié de cette formation : CRF, Pascal Sélé, IDE scolaire, PMI.</p>			
1.3 Améliorer l'accès aux préservatifs masculins et féminins						
Planifiées	<p>Recenser les lieux de distribution (gratuite/ payante) de préservatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Recensement des lieux de distribution fait en 2013 par la CTPRS, propre à SLM.</i> 		<p>Demande importante</p> <p>Forte distribution.</p> <p>Augmentation de la distribution du préservatif féminin.</p> <p>CRF : stock suffisant pour répondre à la demande</p> <p>Dotation de préservatifs de l'éducation nationale</p>	<p>Pas d'information sur la stratégie (manque de transparence)</p> <p>Disponibilité de préservatif standard avec une « cote » limitée, alors que la demande se porte de plus en plus sur préservatif ludique.</p> <p>Stock insuffisant de préservatifs masculins et féminins</p> <p>Survenue de ruptures de stock dans certaines parties du territoire (ex : au CDPS de Régina)</p>	<p>Il est nécessaire de définir une stratégie de distribution.</p> <p>Il est nécessaire d'augmenter les lieux de distribution.</p> <p>La distribution est bien mais du travail reste à faire sur l'utilisation effective « en situation ».</p> <p>Préservatifs féminins : nécessite de travailler sur le corps et le fait d'être à l'aise avec son corps.</p> <p>Il faut plus faire le lien avec la contraception.</p> <p>Il faut Identifier des lieux neutres pour la distribution gratuite en routine pour le public de jeunes</p>	
Planifiées	<p>Informier le public sur les lieux de distribution de préservatifs existants</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Edition d'un Flyer avec lieux de dépistage et distribution des préservatifs en 2014.</i> 		<p>Plaquette liée un territoire.</p>	<p>Flyer non actualisé pour les préservatifs gratuits</p> <p>il n'y a pas eu assez de flyers.</p> <p>Le flyer n'a pas été réédité.</p> <p>Il n'a pas été élargi à d'autres territoires.</p>	<p>Il faut pérenniser les outils créés localement qui marchent.</p>	
Planifiées	<p>Solliciter des partenaires pour abriter les points de distribution dans des lieux stratégiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Distribution de préservatifs dans les locaux de la structure.</i> • <i>Distribution lors d'actions de prévention.</i> • <i>Points de distributions de préservatifs mis en place sur les communes isolées par les associations (Koyee, Winawi, Kibetibeti).</i> 			<p>Manque de maîtrise par les associations de la procédure à suivre pour avoir des préservatifs</p> <p>Non identification des lieux stratégiques et d'explicitation de la « stratégie » sous-jacente.</p> <p>Sollicitation forte de certains commerces, bars, hôtels, voire des IDE scolaires ou institutions lors de ruptures de stock, pour disposer de préservatifs.</p>	<p>Il faudrait une centralisation des demandes de préservatifs.</p> <p>Il faut une dotation suffisante de préservatif pour le territoire de l'Ouest Guyanais pour répondre aux besoins des populations et à la demande des partenaires ou du privé.</p>	

Planifiées	Dotation ARS en préservatifs supplémentaires en 2014 et 2015 pour l'association Aides, pour distribution en zones isolées.					
1.4 Développer des programmes de prévention ciblée auprès des publics prioritaires/vulnérables (TDS, migrants, femmes victimes de violences, piroguiers, détenus, toxicomanes, public de bas niveau de scolarisation, jeunes sortis de tous circuits...)						

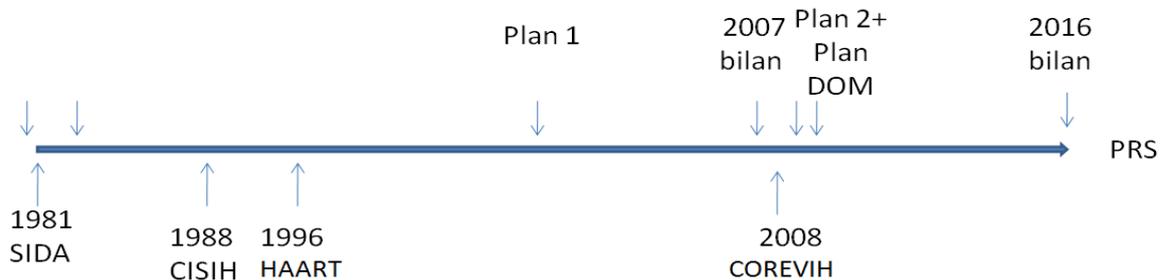
Planifiées	<p>Programme de prévention structurée mis en place auprès des piroguiers pendant une année (2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Formation Saude sur le modèle de celles mises en place par les ateliers santé ville (SAV) de Marseille et Paris XXe</i> • <i>Actions individuelles des associations, etc</i> <p>(Aides :)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Programme de prévention et de dépistage auprès des migrants, TDS, consommateurs de drogue, populations du fleuve, HSH ; et</i> • <i>Ateliers, week-ends santé, journée santé pour les PvVIH.</i> 	<p>Formation Saude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très bon accueil par les apprenants. - Empowerment - Projet de fin de formation. - Outils utilisés. <p>Mobilisation des partenaires en cours animation</p> <p>Enquêtes du CIC</p> <p>Bonne visibilité sur les problématiques des populations vulnérables (grâce enquêtes CIC)</p> <p>Nombreuses actions individuelles.</p> <p>Démocratisation de l'utilisation du préservatif.</p> <p>Moins de discrimination vis-à-vis des PV VIH.</p> <p>Accès plus spontané au dépistage des populations.</p>	<p>Formation Saude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps nécessaire. - Formation–accompagnement animateurs <p>Pas assez de groupes de travail sur chaque population cible.</p> <p>Absence de certains partenaires.</p> <p>Difficultés pour mobiliser les partenaires pour les groupes de travail sur la durée, et du coup nous ne sommes pas au courant</p> <p>Manque de coordination et de vision globale</p> <p>Manque de collaboration/coordination entre le Corevih et l'ARS</p> <p>Manque d'information du Corevih sur l'appel à projets (AAP)</p> <p>Manque de cohérence entre les AAP et les stratégies selon les populations vulnérables.</p> <p>Difficulté à identifier les publiques cibles (piroguiers).</p> <p>Pas de budget alloué aux projets de prévention auprès des piroguiers.</p> <p>Méconnaissance de certains publics.</p> <p>Difficulté à travailler avec les structures d'addictologie.</p> <p>Rapports d'activité non envoyé au Corevih</p> <p>Manque de formation de bonne qualité</p> <p>Attention insuffisante envers le public jeune</p> <p>Rectorat : manque de visibilité sur les actions des infirmières scolaires</p>	<p>Nécessité d'une formation/accompagnement des animateurs, médiateurs et professionnels dans la construction de programmes de qualité</p>	<p>A corriger/retravailler-développer dans PRS-2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration ARS-Corevih - Développement des formations pour adapter les actions de réduction du risque.
Planiff	<p>Développement de l'ETP dont le « Treatment As Prevention (TAP) des PvVIH</p>	<p>Infirmière d'appui à l'observance à l'hôpital.</p> <p>Renforcement de Kikiwi.</p>			

	Programmes de prévention mise en place au RSMA (actions de prévention et de dépistage par TROD mensuel entre 2014 et 2016, arrêt des dépistages par TROD en 2016) : publics jeunes sortis des circuits.			RSMA : turnover			
	Groupe ados VIH mises en place avec le réseau Kikiwi						
	Aides : mobilisation de HSH autour de temps collectif de prévention (apéro mec).						
1.5 renforcer les actions de sensibilisation auprès des séronégatifs sur les dangers de relations non protégées (cf. Plan VIH 2010-2013)							
Planifiées	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actions dans le cadre événementiel</i> • <i>Actions en milieu scolaire</i> • <i>Informations parallèles des actions de dépistage mobile</i> • <i>Actions individuelles dans cadre événementiel/Trod/animation de prévention.</i> 		Intervention multilingue Adaptation aux publics (croyances, niveau de connaissance...) Approche non culpabilisant	Temps nécessaire et unicité de la séance sur intervention scolaire Trop de prévention et pas assez de réduction des risques	En milieu scolaire : il faut commencer plus tôt les interventions : dès le primaire (au moins en sixième) pour aborder des risques sexuels au moment adéquat (avant la connaissance du corps/genre/sentiments, c'est « brutal » !)		
Planifiées							
1.6 Renforcer la coopération entre la Guyane et ses pays voisins pour notamment coordonner les actions de prévention, l'utilisation d'outils adaptés réalisés dans les pays d'origine des migrants, et informer les professionnels de santé de Guyane de la situation épidémiologique et des capacités de prise en charge dans les autres pays							
Planifiées	<u>Des deux cotés :</u>			L'ARS s'est peu investie sur ce sujet entre 2013 et 2016. Pas de référents ARS sur la coopération depuis 2013. Il n'y a pas/plus de coordination ni l'Est ni à l'Ouest.	Il faut des référents Corevih et ARS sur le transfrontalier. Il faut un pilotage fort de l'ARS sur ce sujet tout en associant les acteurs.		

	<p><u>Du côté du Brésil :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Semaine de la santé France Brésil.</i> • <i>Groupes de travaux santé de la CMT.</i> • <i>Groupe de travail du conseil du fleuve Guyane AMAPA</i> 		<p>Échanges de pratiques entre professionnels.</p> <p>Présentation d'outils/techniques de prévention.</p>	<p>La semaine de la santé de 2016 n'a pas eu lieu</p> <p>Le portage institutionnel pour la semaine de la santé et le GTS-CMT et la volonté/possibilité de « pousser » les objectifs des semaines de la santé. Laisse à désirer</p> <p>Difficultés d'adaptation au fonctionnement de l'« autre » (FR/BR).</p> <p>Absence de financement dédié au fonctionnement du GTS</p> <p>Absence de personne dédiée sur ce mandat (FR et BR).</p> <p>Problèmes de langue (mais souvent une excuse).</p> <p>Non reconnaissance par les Brésiliens de leurs problématiques et blocages.</p> <p>Difficulté de mobilisation (côté Brésil) : travail lourd à porter.</p>			
	<p><u>Du côté du Surinam :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Réunions bilatérales annuelles.</i> • <i>Rencontre aide et associations plus institutions plus dispensaires du fleuve du Suriname depuis 2013</i> 			<p>Difficultés à obtenir des informations fiables sur l'épidémiologie et la prise en charge au Surinam.</p> <p>Pas de coordination entre acteurs associatifs, acteurs de santé et institutions.</p>			
Plaidées	<p>Organisation d'un meeting bilatérale au CHOG en février 2015 avec un focus sur le VIH.</p> <p>Projet transfrontalier aide/Croix-Rouge du Surinam.</p>		<p>Motivation, demande des acteurs de part et d'autre.</p>				

IV-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

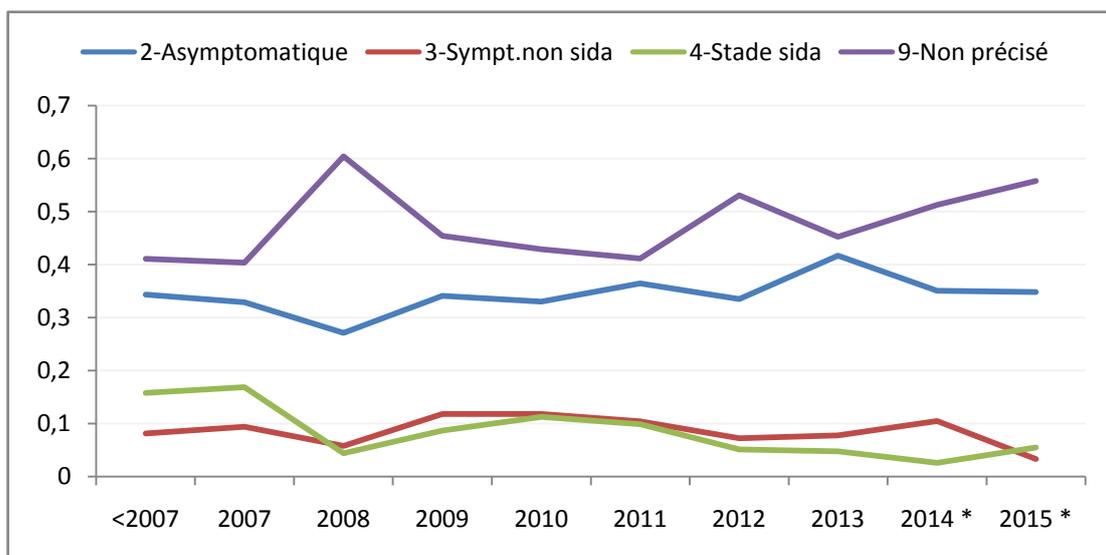
4.1-Synthèse des données et mise en perspective :



Les premiers cas de SIDA rapportés en Guyane datent du début des années 80. Le premier plan VIH/SIDA date de 2003. A l'époque, la transmission mère enfant excédait les 10%, et le taux de succès thérapeutique était catastrophiquement bas (42% de succès). Il n'y avait pas de consultations d'observance, pas de réseau ville hôpital... Le plan a permis de mobiliser des crédits et de progressivement mettre en place la centrale d'achat de préservatifs, un travail de prévention dans les milieux de la nuit (qui a sans doute porté ses fruits vu le taux d'utilisation du préservatif rapporté dans l'enquête CAP travailleurs du sexe), le réseau ville hôpital (Kikiwi), les consultations d'observance.

Les résultats thérapeutiques se sont améliorés et la transmission mère enfant a baissé sans toute fois rattraper les chiffres de l'hexagone. Lors du programme VIH suivant (PRS 2011-2015) l'accent était mis sur l'amélioration du dépistage (réduction de 50% des diagnostics à moins de 200 CD4) et à l'obtention d'un taux de succès thérapeutique supérieur à 80% partout sur le territoire (il y avait une forte hétérogénéité), et une réduction du nombre de perdus de vue. L'objectif était également de se baser sur des faits pour choisir les stratégies d'action en prévention (connaître son épidémie et sa réponse), et pour améliorer la prise en charge.

L'arrivée des TRODS, le dépistage aux urgences, chez les généralistes, le camion de la croix rouge, le dépistage hors les murs associatif... ont permis une extension de l'offre de dépistage. Il semble y avoir moins de diagnostics tardifs (cf. ci-dessous les DO VIH chi2 de tendance ($p=0.037$) mais l'objectif d'une réduction de moitié semble avoir peut être été trop ambitieux.



En 2015 on notait 179 nouveaux patients ce qui était en progression et pourrait refléter les progrès du dépistage.

ANNEE_VIH	Freq.
1983	1
1985	1
1986	2 *
1987	4 *
1988	3 *
1989	5 *
1990	14 ****
1991	15 ****
1992	17 *****
1993	24 *****
1994	21 *****
1995	31 *****
1996	40 *****
1997	38 *****
1998	52 *****
1999	47 *****
2000	69 *****
2001	51 *****
2002	69 *****
2003	68 *****
2004	77 *****
2005	99 *****
2006	87 *****
2007	114 *****
2008	88 *****
2009	102 *****
2010	94 *****
2011	92 *****
2012	112 *****
2013	90 *****
2014	94 *****
2015	135 *****
2016	179 *****
Total	1,935

NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	1,756	90.75	90.75
Oui	179	9.25	100.00
Total	1,935	100.00	

- Nombre de nouveaux patients par centre (1 HDJa CHAR, 2 UMIT/CDPS, 3 CMCK il est à souligner que l'activité VIH a été fortement perturbée au CMCK et qu'il n'y a plus de TEC depuis l'été)

-> CENTRE = 1			
NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	1,097	91.49	91.49
Oui	102	8.51	100.00
Total	1,199	100.00	

-> CENTRE = 2			
NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	97	80.17	80.17
Oui	24	19.83	100.00
Total	121	100.00	

-> CENTRE = 3			
NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	65	97.01	97.01
Oui	2	2.99	100.00
Total	67	100.00	

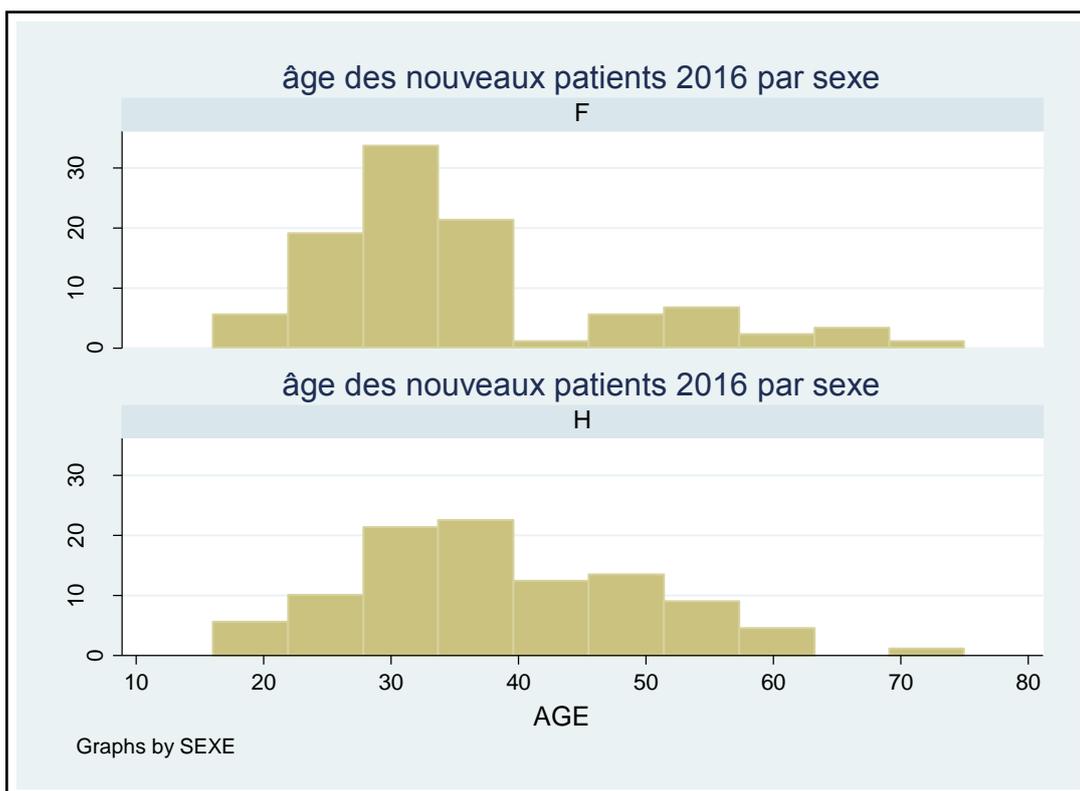
Pour le CHOG des problèmes informatiques font que les données ne concernent que les 10 premiers mois de l'année 2016 (51 nouveaux patients sur 10 mois).

NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	497	90.69	90.69
Oui	51	9.31	100.00
Total	548	100.00	

➤ **Précocité du dépistage :**

Globalement sur l'ensemble de la Guyane c'est environ 30% des nouveaux diagnostics qui étaient diagnostiqués à moins de 200 CD4.

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	36	28.80	28.80
350-500	16	12.80	41.60
<200	37	29.60	71.20
>500	36	28.80	100.00
Total	125	100.00	



Derrière ce chiffre de 30% de patients dépistés à moins de 200 CD4, il semblait qu'à Cayenne la précocité du dépistage était en progrès alors qu'à Saint Laurent les personnes arrivaient souvent plus tard (45% à moins de 200 CD4). Cependant les petits effectifs peuvent entrainer de grandes fluctuations d'une année sur l'autre et il faut rester prudent dans l'interprétation.

-> CENTRE = 1			
RECODE_CD4_ DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	24	33.33	33.33
350-500	10	13.89	47.22
<200	14	19.44	66.67
>500	24	33.33	100.00
Total	72	100.00	

-> CENTRE = 2			
RECODE_CD4_ DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	2	25.00	25.00
350-500	1	12.50	37.50
<200	2	25.00	62.50
>500	3	37.50	100.00
Total	8	100.00	

-> CENTRE = 3			
RECODE_CD4_ DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
<200	1	100.00	100.00
Total	1	100.00	

-> CENTRE = 4			
RECODE_CD4_ DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	10	22.73	22.73
350-500	5	11.36	34.09
<200	20	45.45	79.55
>500	9	20.45	100.00
Total	44	100.00	

➤ Nationalité des nouveaux patients (total et par site 1 HDJa, 2 UMIT/CDPS, 3 CMCK, 4 CHOG) :

PAYS_NAISS	CENTRE				Total
	1	2	3	4	
BRÉSIL	4	1	0	7	12
ESPAGNE	0	1	0	0	1
FRANCE	11	3	0	1	15
GUYANA	6	3	0	3	12
Guyane française	7	2	0	5	14
HAÏTI	52	9	0	6	67
NR	19	2	2	4	27
REPUBLIQUE DOMINICA..	2	0	0	0	2
SAINTE-LUCIE	0	0	0	1	1
SURINAM	1	3	0	24	28
Total	102	24	2	51	179

-> NVX = Oui

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
BRÉSIL	12	6.70	6.70
ESPAGNE	1	0.56	7.26
FRANCE	15	8.38	15.64
GUYANA	12	6.70	22.35
Guyane française	14	7.82	30.17
HAÏTI	67	37.43	67.60
NR	27	15.08	82.68
REPUBLIQUE DOMINICAINE	2	1.12	83.80
SAINTE-LUCIE	1	0.56	84.36
SURINAM	28	15.64	100.00
Total	179	100.00	

➤ Transmission :

-> NVX = Non			
FDR	Freq.	Percent	Cum.
A. E. S.	1	0.06	0.06
Autre	5	0.28	0.34
Bisexuel	17	0.97	1.31
Homosexuel	42	2.39	3.70
Hétérosexuel	1,540	87.75	91.45
Inconnu	102	5.81	97.26
Materno-foetale	42	2.39	99.66
Toxicomane IV	3	0.17	99.83
Transfusé	3	0.17	100.00
Total	1,755	100.00	
-> NVX = Oui			
FDR	Freq.	Percent	Cum.
Bisexuel	1	0.56	0.56
Homosexuel	12	6.70	7.26
Hétérosexuel	139	77.65	84.92
Inconnu	26	14.53	99.44
Transfusé	1	0.56	100.00
Total	179	100.00	

➤ **Résultats thérapeutiques**

Sur le plan thérapeutique, la mise en place de l'éducation thérapeutique et les nouvelles molécules moins toxiques, plus puissantes et plus faciles à prendre ont permis d'améliorer les résultats de façon spectaculaire l'objectif initialement fixé par le PRS était plus de 80% de succès thérapeutique, on est en fait à près de 92% sur la Guyane (1 HDJa, 2 UMIT/CDPS, 3 CMCK, 4 CHOG).

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	29	3.65	3.65
EchecNC	26	3.27	6.92
Succes	740	93.08	100.00
Total	795	100.00	

-> CENTRE = 2

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	5	11.11	11.11
EchecNC	2	4.44	15.56
Succes	38	84.44	100.00
Total	45	100.00	

-> CENTRE = 3

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	2	4.88	4.88
EchecNC	3	7.32	12.20
Succes	36	87.80	100.00
Total	41	100.00	

-> CENTRE = 4

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	15	4.56	4.56
EchecNC	17	5.17	9.73
Succes	297	90.27	100.00
Total	329	100.00	

➤ Charge virales dans la file active : global

RECODE_DERN IER_ARNVIH	Freq.	Percent	Cum.
10-30K	51	3.00	3.00
1K-10K	82	4.82	7.82
400-1000	46	2.71	10.53
51-400	154	9.06	19.59
= 50	1,286	75.65	95.24
>30K	81	4.76	100.00
Total	1,700	100.00	

Charges virales par site : (1 HDJa, 2 UMIT/CDPS, 3 CMCK, 4 CHOG)

-> CENTRE = 1			
RECODE_DERN IER_ARNVIH	Freq.	Percent	Cum.
10-30K	30	2.81	2.81
1K-10K	36	3.37	6.18
400-1000	25	2.34	8.52
51-400	91	8.52	17.04
= 50	855	80.06	97.10
>30K	31	2.90	100.00
Total	1,068	100.00	

-> CENTRE = 2			
RECODE_DERN IER_ARNVIH	Freq.	Percent	Cum.
10-30K	2	2.82	2.82
1K-10K	3	4.23	7.04
400-1000	6	8.45	15.49
51-400	7	9.86	25.35
= 50	44	61.97	87.32
>30K	9	12.68	100.00
Total	71	100.00	

-> CENTRE = 3			
RECODE_DERN IER_ARNVIH	Freq.	Percent	Cum.
10-30K	1	1.79	1.79
1K-10K	3	5.36	7.14
400-1000	1	1.79	8.93
51-400	5	8.93	17.86
= 50	41	73.21	91.07
>30K	5	8.93	100.00
Total	56	100.00	

CHOG

RECODE_DERN IER_ARNVIH	Freq.	Percent	Cum.
10-30K	18	3.56	3.56
1K-10K	40	7.92	11.49
400-1000	14	2.77	14.26
51-400	51	10.10	24.36
= 50	346	68.51	92.87
>30K	36	7.13	100.00
Total	505	100.00	

- Schémas thérapeutiques (NB tendance à Cayenne de privilégier les combinaisons comprenant un inhibiteur non nucléosidique, alors qu'à Saint Laurent plus de combinaisons comprenant un inhibiteur de protéase).

SCHEMA_DERNI ER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
1IP	1	0.06	0.06
1IPb	7	0.44	0.51
1IPb+1II	25	1.58	2.09
1IPb+1II+1IE	2	0.13	2.22
1N	2	0.13	2.34
1N+1II	2	0.13	2.47
1N+1IPb	20	1.27	3.74
1N+1IPb+1II	37	2.34	6.08
1N+1NN+1II	22	1.39	7.48
1N+1NN+1IPb	17	1.08	8.56
1N+2IPb	1	0.06	8.62
1NN	2	0.13	8.75
1NN+1II	1	0.06	8.81
1NN+1IPb	6	0.38	9.19
1NN+1IPb+1IE	4	0.25	9.44
1NN+1IPb+1II	21	1.33	10.77
2N	2	0.13	10.90
2N+1II	101	6.40	17.30
2N+1IIB	338	21.42	38.72
2N+1IP	4	0.25	38.97
2N+1IPb	490	31.05	70.03
2N+1IPb+1II	33	2.09	72.12
2N+1NN	419	26.55	98.67
2N+1NN+1II	3	0.19	98.86
2N+1NN+1IPb	2	0.13	98.99
3N	5	0.32	99.30
3N+1IP	2	0.13	99.43
3N+1IPb	7	0.44	99.87
3N+1NN	2	0.13	100.00
Total	1,578	100.00	

➤ **Motifs d'arrêt.**

<u>TABLE DONNEES</u> <u>FIN.RECODE.MOTI</u> <u>F.ARRET.ARV.PRE</u> <u>CEDENT</u>	Freq.	Percent	Cum.
Autre	444	31.27	31.27
EIS	336	23.66	54.93
Echec	138	9.72	64.65
Intensification	14	0.99	65.63
Simplification	488	34.37	100.00
Total	1,420	100.00	

➤ **Perdus de vue**

Les consultations en CDPS et la saisie des données de ces patients, les consultations VIH en milieu carcéral et l'inclusion de ces patients dans la base nadis ont fait que l'on a retrouvé certains patients qui étaient « perdus de vue » par les services hospitaliers. Les efforts d'accompagnement des nouveaux dépistés, la vigilance pour rattraper les perdus de vue, et la généralisation des indications thérapeutiques (test and treat) ont sans doute également abouti à une baisse des perdus de vue. Les derniers résultats semblent montrer une chute considérable du nombre de perdus de vue en 2015, notamment à Cayenne et Saint Laurent (NB sur 10 mois).

Nombre de perdus de vue Guyane (pas revenus depuis plus de 12 mois) 2009-2015.

year	Freq.	Percent	Cum.
2009	52	10.90	10.90
2010	67	14.05	24.95
2011	58	12.16	37.11
2012	61	12.79	49.90
2013	88	18.45	68.34
2014	111	23.27	91.61
2015	40	8.39	100.00
Total	477	100.00	

-> Sernomt = CHAR Cayenne			
year	Freq.	Percent	Cum.
2009	35	13.11	13.11
2010	43	16.10	29.21
2011	33	12.36	41.57
2012	44	16.48	58.05
2013	44	16.48	74.53
2014	52	19.48	94.01
2015	16	5.99	100.00
Total	267	100.00	

-> Sernomt = CHOG St Laurent			
year	Freq.	Percent	Cum.
2009	7	5.69	5.69
2010	14	11.38	17.07
2011	16	13.01	30.08
2012	12	9.76	39.84
2013	28	22.76	62.60
2014	38	30.89	93.50
2015	8	6.50	100.00
Total	123	100.00	

-> Sernomt = Hôpital Pierre Boursiquot			
year	Freq.	Percent	Cum.
2009	5	6.10	6.10
2010	10	12.20	18.29
2011	9	10.98	29.27
2012	5	6.10	35.37
2013	16	19.51	54.88
2014	21	25.61	80.49
2015	16	19.51	100.00
Total	82	100.00	

➤ **File active**

Comme déjà connu, le sexe ratio est équilibré sauf à Saint Laurent où les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

-> CENTRE = 1			
SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	611	49.84	49.84
H	615	50.16	100.00
Total	1,226	100.00	

-> CENTRE = 2			
SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	59	47.58	47.58
H	65	52.42	100.00
Total	124	100.00	

-> CENTRE = 3			
SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	39	58.21	58.21
H	28	41.79	100.00
Total	67	100.00	

-> CENTRE = 4			
SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	344	62.77	62.77
H	204	37.23	100.00
Total	548	100.00	

➤ Nationalité

-> NVX = Non			
PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
ALGÉRIE	2	0.11	0.11
ARGENTINE	1	0.06	0.17
BRÉSIL	138	7.86	8.03
CAMEROUN	4	0.23	8.26
COLOMBIE	3	0.17	8.43
COTE D'IVOIRE	4	0.23	8.66
DOMINIQUE (ILE)	3	0.17	8.83
EQUATEUR	1	0.06	8.88
ETHIOPIE	1	0.06	8.94
FRANCE	224	12.76	21.70
GAMBIE	1	0.06	21.75
GHANA	1	0.06	21.81
GUINEE	1	0.06	21.87
GUINEE-BISSAU	9	0.51	22.38
GUYANA	168	9.57	31.95
Guadeloupe	5	0.28	32.23
Guyane française	47	2.68	34.91
HAÏTI	516	29.38	64.29
MADAGASCAR	1	0.06	64.35
NR	205	11.67	76.03
PAKISTAN	1	0.06	76.08
PAYS BAS	1	0.06	76.14
PEROU	5	0.28	76.42
PORTUGAL	2	0.11	76.54
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	1	0.06	76.59
REPUBLIQUE DOMINICAINE	27	1.54	78.13
Réunion	1	0.06	78.19
SAINTE-LUCIE	13	0.74	78.93
SENEGAL	4	0.23	79.16
SURINAM	362	20.62	99.77
Saint-Pierre-et-Miquelon	1	0.06	99.83
TOGO	2	0.11	99.94
VANUATU (ILES)	1	0.06	100.00
Total	1,756	100.00	

➤ SIDA

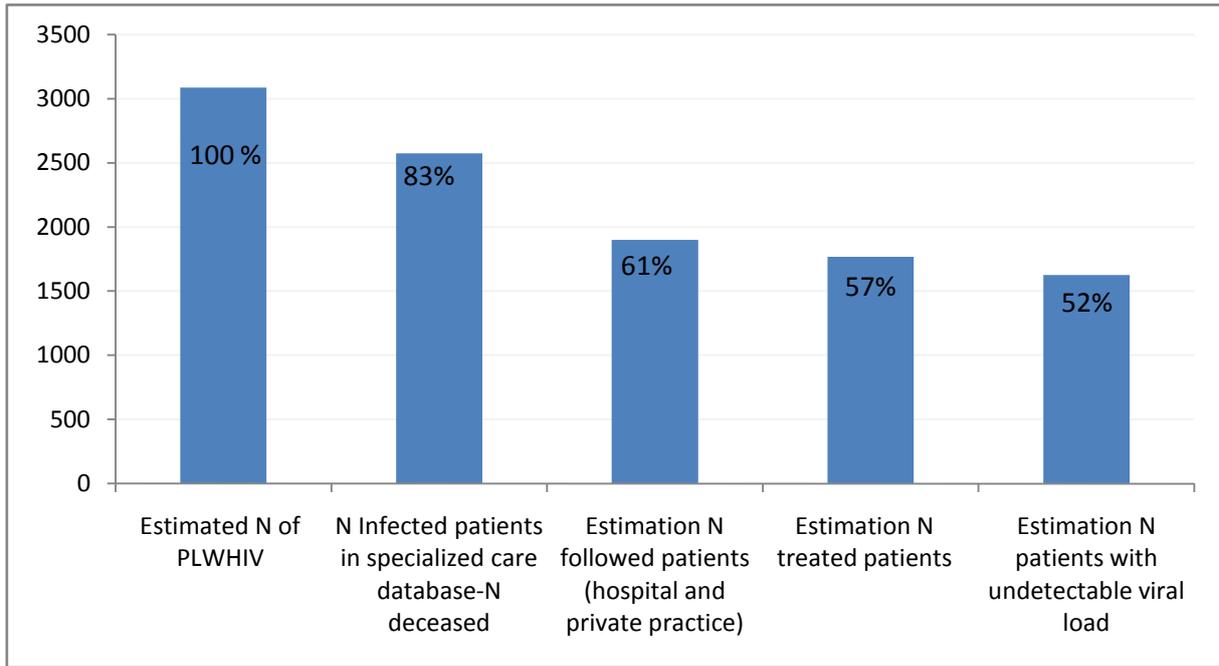
ANNEE_SIDA	Freq.	Percent	Cum.
1990	1	0.19	0.19
1992	2	0.38	0.57
1993	2	0.38	0.95
1994	3	0.57	1.52
1995	3	0.57	2.09
1996	8	1.52	3.61
1997	9	1.71	5.31
1998	5	0.95	6.26
1999	12	2.28	8.54
2000	16	3.04	11.57
2001	20	3.80	15.37
2002	27	5.12	20.49
2003	17	3.23	23.72
2004	27	5.12	28.84
2005	34	6.45	35.29
2006	24	4.55	39.85
2007	35	6.64	46.49
2008	33	6.26	52.75
2009	28	5.31	58.06
2010	25	4.74	62.81
2011	38	7.21	70.02
2012	23	4.36	74.38
2013	23	4.36	78.75
2014	29	5.50	84.25
2015	34	6.45	90.70
2016	49	9.30	100.00
Total	527	100.00	

➤ Infections opportunistes

La première infection opportuniste était l'histoplasmose disséminée.

DIAGNOSTIC	Freq.	Percent	Cum.
Adénopathie tuberculeuse périphérique	1	1.72	1.72
Autres formes de cryptococcose	2	3.45	5.17
Autres maladies à cytomégalovirus	5	8.62	13.79
Candidose oesophagienne	2	3.45	17.24
Colite à CMV	2	3.45	20.69
Colite à cytomégalovirus (B25.8)	1	1.72	22.41
Cryptococcose cérébrale	3	5.17	27.59
Cryptosporidiose intestinale >1 mois	1	1.72	29.31
Herpès génital > 1 mois	2	3.45	32.76
histoplasmose disséminée à Histoplasm..	7	12.07	44.83
histoplasmose à capsulatum disséminée..	5	8.62	53.45
LEMP	1	1.72	55.17
maladie par VIH à l'origine d'un synd..	1	1.72	56.90
Meningite a cryptocoques	1	1.72	58.62
Meningo-encéphalite tuberculeuse	1	1.72	60.34
Meningo-encéphalite à Toxoplasma (G05..	1	1.72	62.07
Oesophagite à CMV	2	3.45	65.52
Pneumocystose	4	6.90	72.41
Pneumonie à Pneumocystis carinii	1	1.72	74.14
neumopathie tuberculeuse (sans menti..	1	1.72	75.86
neumopathie tuberculeuse confirmée p..	2	3.45	79.31
Rétinite à cytomégalovirus (B25.8)	1	1.72	81.03
Toxoplasmose cérébrale	4	6.90	87.93
tuberculose de l'appareil respiratoire..	2	3.45	91.38
Tuberculose disseminée	2	3.45	94.83
Tuberculose ganglionnaire	1	1.72	96.55
Tuberculose pulmonaire confirmée	1	1.72	98.28
tuberculose pulmonaire, confirmée par..	1	1.72	100.00
Total	58	100.00	

➤ **Cascade de soins 2016**



A titre de comparaison aux USA le taux de succès thérapeutique est de 75%, le taux de perdus de vue de 43%, et au final la cascade VIH n'aboutit qu'à 25% de tous les patients asymptomatiques soit la moitié du chiffre en Guyane. Il faut donc souligner, que malgré la grande vulnérabilité sociale des patients, malgré l'éloignement des dispositifs de soin... le système fonctionne remarquablement bien. Il faut souligner que de 42% de succès thérapeutique, on est passé 92% avec une relative homogénéité sur la Guyane, y compris dans les centres de santé grâce à l'infectiologie mobile, et chez les patients initialement en échec thérapeutique grâce au réseau Kikiwi.

Par contre point négatif, il n'y a pas de données sur les hépatites, ni sur les IST depuis 10 ans ce qui dans le département le plus touché par le VIH pose question. Il est capital de recueillir des données sur la cohorte des hépatites B et C pour laquelle on est incapable de dire combien sont traités combien ont des complications... Ces thématiques sont prioritaires à l'heure où l'on parle de santé sexuelle il n'y a encore guère que le VIH pour lequel on a des chiffres.

Les objectifs de l'ONUSIDA 2014 étaient 90-90-90 à l'horizon 2020 ce qui signifie $90 \times 90 \times 90 = 73\%$ des patients indétectables. En Guyane, avec plus de 90% des patients traités et plus de 90% des patients traités indétectables, il reste le 3ème 90% qui est difficile à estimer : 90% des personnes VIH connaissant leur statut. C'est bien là qu'il faut « mettre le paquet » : **dépister large et traiter. On sait aujourd'hui que le temps passé au counseling pré-test freine la montée en charge des interventions de dépistage hors les murs.** On sait que les interventions raccourcies ne sont pas liées à plus de risques sexuels et que l'accompagnement post test est important pour le lien avec le soin et éviter perdus de vue. L'utilisation des ressources en personnel devrait donc être redistribuée du counseling prétest vers l'accompagnement post test. L'amélioration des résultats thérapeutiques et la réduction de la charge virale communautaire auront également un effet important. **L'objectif ultime est de faire baisser l'incidence du VIH.** Les modèles de calcul d'incidence sont en cours. Ce sera un indicateur précieux pour vérifier que la prévention, dans toutes ses formes modernes (prévention par les comportements, TASP, PREP, Prophylaxie post exposition, traitement des femmes enceintes et nouveaux nés, traitement des IST...), a un impact croissant.

4.2-Focus sur la prise en charge du Vih/Sida/hépatites en milieu carcéral :

On peut estimer que 4,5 à 5,0% des pvVIH vivant en Guyane Française ont connu un épisode ou plus d'incarcération durant la période 2007-2013 (Huber, BVS Antilles-Guyane, décembre 2016). Sur les 1843 détenus incarcérés au centre pénitentiaire de Guyane en 2016, 54 étaient infectés par le VIH soient 2,9% de détenus (ce chiffre semble en diminution, il était d'environ 4% en 2014). Parmi eux, 42/54 ont bénéficié de traitements ARV (77.8%), soit une nette augmentation depuis la recommandation de traitement universel, indépendamment du niveau de CD4, du rapport Morlat 2013 (seulement 50,3% des patients étaient sortis sous ARV parmi les pvVIH libérés entre 2007 et 2013, thèse de médecine d'Alice Merceron 2015). La majorité des patients sortis sans ARV avaient refusé le traitement durant la détention. Le refus de traitement ARV, peu étudié dans la littérature, sera une piste de travail à étudier dans les travaux à venir (travaux qualitatifs prévus).

Les consultations spécialisées ont été délivrées à raison de 2,8 journées mensuelles (Dr Huber). Une grande partie de ce temps était en fait dédié à l'organisation des sorties en lien avec le SPIP et les organismes d'hébergement, ainsi qu'aux recherches de solutions administratives, en lien avec le SPIP et le CDAD (Conseil Départemental d'Accès aux Droits). Les problématiques de droit au séjour des étrangers malades concernent, en effet, la majorité des pvVIH incarcérés (69,4% de migrants parmi les pvVIH détenus, BVS 2016), avec des situations souvent complexes, voir insolubles (ex. en cas d'interdiction du territoire).

Le travail de documentation du pronostic post-carcéral des pvVIH s'est poursuivi en 2016, et devrait donner le jour à d'autres publications en 2017.

Par ailleurs, 4,2% des détenus incarcérés en 2016 étaient porteurs de l'Ag HbS. Seule une minorité avait une indication de traitement antiviral (indication de traitement discuté en comité des hépatites). Aucun détenu n'a été identifié ni traité pour une hépatite C.

En l'absence de personnel dédié, l'éducation thérapeutique des détenus infectés par le VIH ou le VHB a été réalisée par le médecin infectiologue prenant en charge les patients.

Le Corevih est également co-impliqué dans la conception d'un nouveau programme de réduction des risques en milieu carcéral guyanais, en collaboration avec l'association Entraides Guyane, qui devrait mettre en œuvre le projet, en collaboration avec le SPIP, ainsi que dans la conceptualisation des ateliers de préparation à la sortie de prison qui ont démarrés fin 2016 (G. Gadio, docteur en sociologie) avec un financement MILDECA.

4.3-Focus sur la prise en charge du Vih/Sida en CDPS

Ces chiffres ne sont pas exhaustifs car la constitution de la file active et le suivi des patients sont en cours dans certains centres de santé, tel Grand Santi. Ces chiffres peuvent ne pas correspondre à ceux de la base nadis du fait d'un retard de saisies multifactoriel (problème de connexion/pas de TEC en renfort des équipes... La file active des patients suivis pour une hépatite chronique est en cours.

En 2016, 142 patients ont consulté en CDPS pour un suivi VIH (93 en 2015 !). La croissance de la file active est importante en CDPS : 30 nouveaux cas en 2016, dont 15 à Saint Georges, 6 à Maripasoula, 3 à Papaïchton, et fait remarquable, les premiers cas en « pays amérindien » sont apparus : 1 à Taluen et 2 à Antécumpata (les autres cas sont concernent Javouhey et Grand Santi).

Le Haut-Maroni concentre 48.6% des patients suivis, le Bas-Maroni 12% et le bassin de l'Oyapock 40%.

Le nombre de patientes infectées par le VIH suivies pour grossesses est de 9, dont 5 à Saint Georges.

La prise en charge du VIH/Sida en CDPS constitue un véritable défi : comment adapter la prise en charge pour que les patients bénéficient de soins identiques aux zones du « littoral » en tenant compte des spécificités en CDPS : population très mobile, pénurie de professionnels de soins et d'acteurs associatifs plus marquée, stigmatisation plus prégnante...

Un large travail a été accompli pour développer l'ETP, justement pour parer aux manques de professionnel : l'objectif principal est d'autonomiser les patients, en les rendant les principaux acteurs de leur prise en charge.

Depuis 2 ans les CDPS s'inscrivent dans une volonté de mise en place d'ETP en zones isolées pour les PVVIH et les personnes vivant avec des hépatites. La file active de patients ne fait que croître en CDPS (Mosnier et *al.* 2015). De même les particularités culturelles et sociales des patients des zones isolées imposent une aide spécifique et adaptée en ETP.

Suite à la formation d'un nombre important d'acteurs transdisciplinaires, la rédaction d'un programme ETP est en cours ainsi que l'émergence de consultations d'ETP sur plusieurs CDPS.

- La prise en charge des patients chroniques le défi des CDPS :
Les CDPS ont en charge des patients présentant de plus en plus, comme en métropole, des pathologies chroniques, en se substituant aux médecins généralistes quasi inexistantes dans ces zones. Le turn-over important des personnels de santé, l'éloignement géographiques des structures hospitalières et la difficulté d'accès à l'information du fait d'un niveau faible d'éducation, rendent difficile cette prise en charge chronique. Tout ceci impose d'autonomiser au mieux les patients dans la gestion de leur maladies.
- Convergence des acteurs :
Afin de mettre en place un programme d'ETP le plus adapté aux demandes des patients et soignants des CDPS, des collaborations ont été mises en place avec :
 - Les acteurs associatifs en médiation à la santé : DAAC pour l'Oyapock, ADER et AIDES sur le Maroni.
 - Un soutien de GPS et du réseau KIKIWI a été fourni avec de l'aide méthodologique et en documentation sur l'ETP
 - Un soutien par les IDE déjà en charge de l'ETP VIH au sein du CHAR

Objectifs réalisés et ou en cours

- Rédaction d'un programme ETP-CDPS :
La rédaction d'un programme est en cours. Celui ci est rédigé par les acteurs des CDPS. Il fait suite aux expériences et consultations réalisées en CDPS. Celui ci se veut le plus adapté aux réalités des patients. Ce programme se veut également global à l'échelle de l'ensemble des CDPS. Des outils ont été testés pour la plus grande partie sur le terrain.
- Consultations et médiations :
Du fait des particularités culturelles des patients des CDPS le volet médiation en santé est volontairement intriqué à l'activité d'ETP. L'un n'allant pas sans l'autre.
- Répondre aux demandes des patients :
Comme ailleurs sur le territoire mais particulièrement en CDPS les populations suivies sont particulièrement précaires. Cette précarité sociale (accès aux droits notamment) est donc prise en compte dans les ateliers d'ETP proposés.
- Versant santé communautaire :
Au delà de la prise en charge de l'individu se discute la prise en charge familiale et communautaire du VIH en CDPS. Comme l'ont montré les travaux de Van Melle et *al.* les connaissances et attitudes vis à vis du VIH sont particulièrement problématiques en zones isolées. La stigmatisation importante rencontrée en zones isolées impose une prise en charge qui doit être pensée en termes de prévention communautaire. A contrario, l'importance des solidarités communautaires est un atout utilisé au travers de certains ateliers notamment auprès de groupe de femmes. Enfin des consultations de couple et ou familiale ont débuté notamment sur Saint Georges afin de répondre aux demandes des patients avec de très bons résultats.
- EPU et formation continue en CDPS :
 - EPU en CDPS :
Afin de permettre l'appropriation des informations en santé sur le VIH et les hépatites par les personnels de soins, une dizaine d'EPU ont été réalisés en CDPS principalement sur Saint Georges et Maripasoula. Les « cours » se voulaient interactifs. Ils regroupaient l'ensemble des personnels de santé des CDPS ainsi que les associations locales.
Les EPU ont été financés en 2016 par les laboratoires privés. De la même façon ces laboratoires ont permis le financement de sessions de formation sur le VIH à Cayenne et aux Antilles pour les personnels des CDPS.
 - ETP/formations :
Plusieurs acteurs des CDPS ont bénéficié grâce au Corevih et au réseau KIKIWI d'une formation validante en ETP en 2016.

Bilan par Bassin de population et CDPS :

Saint Georges de l'Oyapock

Plusieurs personnels sont particulièrement investis dans l'ETP notamment une aide soignante et une infirmière. Cela a permis la mise en place de :

- Consultations ETP VIH en lien avec la DAAC au moment des consultations spécialisées en infectiologie. Environ une vingtaine de sessions de consultations d'une journée ont été réalisées. Les patients prioritairement vus : les femmes enceintes, les annonces, les patients ayant des problèmes d'observance.

- Des staffs transfrontaliers avec les acteurs Brésiliens ont été mis en place au sein du CDPS en fin de chaque session de consultations d'infectiologie
- Consultations ETP « cardiovasculaire » (HTA-diabète) sur Trois Palétuviers et Saint Georges

Maripasoula

A Maripasoula du fait d'un manque de personnel disponible, les consultations ETP ont été réalisées avec l'aide de l'IDE d'ETP du CHAR à raison 2 jours tous les 2 mois en lien avec les consultations d'infectiologie délocalisées.

Papaïchton

A Papaïchton une infirmière très motivée et compétente a mis en place des consultations d'ETP individualisées avec les patients. Son activité s'est faite en lien et l'appui d'une aide soignante bushinengué du CDPS. Cette activité a permis pour la première fois en 2016 de récupérer une dizaine de patients perdus de vues et de les remettre dans le soin. De la même façon les résultats virologiques de la file active des PVVIH sur Papaïchton ont été transformés. Jamais, depuis l'arrivée de l'épidémie sur cette zone, nous n'avions obtenu d'aussi bons résultats.

Les limites :

La principale limite au développement de l'ETP en CDPS est **le manque cruel de personnel**. A l'heure actuelle il n'existe aucun temps dédié. La plupart des acteurs réalisent les séances d'ETP avec les patients sur leur temps de récupération et ou de repos.

Ce système basé sur la motivation et la bonne volonté des acteurs n'est pas pérenne et n'est absolument pas suffisant.

Pour le VIH et les hépatites, les trois pôles prioritaires que sont le Bas Oyapock, le Haut et Moyen Maroni devraient bénéficier de temps dédié ETP associant un(e) IDE et un(e) médiateur(ice) pour chaque pôle.

Perspectives et objectifs 2017 ETP-CDPS :

Dépôt du programme ETP en infectiologie en CDPS

Les perspectives pour 2017 seraient de déposer le programme d'ETP VIH et hépatites des CDPS auprès de l'ARS pour validation.

Le rétroplanning actuel est de finaliser le dossier avec l'ensemble des acteurs fin février. Puis relecture GPS, Kikiwi, Corevih en mars. Pour, un dépôt prévu fin mars auprès de l'ARS de la Guyane.

➤ ETP et OCS

Le projet Oyapock Coopération Santé (OCS) est un projet de santé sexuelle global, porté par le pôle des CDPS, sur la frontière avec le Brésil. Dans son cadre a été pensé un volet ETP pour les PVVIH. Une demande de financement (faite en 2016 par les CDPS avec l'accord et soutien du directeur du CHAR) auprès d'un laboratoire privé est en cours. Cette demande a pour but de financer une IDE en charge :

- de l'aide au parcours de soin individualisé des patients
- et de l'aide à la mise en place de l'ETP de part et d'autre de la frontière

➤ ETP et AIDES

Le projet de l'association AIDES dont les CDPS sont partenaires sur le Haut Maroni est également un projet d'accompagnement des PVVIH sur cette zone. Dans ce cadre, l'ETP doit y être intégrée.

➤ ETP et autres pathologies en infectiologie

Si le VIH a permis un effet « brèche » avec un démarrage effectif des ateliers et consultations en ETP rapidement auprès des patients, le travail doit se poursuivre sur d'autres problématiques en CDPS : le paludisme, les hépatites, les pathologies diarrhéiques et l'HTLV principalement.

➤ ETP et PrEP

A ce jour la mise en place de PrEP n'est pas encore effective sur les CDPS. Les besoins sont pourtant importants notamment pour la population particulièrement à risque que sont les travailleuses du sexe. Pour ce faire des EPU de formation, démarrés en 2016 doivent se poursuivre en 2017. Des outils d'ETP spécifiques sont à développer en lien avec les acteurs associatifs.

V-CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Même si la prise en charge du vih/sida et des hépatites s'est considérablement améliorée ces dernières années avec de très bons taux de succès thérapeutiques, de nombreux défis persistent :

_améliorer le fonctionnement du Corevih dont les principales limites sont :

- une confusion entre « un organe de coordination » et un « organe opérationnel » pour répondre aux besoins et aux dysfonctionnements structurels. Les missions du Corevih restent floues pour les acteurs avec un décalage entre les missions arrêtées par les décrets et la réalité du terrain. Néanmoins ce fonctionnement « à la demande » introduit beaucoup de souplesse dans un territoire qui demande de l'adaptation permanente
- le Corevih est un « organe consultatif » : certains décalages entre les recommandations du Corevih et les pratiques des acteurs sont marqués, ce qui freine énormément les évaluations des stratégies définies annuellement
- Turn over des différents acteurs => certaines missions s'imposent au COREVIH
- Les membres du COREVIH peu présents et donc peu actifs. Le Corevih ne fonctionne qu'avec des volontaires quasiment => les acteurs s'épuisent
- Le territoire guyanais est très « vaste » => moins de disponibilité des salariés pour couvrir l'ensemble des territoires. Le développement de certains outils (visio-coférence/skype...) et la mutualisation des fonctions de coordination avec l'ARS sont en cours pour parer à cette limite
- Les institutionnels peu/pas représentés sur le transfrontalier => impact sur nos missions institutionnelles

_améliorer la prise en charge dans les « groupes vulnérables » (détenus, usagers de crack, travailleurs du sexe...) : nécessité de moyens à renforcer mais aussi d'une meilleure coordination de l'ensemble des actions et des acteurs

_améliorer la prise en charge en territoires isolés même si des progrès considérables ont eu lieu ces dernières années. Ceci ne pourra être réalisable qu'en renforçant les ressources humaines

_déployer l'ETP dans tout le territoire

_appuyer la recherche Vih/hépatites/IST pour affiner les données épidémiologiques et répondre aux enjeux « objectivement » et en les priorisant

_appuyer la surveillance épidémiologique concernant les hépatites et les IST. Nous n'avons que très peu de données, et nous naviguons à l'aveugle pour répondre aux enjeux de la « santé sexuelle ». Il sera difficile dans ce cas de fixer des objectifs et d'être en mesure de déterminer si on les a atteints.

_mettre l'accent prioritaire sur le dépistage : le dépistage est la clé de voûte pour espérer diminuer l'incidence du VIH en Guyane. Même s'il reste quelques difficultés dans les « soins » dispensés aux personnes infectées par le VIH/hépatites, c'est dépister toutes les personnes infectées en les amenant dans le soin qui fera la différence dans la lutte contre le Vih/hépatites

2017 pourrait être une année « charnière » dans la lutte contre le Vih/hépatites en Guyane. En effet, les nouvelles élections des membres du Corevih et l'écriture du nouveau Programme Régional de la Santé, pourraient redessiner le positionnement du Corevih dans la lutte contre le Vih/hépatites en donnant le « ton » pour répondre à nos enjeux.