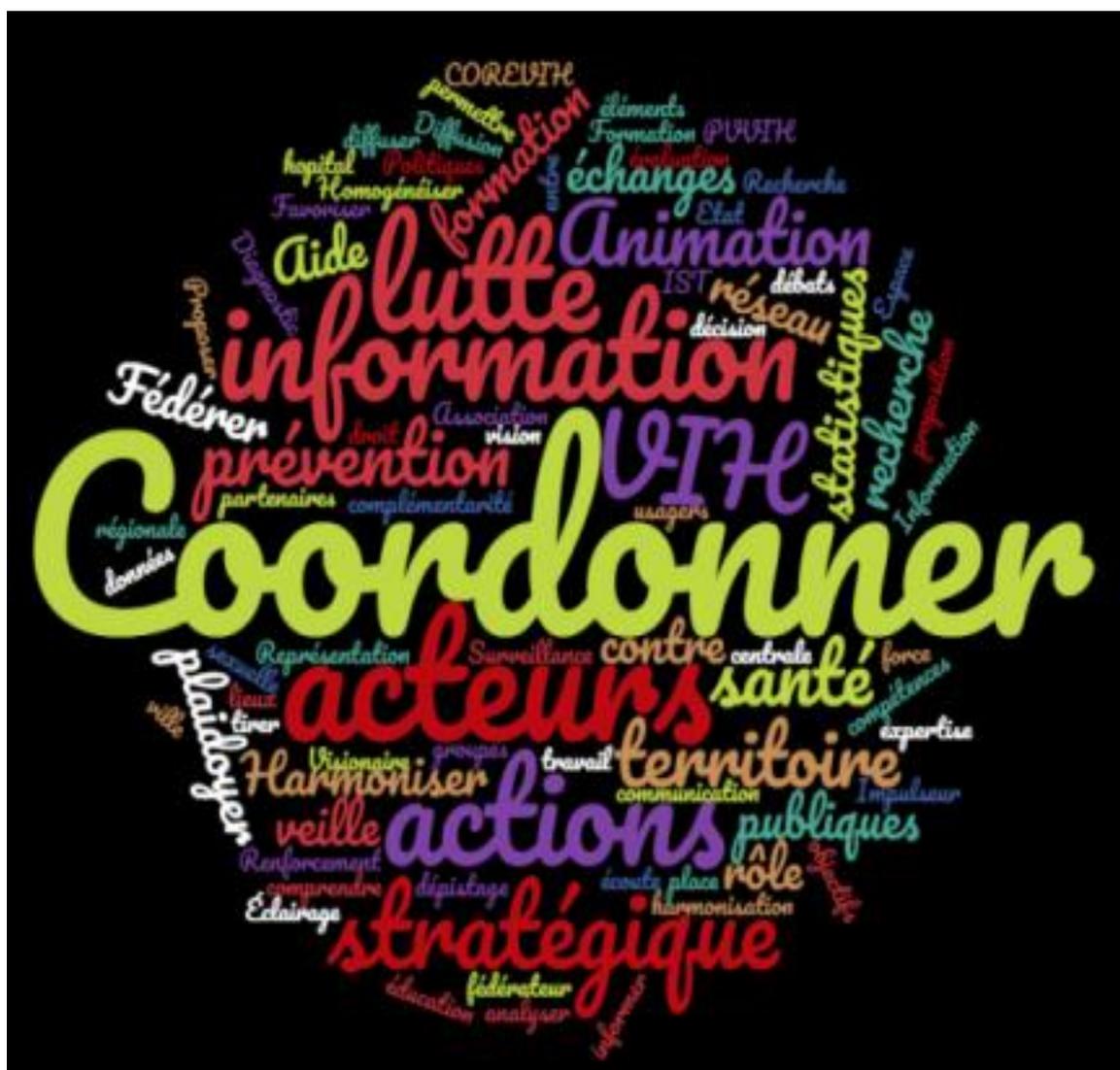


# BILAN D'ACTIVITE

## COREVIH GUYANE 2019



## SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| SOMMAIRE.....  | 2  |
| SOMMAIRE DES TABLEAUX.....   | 4  |
| SOMMAIRE DES FIGURES.....  | 6  |
| LISTE DES ABBREVIATIONS.....   | 7  |
| I. LE COREVIH GUYANE.....  | 8  |
| 1.1. Données administratives .....                                       | 8  |
| 1.2. Le territoire de référence.....                                     | 8  |
| 1.3. Les missions .....  | 9  |
| 1.4. La composition du Corevih Guyane .....                              | 9  |
| 1.5. Les ressources humaines .....                                       | 11 |
| 1.6. Les réunions du Corevih Guyane .....                                | 12 |
| 1.6.1. Les réunions de bureau et de plénières.....                       | 12 |
| 1.6.2. Les réunions de la transmission mère-enfant (PTME).....           | 15 |
| 1.6.3. Les réunions médico-psycho-sociale .....                          | 15 |
| 1.6.4. Le comité thérapeutique.....                                      | 15 |
| 1.7. Evaluation du Corevih Guyane en 2019.....                           | 16 |
| II. EPIDEMIOLOGIE DU VIH.....  | 22 |
| 2.1. La Prophylaxie pre-exposition (PREP).....                           | 22 |
| 2.1.1. Introduction .....  | 22 |
| 2.1.2. Etat des lieux de l'activité Prep.....                            | 22 |
| 2.1.3. Le bilan Prep 2019.....   | 23 |
| 2.2. L'Activité de dépistage .....                                       | 25 |
| 2.3. Les données Nadis .....   | 27 |
| 2.3.1. Les patients suivis .....   | 28 |
| 2.3.1.1. Caractéristique démographique des patients suivis.....          | 28 |
| 2.3.1.2. Caractéristique médicale de prise en charge.....                | 31 |
| 2.3.1.3. Les accouchements chez les femmes VIH en 2019.....              | 36 |
| 2.3.1.4. Les femmes sous dolutegravir .....                              | 37 |
| 2.3.2. Les patients perdus de vue .....                                  | 38 |
| 2.3.2.1. Caractéristiques démographiques des patients perdus de vue..... | 38 |
| 2.3.2.2. Caractéristique médicale des patients PDV .....                 | 41 |
| 2.3.3. Les nouveaux patients .....                                       | 44 |
| 2.3.3.1. Caractéristiques démographiques des nouveaux patients.....      | 44 |

|          |  |    |
|----------|--|----|
| 2.3.3.2. | Caractéristiques médicales des nouveaux patients.....              | 47 |
| 2.3.4.   | Les infections opportunistes.....                                  | 49 |
| 2.3.4.1. | Tuberculose.....   | 49 |
| 2.3.4.2. | Les histoplasmoses.....  | 50 |
| 2.3.4.3. | Les autres infections opportunistes.....                           | 52 |
| 2.3.5.   | Les décès.....   | 55 |
| 2.3.5.1. | Les décès en 2019.....   | 56 |
| 2.3.6.   | Les patients suivis en ville.....                                  | 57 |
| III.     | Les hépatites.....   | 58 |
| 3.1.     | Les données globales.....  | 58 |
| 3.1.1.   | Les hépatites B.....   | 60 |
| 3.1.2.   | Les hépatites C.....   | 61 |
| 3.2.     | Les patients hépatites en 2019.....                                | 62 |
| 3.2.1.   | Données globales des patients suivis en 2019.....                  | 62 |
| 3.2.2.   | Les patients suivis pour un VHB en 2019.....                       | 65 |
| IV.      | Les autres Infections sexuellement transmissibles.....             | 66 |
| 4.1.     | La Syphilis.....   | 66 |
| 4.2.     | Les infections à chlamydia.....                                    | 67 |
| 4.3.     | Les infections gonococciques.....                                  | 68 |
| V.       | Les enjeux COREVIH Guyane.....                                     | 70 |
| 5.1.     | La prévention primaire.....  | 70 |
| 5.2.     | Le dépistage.....  | 72 |
| 5.3.     | La prise en charge et le traitement d'une infection chronique..... | 74 |
| VI.      | RECHERCHE, ENSEIGNEMENT, TRAVAUX SCIENTIQUES.....                  | 76 |
| VII.     | CONCLUSION : LE MOT DU PRESIDENT.....                              | 78 |

## SOMMAIRE DES TABLEAUX

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1 : Tableau des membres du Corevih Guyane-mandat 2018-2022 .....                                     | 10 |
| Tableau 2 : Les membres du bureau du Corevih Guyane –mandat.....   | 10 |
| Tableau 3 : Les ressources humaines du Corevih Guyane .....  | 12 |
| Tableau 4 : Les réunions du bureau du Corevih Guyane tenues en 2019 .....                                    | 12 |
| Tableau 5 : Les réunions plénières du Corevih tenues en 2019 .....   | 14 |
| Tableau 6 : Les staffs de prévention de la transmission mère-enfant .....                                    | 15 |
| Tableau 7 : Les staffs médico-psycho-sociaux .....   | 15 |
| Tableau 8 : Nombre de tests trods VIH distribués aux services du Centre Hospitalier de Cayenne en 2019 ..... | 26 |
| Tableau 9 : Distribution de tests trods VIH par centre de santé en 2019 .....                                | 26 |
| Tableau 10 : Liste des services participants au réseau e-Nadis en 2019 .....                                 | 27 |
| Tableau 11 : Répartition des consultations de suivis des PVVIH par service.....                              | 27 |
| Tableau 12 : Sexe ratio des patients suivis en 2019 par secteur .....  | 30 |
| Tableau 13 : Proportion de patients suivis en 2019 par pays de naissance .....                               | 30 |
| Tableau 14 : Les patients stade sida suivi en fonction de l'année de diagnostic VIH.....                     | 32 |
| Tableau 15 : Les principales stratégies thérapeutiques par centre en 2019 .....                              | 34 |
| Tableau 16 : Motif de changement thérapeutique des patients suivis en 2019 .....                             | 35 |
| Tableau 17 : Succès thérapeutique des patients suivis après 6 mois de traitement .....                       | 35 |
| Tableau 18 : La dernière CV des patients suivis en 2019.....   | 35 |
| Tableau 19 : Le dernier taux de CD4 des patients suivis par secteur .....                                    | 36 |
| Tableau 20 : Les accouchements des femmes VIH en 2019 .....  | 36 |
| Tableau 21 : Répartition des femmes de 14 à 45 ans sous dolutegravir .....                                   | 37 |
| Tableau 22 : Les patients perdus de vus par secteur et année de dernière nouvelle .....                      | 38 |
| Tableau 23 : Répartition des patients perdus de vus par tranche d'âge et sexe.....                           | 39 |
| Tableau 24 : Mode de contamination des patients PDV .....  | 40 |
| Tableau 25 : Répartition des patients PDV par pays de naissance .....  | 40 |
| Tableau 26 : Dernier CD4 des patients PDV par secteur .....  | 41 |
| Tableau 27 : Dernière CV des patients PDV par secteur.....   | 41 |
| Tableau 28 : Répartition des patients PDV par durée et lieu de suivi .....                                   | 43 |
| Tableau 29 : Répartition des nouveaux patients par service.....  | 44 |
| Tableau 30 : Les nouveaux patients des CDPS par commune .....  | 44 |
| Tableau 31 : Répartition des nouveaux patients par mode de contamination et pays de naissance (%)            | 46 |
| Tableau 32 : Stade au diagnostic des nouveaux patients .....   | 47 |
| Tableau 33 : CD4 au dépistage des nouveaux patients 2019 .....   | 47 |
| Tableau 34 : Motif de changement de traitement des nouveaux patients en 2019 .....                           | 48 |
| Tableau 35 : Les stratégies thérapeutiques les plus fréquentes (%) .....                                     | 48 |
| Tableau 36 : Répartition des patients par année de diagnostic VIH et pays de naissance.....                  | 50 |
| Tableau 37 : Situation actuelle des patients TB.....   | 50 |
| Tableau 38 : Répartition des cas par hôpital .....   | 50 |
| Tableau 39 : Répartition des patients histoplasmoses par pays de naissance et année de diagnostic vih .....  | 52 |
| Tableau 40 : Situation actuelle des patients ayant eu une histoplasmosose.....                               | 52 |
| Tableau 41 : Délai en année entre le diagnostic de l'IO et la date de VIH.....                               | 52 |

|  |    |
|--|----|
| Tableau 42 : Répartition des IO par hôpital.....   | 53 |
| Tableau 43 : Les infections opportunistes par pays de naissance des patients .....                   | 54 |
| Tableau 44 : Répartition des patients en fonction de leur situation actuelle .....                   | 55 |
| Tableau 45 : Tableau de répartition des patients par année de décès .....                            | 56 |
| Tableau 46 : Délai entre la date de VIH et la date de décès par secteur.....                         | 56 |
| Tableau 47 : Les patients décédés en 2019 par tranche d'âge.....                                     | 56 |
| Tableau 48 : Les catégories de décès en 2019.....  | 57 |
| Tableau 49 : Répartition des types d'hépatites par lieu de suivi.....                                | 58 |
| Tableau 50 : Les co-infections VIH-hépatites.....  | 58 |
| Tableau 51 : Répartition des patients hépatites par sexe .....                                       | 59 |
| Tableau 52 : Répartition des patients hépatites par pays de naissance.....                           | 59 |
| Tableau 53 : Mode de contamination par le VHB.....   | 60 |
| Tableau 54 : Mode de contamination par le VHC.....   | 61 |
| Tableau 55 : Répartition des patients hépatites suivis en 2019 .....                                 | 62 |
| Tableau 56 : Répartition des patients par sexe et lieu de suivi .....                                | 62 |
| Tableau 57 : Pays de naissance des patients suivis en 2019 .....                                     | 63 |
| Tableau 58 : Mode de contamination par le VHB des patients suivis en 2019 .....                      | 63 |
| Tableau 59 : Répartition des patients suivis pour hépatites par sexe et tranche d'âge .....          | 64 |
| Tableau 60 : Répartition des dépistages syphilis par sexe et tranche d'âge .....                     | 66 |
| Tableau 61 : Répartition des résultats de syphilis par service demandeur au CHAR .....               | 66 |
| Tableau 62 : Répartition des dépistages chlamydia au CHAR .....                                      | 67 |
| Tableau 63 : Répartition des patients dépistés pour le chlamydia au Ceggid du CHOG .....             | 67 |
| Tableau 64 : Répartition des dépistages chlamydia au CHAR par secteur de d'habitation des patients . | 67 |
| Tableau 65 : Répartition des dépistages gonocoque au CHAR par sexe et tranche d'age .....            | 68 |
| Tableau 66 : Répartition par tranche d'âge des dépistages gonocoque au CEGGID du CHOG .....          | 68 |
| Tableau 67 : Répartition des dépistages gonocoque au CHAR par secteur de d'habitation des patients   | 69 |

## SOMMAIRE DES FIGURES

|   |    |
|---|----|
| Figure 1 : Le territoire de référence.....  | 8  |
| Figure 2 : Les caractéristiques des membres répondants à l'enquête .....                            | 17 |
| Figure 3 : Les freins à la participation des membres aux plénières du Corevih .....                 | 17 |
| Figure 4 : L'implication des membres aux plénières du Corevih .....                                 | 18 |
| Figure 5 : Appréciation des plénières par les membres du Corevih .....                              | 18 |
| Figure 6 : Répartition des patients suivis par âge .....  | 28 |
| Figure 7 : Répartition des patients suivis par secteur et âge.....                                  | 29 |
| Figure 8 : Répartition des patients suivis par tranche d'âge et secteur .....                       | 29 |
| Figure 9 : Mode de contamination des patients suivis en 2019 .....                                  | 31 |
| Figure 10 : Durée de VIH des patients suivis par centre.....  | 31 |
| Figure 11 : Année de diagnostic VIH des patients suivis en 2019.....                                | 32 |
| Figure 12 : Stade des patients suivis en 2019 .....   | 32 |
| Figure 13 : La proportion de patients dépistés à moins de 50 CD4 par année de diagnostics VIH ..... | 33 |
| Figure 14 : La proportion de patients dépistés à moins de 200 CD4 par année de diagnostic VIH.....  | 33 |
| Figure 15 : Les stratégies thérapeutiques les plus fréquemment utilisées .....                      | 34 |
| Figure 16 : Le dernier taux de CD4 des patients suivis .....  | 36 |
| Figure 17 : Répartition par âge des femmes entre 14 et 45 ans sous dolutegravir.....                | 37 |
| Figure 18 : Les patients PDV par an et centre.....  | 39 |
| Figure 19 : Age des patients PDV par centre .....   | 40 |
| Figure 20 : Pays de naissance des patients PDV .....  | 41 |
| Figure 21 : Stade des patients PDV par secteur.....   | 42 |
| Figure 22 : Durée de suivi en année des patients avant le statut PDV.....                           | 43 |
| Figure 23 : Répartition des nouveaux patients par tranche âge et sexe .....                         | 45 |
| Figure 24 : Répartition des nouveaux patients par tranche d'âge et année de dépistage.....          | 45 |
| Figure 25 : Répartition des nouveaux patients par tranche d'âge et pays de naissance .....          | 46 |
| Figure 26 : Pays de naissance des nouveaux patients 2019 .....                                      | 47 |
| Figure 27 : Répartition des cas de tuberculose par an et hôpital.....                               | 49 |
| Figure 28 : Répartition des patients par sexe et âge .....  | 49 |
| Figure 29 : Répartition des histoplasmoses par an et par hôpitaux .....                             | 51 |
| Figure 30 : Répartition des patients histoplasmoses par âge et sexe .....                           | 51 |
| Figure 31 : Les principales infections opportunistes entre 2015 et 2019.....                        | 53 |
| Figure 32 : Répartition des IO par sexe.....  | 54 |
| Figure 33 : Répartition des patients décédés par année de décès.....                                | 55 |
| Figure 34 : Répartition des patients par an pour le CHAR et le CHOG .....                           | 58 |
| Figure 35 : Répartition des patients suivis par âge et hôpital .....                                | 59 |
| Figure 36 : Répartition des patients VHB par tranche d'âge et sexe .....                            | 60 |
| Figure 37 : Répartition des patients VHB par tranche d'âge et sexe (ratio %) .....                  | 61 |
| Figure 38 : Année de PEC des patients suivis en 2019.....   | 62 |
| Figure 39 : Les patients suivis pour une hépatite .....   | 64 |
| Figure 40 : Répartition des patients suivis par tranche âge et secteur .....                        | 65 |
| Figure 41 : Répartition des patients 2019 par tranche d'âge et sexe.....                            | 65 |
| Figure 42 : Chaîne de services liés à la prise en charge du VIH .....                               | 70 |

## LISTE DES ABBREVIATIONS

|         |   |
|---------|---|
| AES     | Accident d'exposition au sang                                 |
| ARS     | Agence régionale de la santé                                  |
| ARV     | Anti rétroviraux  |
| CDPS    | Centre Délocalisé de Prévention et de Soins                   |
| CeGIDD  | Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic |
| CHAR    | Centre Hospitalier Andrée Rosemon                             |
| CHC     | Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon                  |
| CHK     | Centre Hospitalier de Kourou                                  |
| CHOG    | Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais                        |
| CHU     | Centre Hospitalier Universitaire                              |
| Corevih | Coordination Régionale de la lutte contre l'infection VIH     |
| DPI     | Dossier patient informatisé                                   |
| CV      | Charge virale plasmatique                                     |
| ETP     | Évaluation du Temps de Travail                                |
| GHT     | Groupement Hospitalier des Territoires                        |
| HAS     | Haute Autorité de Santé                                       |
| HDJ     | Hôpital de jour   |
| HDJA    | Hôpital de jour Adulte  |
| HPV     | Papillomavirus humain   |
| HSH     | Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes              |
| IO      | Infections opportunistes                                      |
| IST     | Infection sexuellement transmissible                          |
| PDV     | Perdu de vue  |
| PEC     | Prise en charge   |
| PREP    | Prophylaxie pre-exposition                                    |
| CMV     | Cytomégalovirus   |
| CTSSR   | Coordination Territoriale de Santé Sexuelle et Reproductive   |
| IMoD    | Infirmière Mobile de Dépistage                                |
| PTME    | Prévention de la transmission mère-Enfant                     |
| PVVIH   | Personne Vivant avec le VIH                                   |
| TAST    | Traitement comme prévention                                   |
| TB      | Tuberculose   |
| THF     | Transsexuel Homme-Femme                                       |
| TROD    | Test rapide d'orientation au diagnostic                       |
| UCSA    | Unité Carcérale de Soins Ambulatoires                         |
| UF      | Unité fonctionnelle   |
| UMIT    | Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales                 |
| VHB     | Hépatites Virales B   |
| VHC     | Hépatites Virales C   |
| VIH     | Virus de l'Immunodéficience Humaine                           |

## I. LE COREVIH GUYANE

### 1.1. 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

### 1.2. Le territoire de référence

Le territoire de référence est la Guyane Française, département région, de plus de 83 000 km<sup>2</sup> dont la particularité est ses frontières avec le Brésil et le Surinam. En effet ces frontières constituent des bassins de vie, où des mouvements pendulaires de migration via des fleuves frontières, impliquent le COREVIH Guyane dans des enjeux transfrontaliers en matière de santé sexuelle, pour la lutte contre le VIH/Hépatites.



Figure 1 : Le territoire de référence

### 1.3. Les missions

Les missions principales du COREVIH sont arrêtées par décret ministériel (création des COREVIH par le décret du 15 novembre 2005). La mise en place progressive du COREVIH Guyane a eu lieu en 2008.

Il a succédé au CISIH dans une volonté d'élargir cet objectif à des acteurs importants : associations, représentants de malades...

Il se compose d'un comité de coordination, les membres du COREVIH, qui établit un plan de travail au travers de la constitution de commissions thématiques avec une fréquence de réunion spécifique en groupes de travail restreints sur participation volontaire.

### 1.4. La composition du Corevih Guyane

Les membres du Comité sont nommés pour un mandat de 4 ans.

La nomination, par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) des membres du COREVIH Guyane a eu lieu le 16 février 2018 : 42 membres, répartis en 4 collèges (arrêté n°2018-35 du 16 février 2018) :

Collège 1 : Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, pouvant être choisis parmi les professionnels de santé y exerçant (5 titulaires, 4 suppléants)

Collège 2 : Des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, de la prévention et de la promotion de la santé (12 titulaires, 10 suppléants)

Collège 3 : Des représentants des malades et des usagers du système de santé (3 titulaires, 3 suppléants)

Collège 4 : Des personnalités qualifiées (5 titulaires, aucun suppléant).

Une volonté de représenter équitablement l'ensemble des acteurs sans positionnement hiérarchique entre eux est mis en exergue au travers de ce comité.

Les membres, le comité, procèdent à l'élection du Président, du Vice-président et des autres membres du bureau. Ce bureau discute des axes stratégiques à défendre sur le territoire. Il arrête le programme d'activité, en tenant compte des particularités locales, et est garant de sa réalisation. Il vote le règlement intérieur et le budget.

Le COREVIH Guyane tient 3 réunions plénières par an, dont au moins une en présence de l'ARS, et le bureau se réunit à cette même fréquence annuelle (sauf impératif exceptionnel).

| TITULAIRE   |            | SUPPLEANT   |            |
|---|------------|-------------|------------|
| Nom   | Prénom     | Nom         | Prénom     |
| <b>Collège 1 : Représentant des établissements de santé sociaux et médico-sociaux</b> |            |             |            |
| COUPPIE   | PIERRE     | ADENIS      | ANTOINE    |
| PEROTTI   | FREDERIQUE | ADOISI      | JOCELYNE   |
| HUBER   | FLORENCE   | BONIFAY     | TIMOTHEE   |
| MELLARD   | JULIE-ANNE |             |            |
| LORE  | ISABELLE   | OLIVEIRO    | CATHERINE  |
| <b>Collège 2 : Professionnels de santé et de l'action sociale</b>                     |            |             |            |
| PAVIE   | JOHANNA    | LABEDAN     | LAETITIA   |
| ABBOUD  | PHILIPPE   | LUCARELLI   | AUDE       |
| SELICKA   | ELINA      | SELE        | PASCAL     |
| GRAS  | FANNY      |             |            |
| CHASSAGNON  | PASCALE    | CONSTANT    | RICHARDSON |
| LAMAISON  | HELENE     | SORIN       | PASCALE    |
| RHODES  | SOPHIE     | AUZ         | MARIE      |
| MAGNIEN   | CHRISTIAN  | VILLERT     | CECILE     |
| DJOSSOU   | FELIX      |             |            |
| CARAGE  | THIERRY    | SUBLE       | FABIEN     |
| GRENIER   | CLAIRE     | VUYLSTEIKER | LOUISE     |
| ELESKI  | FANNY      | PIETTE      | ALEXANDRA  |
| <b>Collège 3 : Représentant des malades et des usagers du système de santé</b>        |            |             |            |
| PIEDRAFITA Y COSTA  | CLAIRE     | NAWANG      | AGNES      |
| DOS SANTOS OLIVEIRA   | CECILIA    | MENDIBIL    | ELODIE     |
| DJAE  | NATACHA    | WILLAERT    | CORALIE    |
| <b>Collège 4 : Personnalités qualifiées</b>   |            |             |            |
| NACHER  | MATHIEU    |             |            |
| ELENGA  | NARCISSE   |             |            |
| CARLES  | GABRIEL    |             |            |
| AHMED   | BRAHIM     |             |            |
| GRANIER   | DOMINIQUE  |             |            |

Tableau 1 : Tableau des membres du Corevih Guyane-mandat 2018-2022

La Guyane est confrontée à un turn-over important des personnes qui y résident et y travaillent. Ainsi certains membres du COREVIH en 2019 ne sont plus « actifs ». Et c'est en 2022 qu'auront lieu les prochaines nominations.

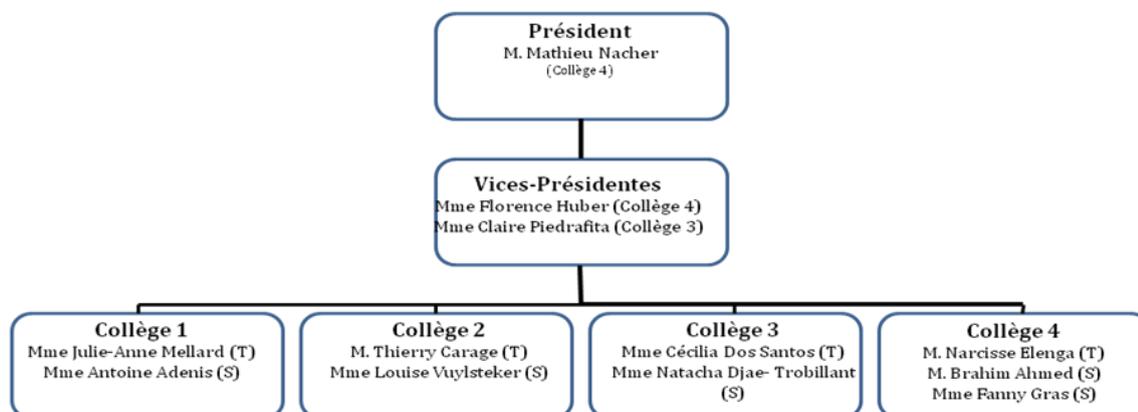


Tableau 2 : Les membres du bureau du Corevih Guyane –mandat

Initialement ce dispositif a été conçu pour lutter contre l'infection au VIH, sans être un opérateur direct, avec pour principales missions :

- la *coordination des acteurs de la lutte contre le VIH*
- *assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge*
- *le recueil et l'analyse des données épidémiologiques*

Depuis le décret du 28 avril 2017 les missions des COREVIH se sont élargies aux IST dans une approche globale de santé sexuelle et depuis 2018 ils sont sous la direction des ARS, et non plus du ministère de la santé. Les ARS doivent veiller à la mise en place, le pilotage et l'évaluation de la stratégie nationale de santé sexuelle, et les COREVIH doivent prioritairement participer aux axes suivants :

- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST : prévention, dépistage, prise en charge
- Œuvrer aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST
- Tenir compte des spécificités de l'outremer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

Les enjeux des COREVIH sont précisés dans les récents décrets dans une volonté d'objectif clair, celui de faire « cesser l'épidémie de sida d'ici 2030 » en:

- Luttant contre l'épidémie cachée du VIH
- Diversifiant la prévention
- Réduisant les inégalités dans l'accès, le recours et le maintien aux soins
- Assurant la qualité de vie, la prévention et l'accompagnement dans un parcours de soins, en tenant compte des co-morbidités et du vieillissement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- Luttant contre les discriminations, les stigmatisations, les violences liées au genre, des PVVIH et des personnes vulnérables à ce virus et aux IST.

### **1.5. Les ressources humaines**

L'équipe salariée du COREVIH Guyane a beaucoup changé ces dernières années.

Régulièrement, le poste de médecin coordinateur du Corevih n'a pas été occupé.

Les postes de TEC à Saint Laurent du Maroni et à Kourou ont eux aussi pu être vacants.

Le poste de Data Manager a été pourvu en avril 2019.

Le poste de coordination administrative a été remplacé par 2 postes de coordination territoriale de santé sexuelle et reproductive (CTSSR) dans un souci de répondre à l'objectif d'élargir les missions du COREVIH, conformément aux décrets ministériels. Ces 2 postes font l'objet d'une convention entre l'ARS et le centre hospitalier Andrée Rosemon avec un financement mixte. Leur rapport d'activité propre afin de mettre en exergue leur spécificité est joint en annexe.

Des internes de médecine (notamment en Santé Publique) sont régulièrement accueillis.

|                                  | Temps ETP | Prénom Nom  | Précision  |
|----------------------------------|-----------|---|--|
| <b>Président Corevih</b>         | 0.5       | Pr Mathieu Nacher   |  |
| <b>Coordination médicale</b>     | 1         | Dr Feth-Allah Maammar<br>Dr Adriouch Leila  | 1 médecin de janvier à juin<br>1 médecin depuis décembre 2019                  |
| <b>Coordination territoriale</b> | 2.5       | Mme Estelle Jacoud<br>Mme Anaëlle Gourmelon<br>Mr David Le-Nechet   | 1 ETP- Ile de Cayenne-Est<br>1 ETP- Ouest<br>0.5 ETP-Kourou (hors MIG Corevih) |
| <b>Technicienne</b>              | 5         | Mme Sergine Soyon<br>Mme Ketty Bienvenue<br>Mme Karine Verin<br>Mme Lidia Saint-Louis<br>Mme Annie Tricoche | 4 ETP-Ile de Cayenne<br>1 ETP- Ouest<br>Poste non pourvu sur Kourou            |
| <b>Data manager</b>              | 1         | Mme Basma Guarmit   | Prise de fonction avril 2019   |
| <b>Secrétaire</b>                | 1         | Mme Rose-Hélène Reivax  |  |
| <b>Interne</b>                   | 1         | Mme Laurène CACHERA   | Novembre 2019 à mai 2020   |

Tableau 3 : Les ressources humaines du Corevih Guyane

## 1.6. Les réunions du Corevih Guyane

### 1.6.1. Les réunions de bureau et de plénières

En 2019, 3 réunions de bureau et 3 réunions plénières ont eu lieu, avec un compte-rendu diffusion aux membres et invités pour chacune d'entre elle.

| Date               | Lieu          | Participants                                       | Thèmes abordés  |
|--------------------|---------------|--|---|
| 15-févr-19         | Kourou        | Membres : 6<br>Remplaçants : 0<br>Observateurs : 6 | Présentation de données VIH   |
|                    |               |  | Difficultés rencontrées dans le cadre du recueil des données                                |
|                    |               |  | Ordre du jour de la prochaine réunion   |
|                    |               |  | Questions diverses : orientation 2019   |
| 24-mai-19          | Saint-Laurent | Membres : 5<br>Remplaçants : 0<br>Observateurs : 3 | Situation de l'infectiologie à Saint-Laurent  |
|                    |               |  | Etat des lieux des dépistages TROD 2019   |
|                    |               |  | Point sur les groupes de travail du Corevih : déploiement formateurs TROD, Evènementiels... |
|                    |               |  | Questions diverses  |
| 20-sept-19         | Cayenne       | Membres : 2<br>Remplaçants : 0<br>Observateurs : 6 | Résultat de l'étude sur la participation des membres aux plénière du Corevih                |
|                    |               |  | Redéploiement de la formation TROD  |
|                    |               |  | Organisation réunions plénière et bureau  |
|                    |               |  | Recrutement médical au Corevih  |
|                    |               |  | Point sur le Pôle Santé Publique  |
| Questions diverses |               |  |   |

Tableau 4 : Les réunions du bureau du Corevih Guyane tenues en 2019

| Date               | Lieu          | Participants   | Thèmes abordés  |
|--------------------|---------------|--|---|
| 15-févr-19         | Kourou        | Collège 1 : 4<br>Collège 2 : 4<br>Collège 3 : 1<br>Collège 4 : 3<br>Invités : 31 | Présentation de données VIH afin de définir les orientations 2019   |
|                    |               |  | Point sur les difficultés rencontrées dans le cadre du recueil des données  |
|                    |               |  | Le dépistage : l'intra-hospitalier, en extra-hospitalier discussion sur la possibilité de proposer aux usagers des tests complémentaires VIH avec des laboratoires privés |
|                    |               |  | Des acteurs de Kourou présentent leur structure et leurs actions de 2018  |
|                    |               |  | Questions diverses  |
| 24-mai-19          | Saint-Laurent | Collège 1 : 5<br>Collège 2 : 2<br>Collège 3 : 1<br>Collège 4 : 2<br>Invités : 24 | Point actualité accès aux droits, remplissage des certificats médicaux pour carte de séjour « étranger malade »   |
|                    |               |  | Activité de dépistage en Guyane   |
|                    |               |  | Présentation de Mamabobi : Autotests  |
|                    |               |  | Croix Rouge : retour d'activité dépistage   |
|                    |               |  | Aides : Trod  |
|                    |               |  | Présentation de l'activité de la sexologue de Saint-Laurent   |
|                    |               |  | Présentation de la notification formalisée aux partenaires  |
|                    |               |  | Point sur la journées CegiDD-Santé sexuelle   |
| Questions diverses |               |  |   |
| 20-sept-19         | Cayenne       | Collège 1 : 2<br>Collège 2 : 2<br>Collège 3 : 0<br>Collège 4 : 1<br>Invités : 21 | Présentation transfrontalière OCS   |
|                    |               |  | Présentation de l'étude « Identifier les facteurs susceptibles d'influencer la participation des membres aux plénières du Corevih Guyane                                  |
|                    |               |  | Présentation du groupe de travail « changement de comportements »   |
|                    |               |  | Point sur la santé en Guyane  |
|                    |               |  | Questions diverses  |

Tableau 5 : Tableau des réunions plénières du Corevih tenues en 2019

| Date       | Lieu          | Participants   | Thèmes abordés  |
|------------|---------------|--|---|
| 15-févr-19 | Kourou        | Collège 1 : 4 Collège 2 : 4 Collège 3 : 1 Collège 4 : 3 Invités : 31 | Présentation de données VIH afin de définir les orientations 2019   |
|            |               |  | Point sur les difficultés rencontrées dans le cadre du recueil des données  |
|            |               |  | Le dépistage : en intra-hospitalier, en extra-hospitalier, discussion sur la possibilité de proposer aux usagers des tests complémentaires VIH avec des laboratoires privés |
|            |               |  | Des acteurs de Kourou présentent leur structure et leurs actions de 2018  |
|            |               |  | Questions diverses  |
| 24-mai-19  | Saint-Laurent | Collège 1 : 5 Collège 2 : 2 Collège 3 : 1 Collège 4 : 2 Invités : 24 | Point actualité accès aux droits, remplissage des certificats médicaux pour carte de séjour « étranger malade »   |
|            |               |  | Activité de dépistage en Guyane   |
|            |               |  | Présentation de Mamabobi : Autotests  |
|            |               |  | Croix Rouge : retour d'activité dépistage   |
|            |               |  | Aides : TROD, activité de dépistage global  |
|            |               |  | Présentation de l'activité de la sexologue de Saint-Laurent   |
|            |               |  | Présentation de la notification formalisée aux partenaires  |
|            |               |  | Point sur la journée CegiDD-Santé sexuelle  |
|            |               |  | Questions diverses  |
| 20-sept-19 | Cayenne       | Collège 1 : 2 Collège 2 : 2 Collège 3 : 0 Collège 4 : 1 Invités : 21 | Présentation transfrontalière OCS   |
|            |               |  | Présentation de l'étude « Identifier les facteurs susceptibles d'influencer la participation des membres aux plénières du Corevih Guyane »                                  |
|            |               |  | Présentation du groupe de travail « changement de comportements »   |
|            |               |  | Point sur la santé en Guyane  |
|            |               |  | Questions diverses  |

Tableau 6 : Les réunions plénières du Corevih tenues en 2019

### 1.6.2. Les réunions de la transmission mère-enfant (PTME)

| Staff des femmes enceintes   | 2019 |
|------------------------------|------|
| Nombre de dossiers présentés | 264  |
| Nombre de staffs enregistré  | 11   |
| Nombre de participants       | 44   |

Tableau 7 : Les staffs de prévention de la transmission mère-enfant

**Invités :** soignants de l’HDJA, du pôle femme-enfant, de Dermatologie et l’UMIT, réseaux associatifs si besoin.

**Mission :** Coordination pluridisciplinaire des acteurs, d’expertise et d’harmonisation des pratiques

**But :** Diminuer la transmission materno-foétale. Discuter et appliquer 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.

### 1.6.3. Les réunions médico-psycho-sociale

| Staff médico-psycho social   | 2019 |
|------------------------------|------|
| Nombre de dossiers présentés | 83   |
| Nombre de staffs enregistrés | 22   |
| Nombre de participants       | 152  |

Tableau 8 : Les staffs médico-psycho-sociaux

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

**Mission :** Coordination pluridisciplinaire des acteurs, missions de coordination des parcours de soins des patients.

**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.

### 1.6.4. Le comité thérapeutique

| Comité des thérapeutiques    | 2019 |
|------------------------------|------|
| Nombre de dossiers présentés | 15   |
| Nombre de staffs enregistrés | 5    |
| Nombre de participants       | 30   |

Tableau 8 : Tableau des comités des thérapeutiques

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

**Mission :** Coordination pluridisciplinaire des acteurs, d'harmonisation des pratiques et d'expertise

**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, conflits d'agenda, impératifs de présence dans les services de soins, formations ou CA...).

### 1.7. Evaluation du Corevih Guyane en 2019

Dans le cadre d'un stage en licence 3 de santé publique réalisé à mi-temps de février à mai 2019 au sein du COREVIH Guyane, une enquête sur la participation des membres aux plénières du COREVIH a été réalisée.

Ce sujet a été choisi en lien avec différents constats :

- Le Conseil National du Sida dans son rapport soulève un « *manque de coordination, difficulté d'organisation des plénières* »
- Les Rapports d'activités 2016/2017/2018 du COREVIH, montre une faible participation des membres aux séances plénières
- Une seule séance plénière s'est tenue en 2017.

Un questionnaire anonyme a été envoyé aux 42 membres nommés sur l'arrêté de l'ARS suite aux élections de 2018. Il avait pour visé de décrire les facteurs susceptibles d'influencer la participation des membres aux plénières. Ainsi que les représentations et attentes de ceux-ci quant au fonctionnement du Corevih.

Sur 42 membres, 22 ont répondu au questionnaire. Sur les 20 non-répondants 6 n'étaient plus en poste au moment de l'enquête.

Quelques résultats sont présentés ici :



## ✚ L'implication individuelle des membres

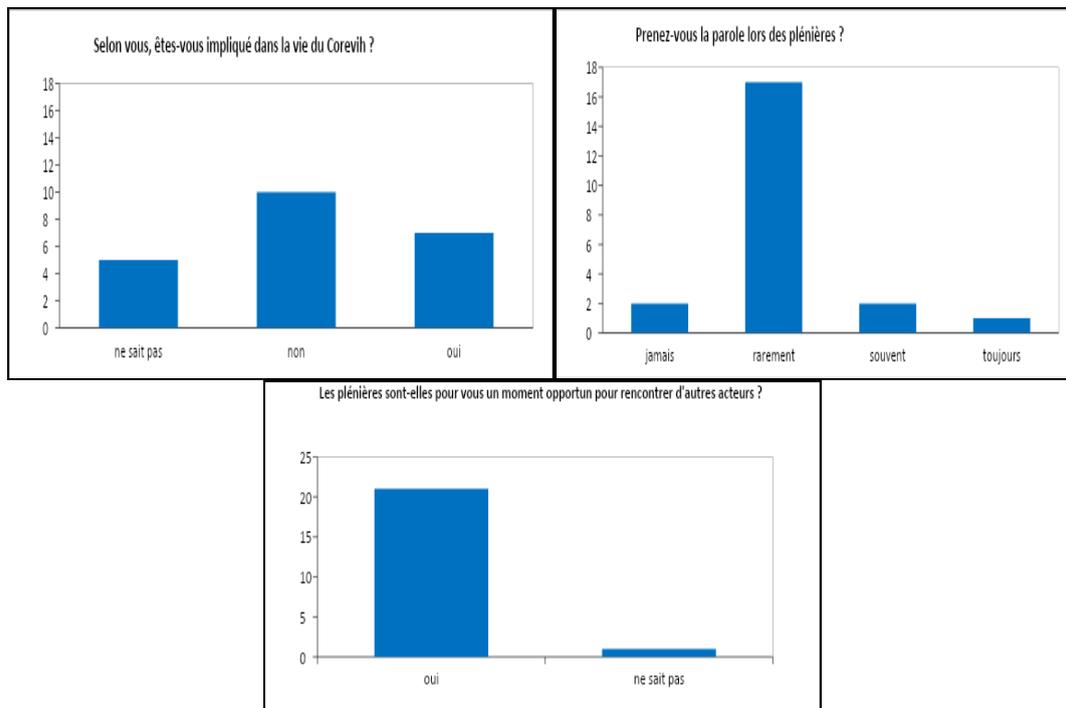


Figure 4 : L'implication des membres aux plénières du Corevih



## Point de vue globale

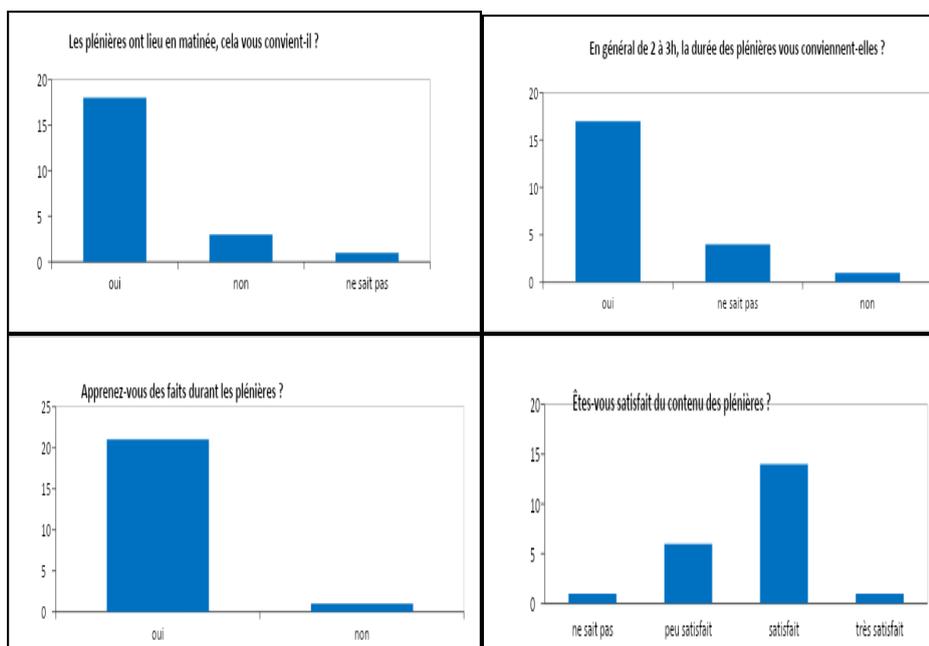


Figure 5 : Appréciation des plénières par les membres du Corevih

## **Discussion des principaux résultats :**

Cette enquête dans le souci d'amélioration du fonctionnement du COREVIH montre quelques points importants :

### **La réalité toujours actuelle du turn-over des membres**

En Guyane, le « turn-over » élevé des membres (changement de structure en dehors du champ du VIH/IST en Guyane ou départ de Guyane) peut représenter un frein à la participation aux plénières, aux commissions et aux groupes de travail.

De plus, il est important de noter que parmi les non répondants (n=20), 14 étaient toujours en Guyane, ce sont des membres « fantômes », officiellement nommés, mais non ou peu actifs.

Il conviendrait d'actualiser régulièrement les membres sur l'arrêté de l'ARS et de ne pas attendre la fin du mandat du COREVIH pour procéder à un nouvel arrêté. La circulaire d'avril 2018 précise que « *la perte de la qualité de membre, notamment en cas de départ de la structure au titre de laquelle il a été nommé ; le renouvellement partiel des membres ou du bureau en cours de mandat ou de poste vacant* » peut faire partie d'une organisation interne au travers du règlement intérieur du COREVIH ». Le dernier règlement intérieur du COREVIH Guyane date de 2008 : il indique sur ce point : « *Tout membre titulaire qui cesse ses fonctions, en cours de mandat est remplacé pour la durée du mandat restant à accomplir par un des membres suppléants dans l'ordre où ceux-ci ont été nommés. En raison de la mobilité des personnes en Guyane, le COREVIH pourra proposer au préfet de nouvelles nominations en cours de mandat pour compléter chaque collège* ». Ainsi la procédure a déjà été mise en place. Les COREVIH étant dorénavant depuis 2017 sous la responsabilité des ARS, il conviendrait d'actualiser le règlement intérieur du COREVIH pour pouvoir relancer ce fonctionnement. La modification de l'arrêté relève du pouvoir de l'ARS.

De plus, l'arrêté de l'ARS de Guyane, nomme des personnes physiques, pour pouvoir remplacer les membres choisis, il conviendrait de nommer des personnes morales. Pour exemple, l'arrêté du 31 mai 2017 de l'ARS fixe les membres du COREVIH de Normandie précisant leurs noms, fonctions et lieux d'exercice.

### **Une sous représentation de l'Ouest Guyanais**

Cayenne est le siège du COREVIH Guyane, des institutions et administrations les plus importantes.

Mais les projections démographiques montrent que Saint-Laurent-du Maroni sera dans les années à venir le premier bassin de population en Guyane. De plus, les enjeux et les stratégies à mettre en place en termes de lutte contre le VIH et IST sont différents de ceux de Cayenne et croissantes. Il sera donc important au sein du COREVIH de travailler à tout mettre

en œuvre pour assurer une représentation satisfaisante de l'Ouest guyanais pour mener à bien nos missions sur **l'ensemble du territoire**.

#### **Une forte implication associative**

Elle constitue une force majeure en termes d'opérationnalité.

#### **Des difficultés de mobilisation par la géographie du territoire et des conflits d'agenda**

Les plénières de 2017 et de 2018 se sont tenues à Cayenne.

Le territoire guyanais est étendu (540 km d'Est en Ouest) : la distance et le déplacement des membres au lieu des plénières est une difficulté. Il faut environs quatre heures par voie routière, pour que les Saint-Laurentais puissent rejoindre Cayenne.

Par le passé, des visioconférences ont été mise en place et de nouveau tenté en 2018 à une plénière. Ces essais ne se sont pas révélés concluant, le son et l'image ne permettant pas des échanges concrets. Le manque de fiabilité de l'état actuel du réseau numérique rend difficile ce mode de fonctionnement. Ainsi, la délocalisation du lieu de plénière apparaît comme nécessaire actuellement. En 2019, la première plénière du COREVIH s'est tenue à Kourou. La deuxième a eu lieu à Saint Laurent du Maroni. Ces deux plénières ont su rassembler plus de trente-cinq membres et acteurs, issus de différents territoires. Les acteurs ont fait l'effort de se déplacer et se sont ainsi rencontrés, ce qui était une opportunité majeure pour les personnes interrogées.

#### **L'importance des plénières : besoin de se rencontrer, besoin de visibilité**

D'autres moyens de communication sont disponibles mais peu ou pas utilisés. Le bulletin trimestriel, mis à la disposition des acteurs, permet à tous de pouvoir communiquer régulièrement des actions, des informations clés... mais il reste peu investi. L'équipe salariée du COREVIH reste encore le principal rédacteur de ce bulletin, ce qui donne un axe très précis d'informations diffusées, en limitant la représentativité et territoriale et opérationnelle.

Le site internet du COREVIH, qui a été piraté par le passé, est aujourd'hui hébergé par le site internet du centre hospitalier Andrée Rosemon. Il est néanmoins peu actualisé, et reste peu visible donc peu connu. C'est un axe d'amélioration important pour le COREVIH à l'heure du numérique. Et il faut y mettre les moyens (compétences professionnelles spécifiques...). Une mutualisation des différents sites associatifs avec un hébergement commun pourrait être une solution (mutualisation des moyens financiers et techniques).

#### **Un faible investissement participatif aux plénières pour différents membres**

Comme le bulletin trimestriel du COREVIH, le contenu des plénières est en très grande partie construit par l'équipe salariée du COREVIH, avec un « parti pris » (contenu souvent qualifié par les acteurs de « trop scientifique »). Malgré différentes sollicitations des membres pour co-construire les plénières, et en assurer une meilleure attente, la mobilisation reste difficile : les acteurs, sont occupés par leurs missions respectives. Une grande majorité des

membres déclarent prendre rarement la parole : un accompagnement de ces acteurs est primordial pour augmenter les prises de paroles.

Un ordre du jour participatif pourrait être mis en place, ce qui pourrait inciter à plus de contributions orales lors des plénières.

#### **Une faible implication des acteurs pour « faire vivre » le COREVIH**

Le COREVIH est encore pour beaucoup confondu avec l'équipe salariée du COREVIH. Ceci peut-être expliqué par un manque de communication : certains membres du COREVIH n'étaient pas au courant de leur statut après la nomination de l'ARS.

Et cette faible implication entrainerait une faible activité des commissions et des groupes de travail qui survivent seulement si l'équipe salariée les met en œuvre (de l'organisation/coordination à l'opérationnalité), dépassant le cadre de la simple mission de coordination.

Ainsi le COREVIH Guyane depuis de nombreuses années tentent diverses actions pour en améliorer son fonctionnement. Les différents problèmes ne sont pas issus d'un manque d'intérêt des acteurs, ni de leurs motivations, ni de leurs compétences. De réels freins techniques et géographiques, des ressources humaines limitées, un turn-over très important, des missions élargies pour des acteurs déjà bien occupés... amènent à une réduction de ce que représente aujourd'hui le COREVIH pour beaucoup d'acteurs : l'équipe salariée, réduisant ainsi et la représentativité du COREVIH et sa capacité opérationnelle pour répondre aux différents enjeux.

Malgré ces difficultés, le rôle du COREVIH reste importante : les acteurs se rencontrent, échangent, sont irrigués de données actualisées sur les tendances de l'épidémie, sur les actions de terrain en cours. Ce degré d'intégration et d'échange entre les acteurs est unique aucun des grands problèmes de santé n'a d'équivalent.

## II. EPIDEMIOLOGIE DU VIH

### 2.1. La Prophylaxie pre-exposition (PREP)

#### 2.1.1. Introduction

Les 1<sup>ère</sup> consultations Prep ont commencé à l'HDJ au CHC le 01/02/2017. Ces consultations ont lieu sur rendez-vous à l'HDJ et s'adressent notamment aux HSH et hétérosexuels multipartenaires, les travailleuses du sexe, et patients en état de vulnérabilité vis-à-vis du VIH.

Ces consultations n'ayant pas de budget propre mobilisent des acteurs hospitaliers d'autres services et des acteurs associatifs :

0.2 ETP IDE amputé sur les effectifs CDAG

0.4 ETP médecin amputé sur les effectifs HDJA

0.4 ETP médiateur volontaire d'ENTR'AIDES

0.2 ETP assistante sociale amputé sur les effectifs HDJA

#### 2.1.2. Etat des lieux de l'activité Prep

129 patients ont été vus en consultation PREP au CHC depuis le 01/02/2017 soit 383 consultations.

✚ Caractéristique démographique des patients inclus dans le protocole Prep

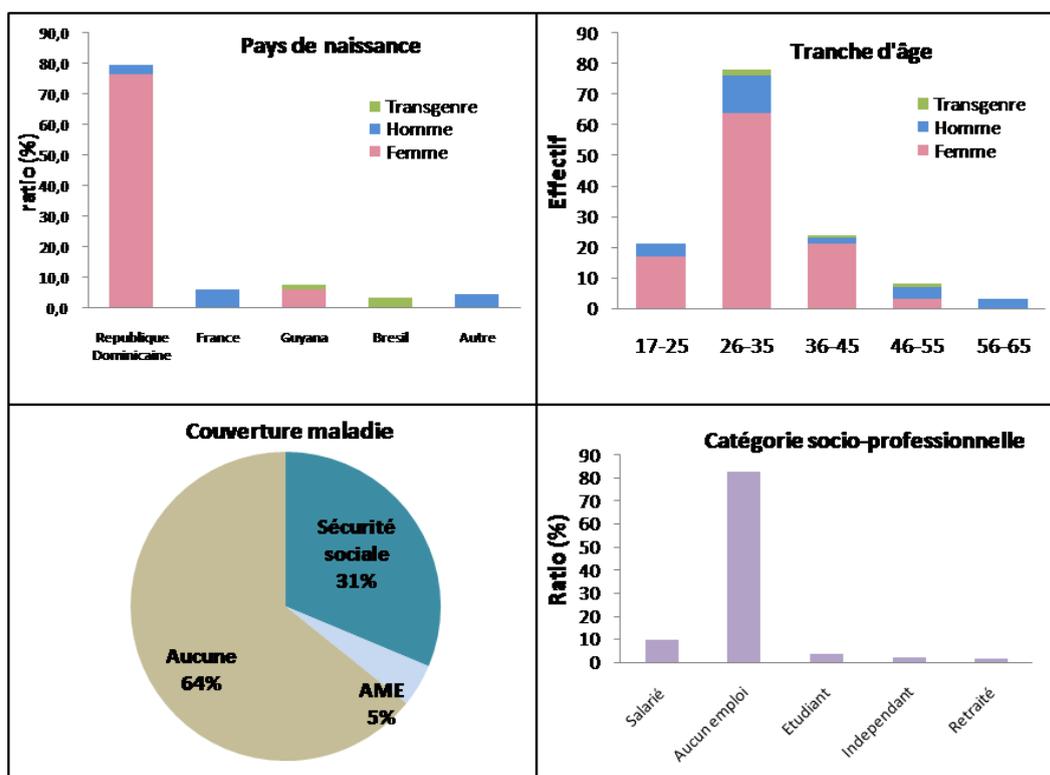


Figure 6 : Caractéristique sociodémographique des patients inclus en Prep

On note un âge moyen de 32 ans (de 17 à 65 ans) et 58% des patients sous prep ont entre 26 et 35 ans.

### Les Infections sexuellement transmissibles

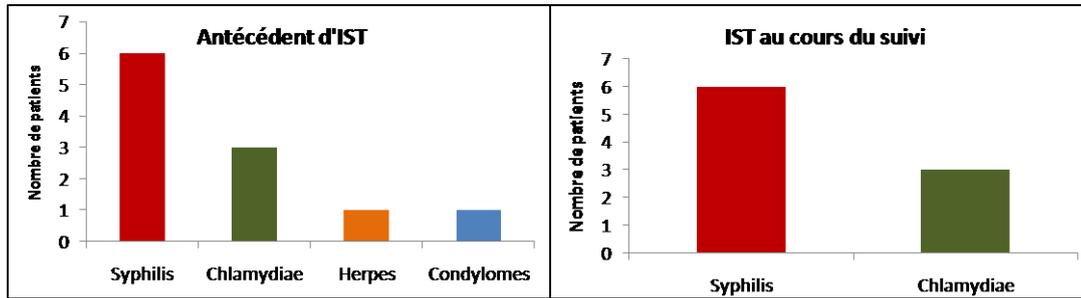


Figure 7 : Les antécédents d'IST et IST au cours du suivi chez les patients inclus sous Prep

### 2.1.3. Le bilan Prep 2019

211 consultations ont été réalisées du 01/01/2019 au 31/12/2019, pour 68 nouveaux patients dont 24 patients en poursuite de suivis des années précédentes

On note 42 patients qui n'ont pas eu de consultations depuis plus de six mois et 13 patients ont arrêté leur suivis soit parce qu'ils sont repartis dans leur pays d'origine soit par arrêt du traitement devant une réduction des risques.

### Caractéristique des patients sous Prep en 2019

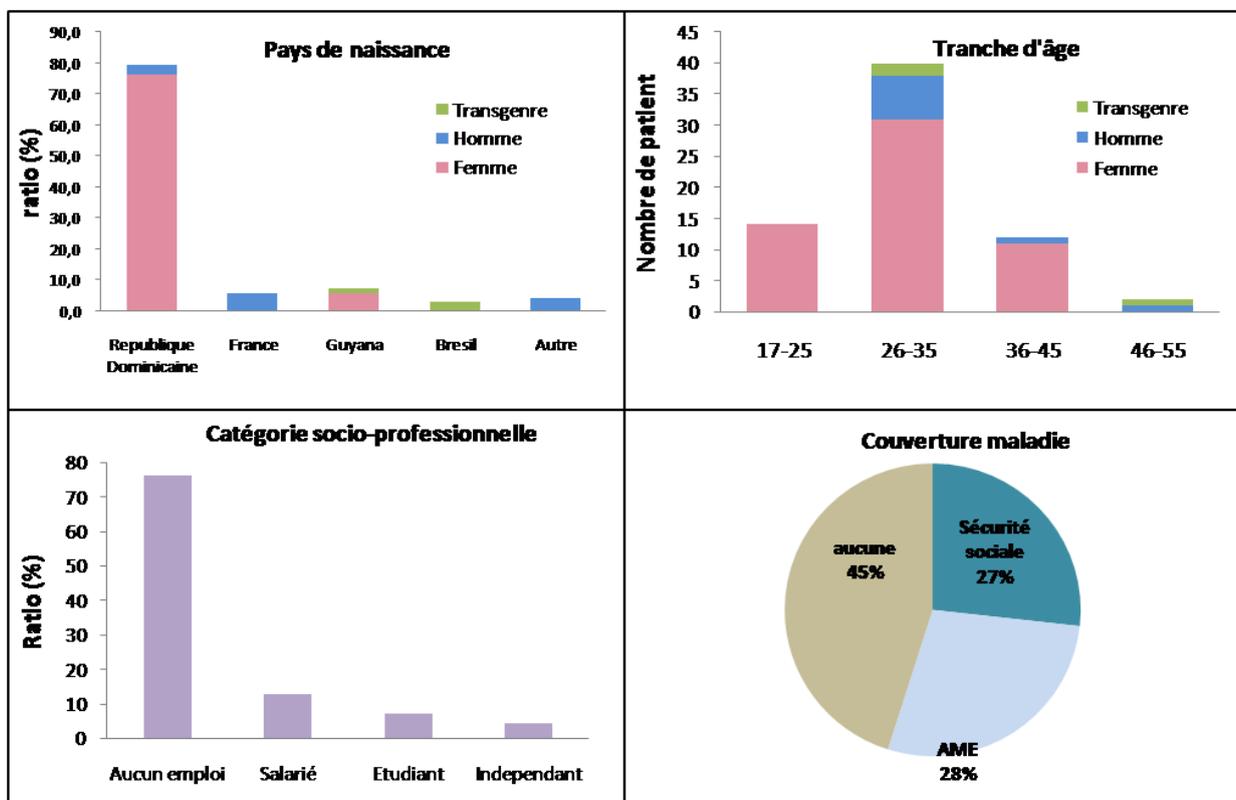


Figure 8 : Caractéristique des patients sous Prep en 2019

## **Groupe à risque**

| Groupe à risque                | n  | %     |
|--------------------------------|----|-------|
| Vulnérabilité vis-à-vis du VIH | 60 | 88,2  |
| HSH                            | 8  | 11,8  |
| Total                          | 68 | 100,0 |

Tableau 9 : Les groupes à risque des patients sous prep

## **Les Prises de risque des patients sous Prep en 2019**

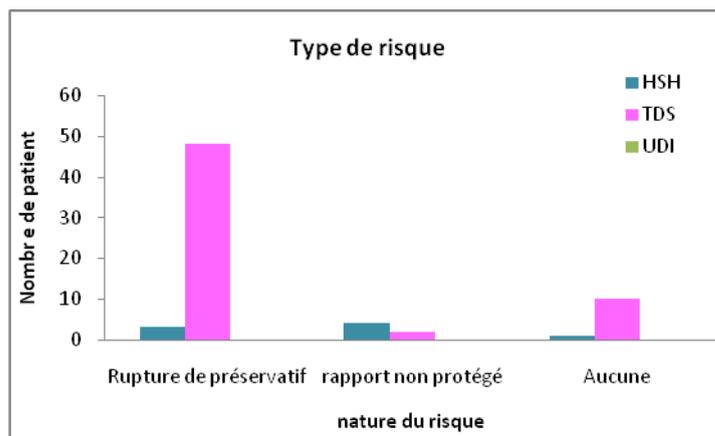


Figure 9 : Les prises de risque des patients sous prep

Parmi les prises de risque 75% étaient des ruptures de préservatif, 16% n'avaient pas de prise de risque et 9% avaient des rapports non protégés.

## **Conclusion**

Depuis 2017, les consultations Prep prennent de l'ampleur dans le service et est le témoin d'une demande des ces populations vulnérables, toutefois quelques difficultés se ressentent et fragilisent cet équilibre précaire notamment :

- Les difficultés d'accès à l'hôpital, et les heures de consultations non adaptées aux populations vulnérables entraînant un fort taux de perdu de vue. La nécessité d'un accompagnement associatif est systématique et devient indispensable au bon déroulement de ces consultations.
- Les caractéristiques de la population incluse, n'ayant majoritairement pas de droit de sécurité sociale, entraînent la nécessité d'une consultation assistante sociale pour faire les « bons PASS » pour chaque consultation, les bilans sanguins mais également pour la délivrance mensuelle des traitements antirétroviraux.
- Les horaires de la pharmacie n'étant pas adaptée aux horaires des consultations oblige les patients à revenir le lendemain pour obtenir les traitements (après consultation + consultation assistante sociale) entraînant une inobservance et des difficultés de mise sous traitements.

- Un seul médecin et une IDE sont mobilisés pour ces consultations Prep mais ne sont pas remplacés en cas d'absence, ne permettant un suivi optimal de ces patients.

L'ensemble de ces freins nous alerte sur la nécessité de multiplier les lieux de consultations Prep mais également de budgétiser des effectifs afin qu'une équipe pluridisciplinaire soit pérenne et dédiée à cette activité à l'HDJ plus que nécessaire dans la prévention contre la lutte contre le VIH

## 2.2. L'Activité de dépistage

La mesure de l'activité de dépistage du VIH reste un enjeu majeur pour le COREVIH Guyane. Le défi de ces prochaines années sera de collecter l'activité de dépistage, par sérologie et par TROD, hospitalière et extrahospitalière.

Rappelons des éléments importants issus des données du réseau LaboVIH ces dernières années publiées en novembre 2019 :

La Guyane est la région où la demande de sérologies VIH est la plus élevée : en 2018, 203 sérologies VIH ont été effectuées pour 1000 habitants

Le taux de positivité est également le plus élevé avec 6,9 sérologies positives au VIH pour 1000 effectuées en 2018.

Selon le bilan du dispositif national de dépistage communautaire par TROD VIH réalisé par la DGS, 2824 TROD ont été réalisés par 4 associations en Guyane en 2018 et 32 tests étaient positifs soit un taux de positivité de 11,3/1000 tests réalisés. Ce taux de positivité est supérieur au taux de positivité des sérologies réalisées par les laboratoires (données LaboVIH) suggérant l'apport complémentaire du dispositif au dépistage des infections par le VIH. Ces résultats ne reflètent pas la totalité des TROD effectués en Guyane.

L'analyse des données par année montre une tendance à l'augmentation de la réalisation des sérologies VIH de 2010 à 2018. Le taux de positivité tend en revanche à diminuer légèrement malgré de fortes fluctuations

### **Au centre hospitalier de Cayenne :**

En 2019, 10 129 sérologies « VIH » ont été réalisées par le laboratoire de l'hôpital de Cayenne, 256 sérologies étaient revenues positives. Après nettoyage du fichier la plupart des patients étaient connus ou sont suivis comme nouveaux patients dans les services de l'HDJ, l'UMIT, CDPS ou à St Laurent du Maroni. Au total 12 patients diagnostiqués positifs n'ont pas intégré un parcours de soins après leur dépistage. Parmi ces patients, 9 ont été diagnostiqués en CDPS, 3 aux urgences. Ces 12 patients ne sont pas intégrés aux nouveaux patients de ce rapport.

Le centre hospitalier de Cayenne est doté depuis quelques années d'une infirmière mobile de dépistage : IMoD. Son activité 2019 est présentée par son rapport d'activité, ci-joint, en annexe.

Depuis près de 10 ans, le Corevih 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. Une commande a été livrée mi novembre 2018 (9187,50 euros pour 1750 tests VIH livrés) ; et une commande de 1750 tests effectuée en juillet 2019 pour le

même montant. Actuellement, une commande de 1750 tests Trod VIH couvre en moyenne 9 mois (entre la demande de renouvellement du stock et la livraison s'écoule un peu moins d'un mois).

| Services hospitaliers                  | Trods distribués en 2019 |
|--|--------------------------|
| Accueil Urgences                       | 110                      |
| Dermatologie                           | 554                      |
| Hôpital de jour                        | 15                       |
| Gynécologie                            | 146                      |
| Centre de santé                        | 959                      |
| Unité Maladies Infectieuses Tropicales | 20                       |
| <b>Total</b>                           | <b>1 804</b>             |

Tableau 10 : Nombre de tests trods VIH distribués aux services du Centre Hospitalier de Cayenne en 2019

| Centre de santé | Trods distribués en 2019 |
|-----------------|--------------------------|
| Antecum pata    | 5                        |
| Apatou          | 65                       |
| Camopi          | 88                       |
| Grand Santi     | 456                      |
| Javouhey        | 24                       |
| Maripasoula     | 112                      |
| Papaïchton      | 35                       |
| Régina          | 22                       |
| Saul            | 5                        |
| Saint-Georges   | 48                       |
| Talhuen         | 72                       |
| Trois Saut      | 27                       |
| <b>Total</b>    | <b>959</b>               |

Tableau 11 : Distribution de tests trods VIH par centre de santé en 2019

Retour de 122 TROD périmés (5 de l'hôpital de jour adulte ; 43 du centre de santé de Maripasoula et 74 de Saint-Georges de l'Oyapock). Le manque de visibilité sur l'activité de dépistage par TROD distribués par le COREVIH reste important et le COREVIH est toujours confronté à la difficulté de la gestion des périmés des TRODS malgré les outils fournis (le retour des TROD périmés est difficile, voire absent). Turn-over du personnel en CDPS, difficultés de communication... expliquent cette réalité.

### 2.3. Les données Nadis

En 2019, 2 structures participaient au réseau e-Nadis en Guyane

- Le Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon (CHC)
- Le centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG)

| CHC- Centre 1                                    | CHOG- Centre 2               |
|--|------------------------------|
| Corevih  | Gynécologie/Obstétrique CHOG |
| Dermatologie                                     | Médecine CHOG                |
| Gynécologie/Obstétrique                          |                              |
| Hôpital de jour Adulte (HDJA)                    |                              |
| Pédiatrie  |                              |
| Unité de Maladie Infectieuse et Tropicale (UMIT) |                              |
| CDPS   |                              |
| UCSA   |                              |

Tableau 12 : Liste des services participants au réseau e-Nadis en 2019

Les consultations UCSA sont intégrées au service de l'HDJ et celles des CDPS à celui de l'UMIT. Dans un futur proche ces 2 activités seront individualisées.

En 2019, 7 853 consultations médicales pour les 2065 PVVIH ont été enregistrées dans le réseau Nadis. 73.1% des consultations ont été réalisées par le service de l'HDJA du CHAR, 20% par le service de médecine du CHOG.

| Service                       | file active |
|-------------------------------|-------------|
| HDJA CHAR Cayenne             | 1 150       |
| CHOG St Laurent               | 551         |
| Med ville                     | 388         |
| UMIT CHAR Cayenne             | 173         |
| CDPS                          | 129         |
| UCSA                          | 40          |
| Pédiatrie CHAR Cayenne        | 18          |
| Gynécologie/ Obs CHAR Cayenne | 4           |
| Dermatologie CHAR Cayenne     | 3           |
| NC                            | 3           |
| total                         | 2 459       |

Tableau 13 : Répartition des consultations de suivis des PVVIH par service

Le tableau présente les files actives par service. Cette file active nous permet d'avoir un reflet du nombre de patients suivis, toutefois compte tenu de la mobilité de certains patients et des suivis multiples dans différents secteurs, elle reste approximative.

Les données d'activité de consultations restent encore sous évaluées dans de nombreux services du CHAR. En revanche celles-ci sont assez exhaustives pour les services de l'HDJA du CHAR et au CHOG.

La file active du CHOG importante et croissante nécessite un renforcement de son équipe médicale : actuellement un ETP médecin à temps plein dû à des difficultés de recrutement. Les consultations « VIH » au CHOG en 2019 ont été réalisées pour certaines par les équipes du CHAR venues en renfort.

### 2.3.1. Les patients suivis

#### 2.3.1.1. Caractéristique démographique des patients suivis

**Définition du patient suivi** : Patient vu en consultation au moins une fois au cours de l'année 2019. Les patients dont le suivi s'est poursuivi en cours d'année dans un autre département que la Guyane et les patients décédés en 2019 seront considérés comme suivis.

Caractéristiques démographiques des patients suivis

En 2019, 2065 patients ont été suivis par les différents services du CHAR et du CHOG.

#### Répartition des patients suivis par âge

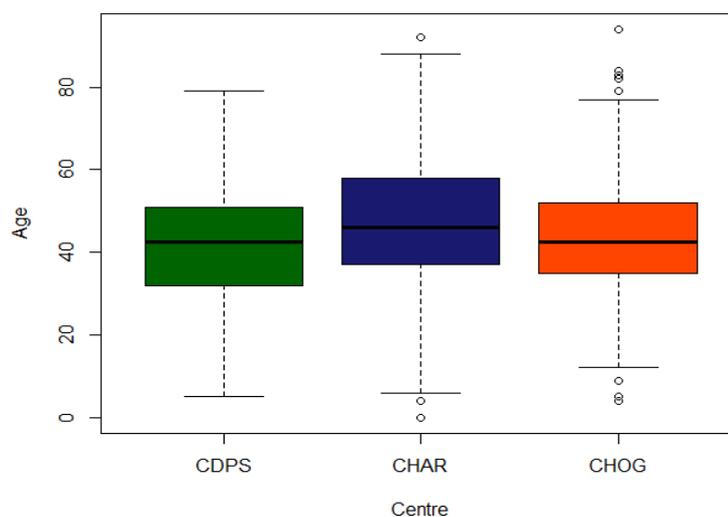


Figure 10 : Répartition des patients suivis par âge

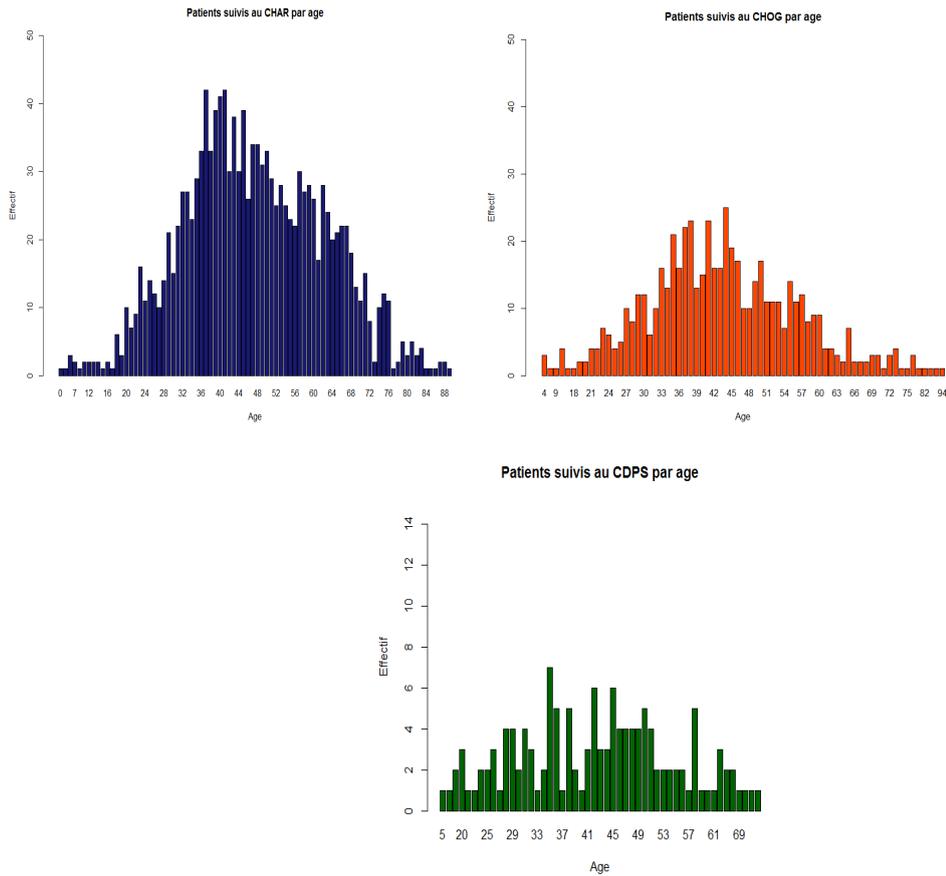


Figure 11 : Répartition des patients suivis par secteur et âge

L'âge médian des patients suivis en 2019 était de 45 ans (0-94 ans). Plus de 49% des patients avaient entre 30 et 49 ans.

| tranche âge  | CDPS       | CHAR         | CHOG       | Total        |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| <15          | 2          | 16           | 9          | 27           |
| 15-29        | 23         | 137          | 66         | 226          |
| 30-39        | 32         | 290          | 152        | 474          |
| 40-49        | 38         | 345          | 165        | 548          |
| 50-59        | 26         | 270          | 111        | 407          |
| 60-69        | 10         | 211          | 38         | 259          |
| 70-79        | 3          | 77           | 17         | 97           |
| >80          | 0          | 23           | 4          | 27           |
| <b>Total</b> | <b>134</b> | <b>1 369</b> | <b>562</b> | <b>2 065</b> |

Figure 12 : Répartition des patients suivis par tranche d'âge et secteur

### Sexe des patients suivis

| secteur | F     | M   | THF | Total | sexe ratio (H/F) |
|---------|-------|-----|-----|-------|------------------|
| CDPS    | 66    | 68  | 0   | 134   | 1,03             |
| CHAR    | 685   | 681 | 3   | 1 369 | 0,99             |
| CHOG    | 346   | 216 | 0   | 562   | 0,62             |
| Total   | 1 097 | 965 | 3   | 2 065 | 0,88             |

Tableau 14 : Sexe ratio des patients suivis en 2019 par secteur

Le sexe ratio H/F sur le CHC et les CDPS est environ de 1, alors que plus de femmes que d'hommes sont suivis sur le CHOG, le sexe ratio H/F de 0.63.

### Pays de naissance

| Pays Naiss | CDPS  | CHAR  | CHOG  | Total |
|------------|-------|-------|-------|-------|
| Haiti      | 0,0   | 46,3  | 10,0  | 33,4  |
| Suriname   | 20,9  | 3,4   | 53,6  | 18,2  |
| NR         | 3,0   | 13,7  | 10,1  | 12,0  |
| France     | 11,9  | 10,8  | 9,1   | 10,4  |
| Brésil     | 53,0  | 8,1   | 3,0   | 9,6   |
| Guyana     | 2,2   | 9,3   | 6,4   | 8,1   |
| Guyane Fr. | 0,0   | 2,7   | 6,2   | 3,5   |
| Rep. Dom   | 1,5   | 2,5   | 1,1   | 2,0   |
| Autre      | 7,5   | 3,2   | 0,5   | 2,8   |
| Total      | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 15 : Proportion de patients suivis en 2019 par pays de naissance

Compte tenu de la géographie du CHOG, les patients suivis au CHOG sont originaires à 54% du Suriname, alors que sur le CHC les patients sont à 46% nés à Haïti. Les patients suivis au CDPS sont principalement nés au Brésil à 53% et au Suriname à 21%.

### 2.3.1.2. Caractéristique médicale de prise en charge

#### **Mode de contamination**

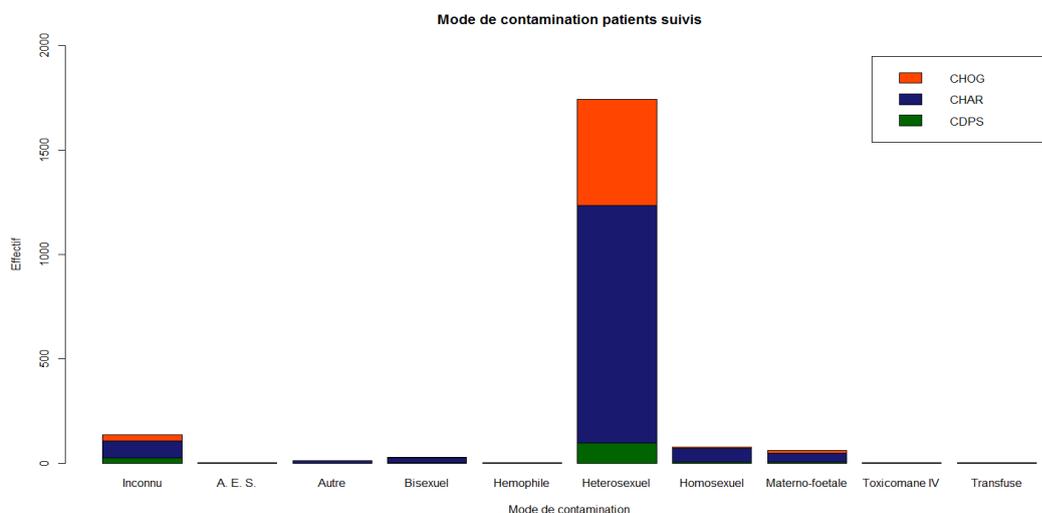


Figure 13 : Mode de contamination des patients suivis en 2019

Le mode de contamination le plus important demeure la voie hétérosexuelle à 85%.

Les transmissions par relations bi ou homosexuels représentent 5% et les contaminations materno-foetale 3%.

#### **Durée de l'infection par le VIH**

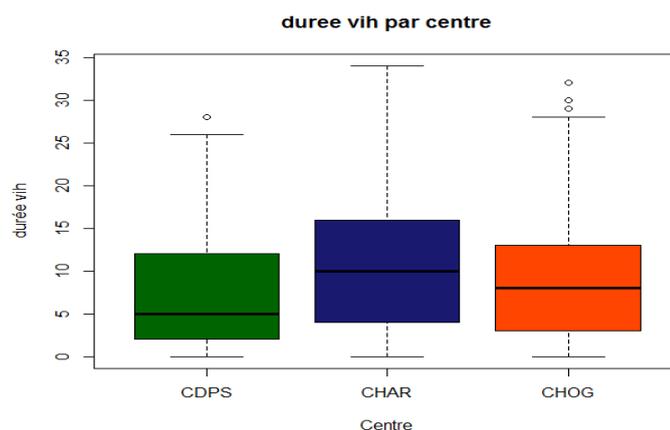


Figure 14 : Durée de VIH des patients suivis par centre

Les patients suivis en 2019 ont une durée moyenne d'infection par le VIH de 10 ans pour le CHAR et le CHOG et de 5 ans pour les CDPS.

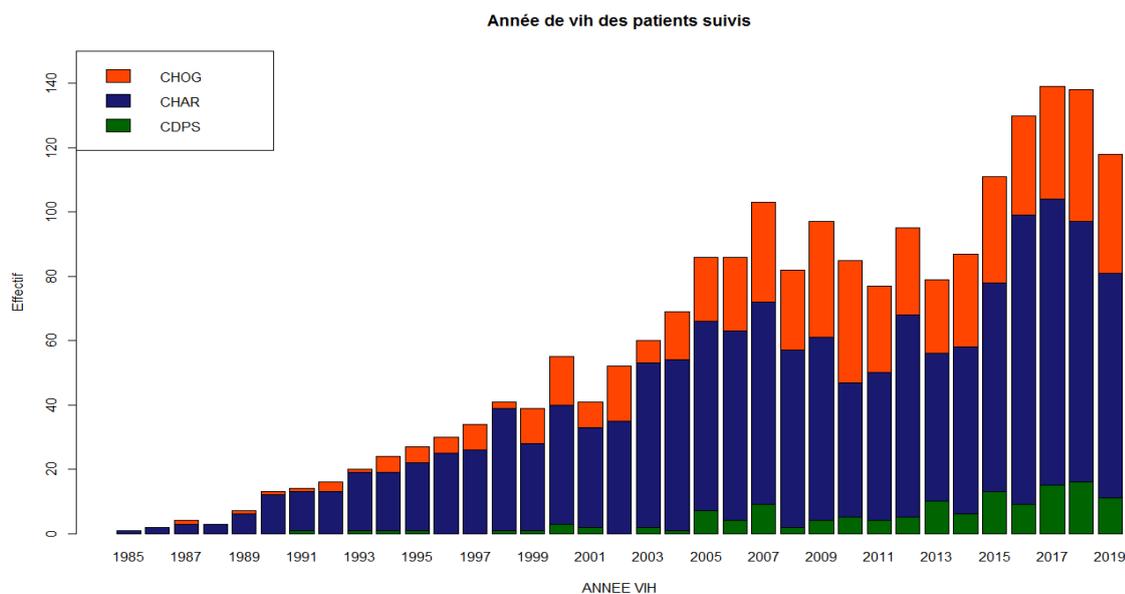


Figure 15 : Année de diagnostic VIH des patients suivis en 2019

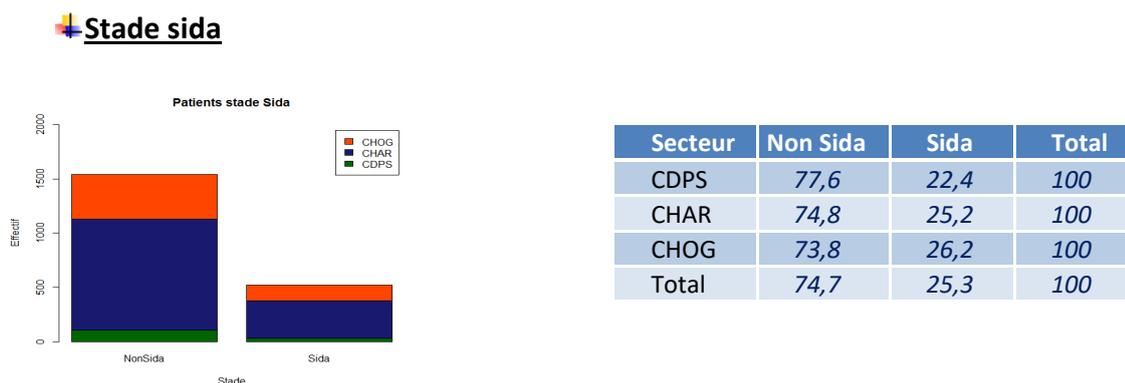


Figure 16 : Stade des patients suivis en 2019

Que ce soit au CHAR et CHOG ou CDPS, 25% des patients suivis sont au stade sida.

| Année vih = Année sida | CHAR        | CHOG        | CDPS        |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1988-1995              | 62,5        | 0           | 100         |
| 1996-2003              | 39          | 53,8        | 50          |
| 2004-2011              | 53,2        | 65,6        | 56,5        |
| 2012-2019              | 52,9        | 49,3        | 0           |
| <b>total</b>           | <b>46,1</b> | <b>56,1</b> | <b>56,7</b> |

Tableau 16 : Les patients stade sida suivi en fonction de l'année de diagnostic VIH

On note qu'environ la moitié des diagnostics sida se font la même année que le diagnostic de VIH. Ceci peut être le témoin d'un dépistage encore trop tardif et /ou une progression rapide de la maladie lors de la première année, souvent due à un défaut d'observance des patients diagnostiqués.

## CD 4 au dépistage des patients suivis

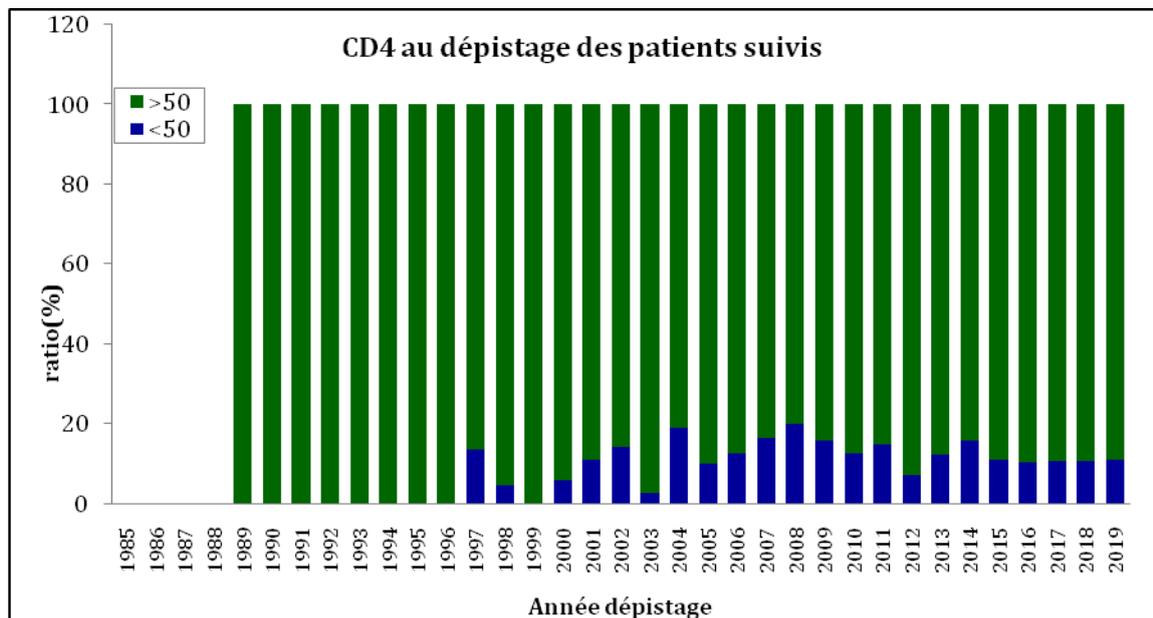


Figure 17 : La proportion de patients dépistés à moins de 50 CD4 par année de diagnostics VIH

La proportion de patients très immunodéprimés (diagnostiqués à moins de 50 CD4) se stabilise depuis 2015, représentant 11% des diagnostics.

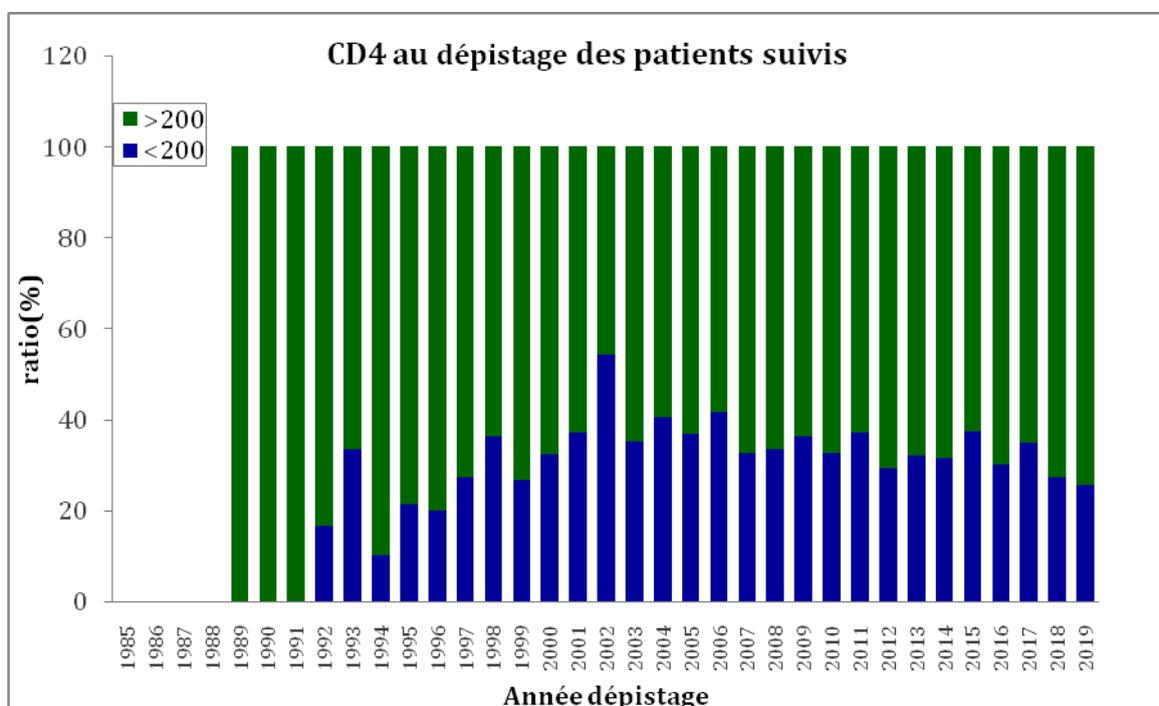


Figure 18 : La proportion de patients dépistés à moins de 200 CD4 par année de diagnostic VIH

La proportion globale ces dernières années des patients diagnostiqués à moins de 200 CD4 était de 32,6%.

Or depuis 2018, la proportion de patients diagnostiqués à moins de 200 CD4 représentait 25%, une tendance à la baisse encourageante pour les acteurs du dépistage et témoin d'un diagnostic actuel plus précoce des patients.

### **Les stratégies thérapeutiques les plus fréquentes**

| Stratégie thérapeutique | CDPS | CHAR | CHOG | Total |
|-------------------------|------|------|------|-------|
| 2N+1II                  | 59,2 | 63,5 | 67,7 | 64,4  |
| 2N+1IP                  | 25,2 | 7,3  | 15,4 | 10,5  |
| 2N+1NN                  | 11,7 | 18,3 | 9,2  | 15,4  |
| 1NN+1II                 | 0    | 2,9  | 0,2  | 2     |
| 2N+1II+1IP              | 1,9  | 1,3  | 3,6  | 2     |
| 1IP                     | 1    | 0,6  | 1,3  | 0,8   |
| 1IPb+1II                | 0    | 0,9  | 0,4  | 0,7   |
| 1N+1IPb+1II             | 0    | 0,6  | 0,4  | 0,5   |
| Autre                   | 1    | 4,7  | 1,9  | 3,7   |
| Total                   | 100  | 100  | 100  | 100   |

Tableau 17 : Les principales stratégies thérapeutiques par centre en 2019

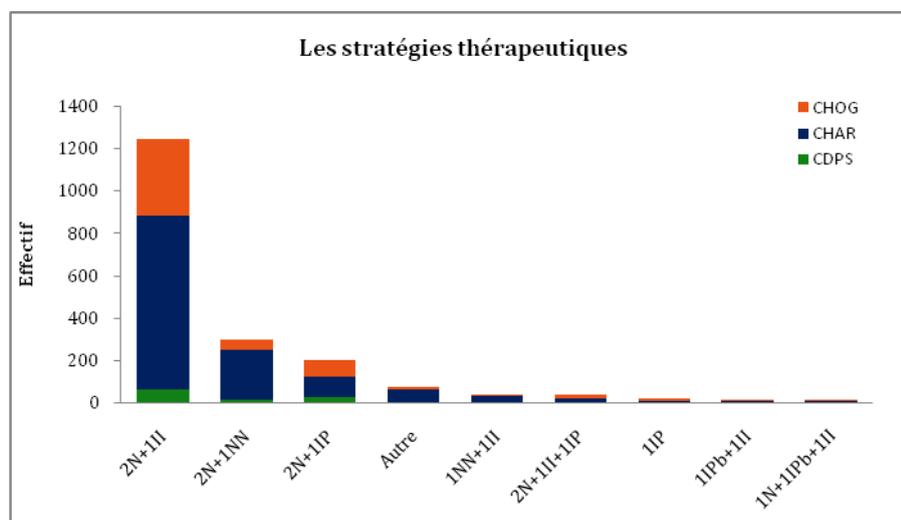


Figure 19 : Les stratégies thérapeutiques les plus fréquemment utilisées

En 2019, 65 % des patients suivis sont 2N+II. Dans les secteurs du CHOG et CDPS, 15% sont sous 2N+IP, cette combinaison étant plus robuste aux résistances que les 2N+INN en cas de rupture de traitement, et convient au profil de patients sur ces secteurs.

## Motif de changement thérapeutique

| Motif de changement thérapeutique   | CDPS  | CHAR  | CHOG  | Total |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Simplification thérapeutique        | 42,9  | 33,0  | 30,6  | 32,8  |
| Prévention de toxicité              | 8,6   | 10,5  | 19,7  | 12,9  |
| Décision du patient                 | 8,6   | 5,1   | 9,7   | 6,5   |
| Autres motifs thérapeutiques        | 1,4   | 7,8   | 1,6   | 5,8   |
| Echec virologique                   | 4,3   | 5,6   | 3,0   | 4,9   |
| Non observance                      | 4,3   | 3,6   | 5,1   | 4,0   |
| Fin de grossesse                    | 4,3   | 2,1   | 7,4   | 3,7   |
| Interaction médicamenteuse          | 1,4   | 4,4   | 1,9   | 3,6   |
| Toxicité rénale                     | 0,0   | 3,4   | 1,2   | 2,7   |
| Effets secondaires digestifs        | 1,4   | 2,9   | 2,1   | 2,6   |
| Inconnu                             | 11,4  | 1,6   | 3,2   | 2,5   |
| Effets secondaires                  | 0,0   | 2,4   | 2,3   | 2,3   |
| Effets secondaires neurologiques    | 0,0   | 2,4   | 1,4   | 2,0   |
| Désir de grossesse                  | 0,0   | 2,1   | 1,4   | 1,8   |
| Autres effets secondaires cliniques | 0,0   | 1,7   | 1,2   | 1,5   |
| Intolérance aux traitements         | 1,4   | 0,9   | 1,2   | 1,0   |
| Adaptation pharmacologique          | 1,4   | 0,9   | 0,9   | 0,9   |
| Grossesse en cours                  | 0,0   | 0,8   | 1,2   | 0,9   |
| Toxicité hépatique                  | 0,0   | 1,2   | 0,2   | 0,9   |
| Intensification thérapeutique       | 0,0   | 1,0   | 0,5   | 0,8   |
| Autres                              | 8,6   | 6,6   | 4,2   | 6,0   |
| Total                               | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 18 : Motif de changement thérapeutique des patients suivis en 2019

Le motif principal de changement de traitement demeure la simplification thérapeutique, témoin indirect des progrès de l'observance des patients

## Succès thérapeutique (mesure CV)

| Contrôle CV à 6 mois | CDPS  | CHAR  | CHOG  | Total |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Echec C              | 14,3  | 2,6   | 7,7   | 3,7   |
| Echec NC             | 3,6   | 2,8   | 3,3   | 2,9   |
| Succès               | 82,1  | 94,6  | 89,0  | 93,4  |
| Total                | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 19 : Succès thérapeutique des patients suivis après 6 mois de traitement

**Après 6 mois d'ARV le succès virologique est de 93%.**

| Dernière _CV | CDPS  | CHAR  | CHOG  | Total |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| 50           | 63,3  | 84,7  | 65,1  | 80,2  |
| 51-400       | 16,3  | 7,1   | 12,5  | 8,5   |
| 400-1000     | 4,1   | 1,4   | 2,5   | 1,7   |
| 1K-10K       | 6,1   | 2,4   | 7,1   | 3,4   |
| 10-30K       | 6,1   | 1,1   | 2,5   | 1,6   |
| >30K         | 4,1   | 3,3   | 10,3  | 4,6   |
| Total        | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 20 : La dernière CV des patients suivis en 2019

**Près de 90% des patients suivis traités ou non traités avaient moins de 400 copies, dont 80% avec une CV indétectable.**

| Dernier CD4 | CDPS  | CHAR  | CHOG  | Total |
|-------------|-------|-------|-------|-------|
| <200        | 22,4  | 6,0   | 18,1  | 9,1   |
| 200-350     | 18,4  | 13,6  | 17,7  | 14,6  |
| 350-500     | 28,6  | 16,1  | 20,6  | 17,5  |
| >500        | 30,6  | 64,3  | 43,5  | 58,8  |
| Total       | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 21 : Le dernier taux de CD4 des patients suivis par secteur

Environ 60% des patients avaient des CD4>500. Dans les CDPS et le CHOG la proportion de patients avec des CD4<200 restent très élevés (20%) et reflète la difficulté persistante à dépister tôt dans ces secteurs.

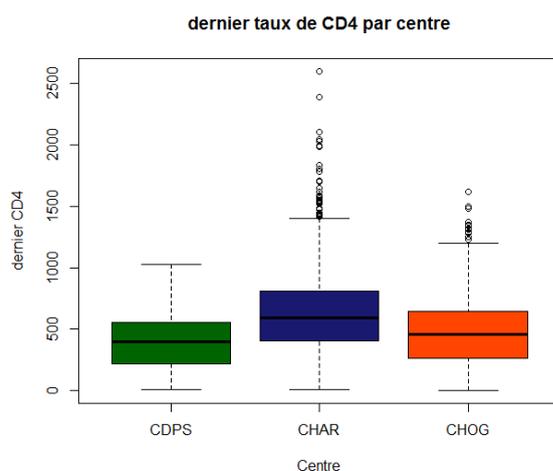


Figure 20 : Le dernier taux de CD4 des patients suivis

Le taux de CD4 médian des patients suivis en 2019 était de 554 (min : 3 ; max : 2598). La valeur médiane des CD4 pour les patients suivis sur Cayenne est de 594, 455 pour le CHOG et 395 pour les CDPS.

### 2.3.1.3. Les accouchements chez les femmes VIH en 2019

En 2019 il y a eu 91 accouchements chez des femmes VIH.

| Hôpital | nb accouchement | nb femme vih+ | prévalence | nb nvx diag |
|---------|-----------------|---------------|------------|-------------|
| CHOG    | 3 320           | 35            | 1,1        | 11          |
| CHAR    | 4 211           | 59            | 1,4        | 12          |
| Total   | 7 531           | 94            | 1,2        | 23          |

Tableau 22 : Les accouchements des femmes VIH en 2019

La prévalence chez les femmes enceintes est de 1.2.

Au CHAR le suivi de grossesses a permis le diagnostic de 12 nouvelles patientes dont 3 lors de leur accouchement. On déplore une contamination materno-fœtale.

Au CHOG le suivi de grossesse a permis le diagnostic de 11 nouvelles patientes.

En CDPS : 5 accouchements (2 au CHOG / 3 au CHAR), les patientes étaient suivies.

#### 2.3.1.4. Les femmes sous dolutegravir

| Secteur | DOLUTEGRAVIR - | DOLUTEGRAVIR + | Total |
|---------|----------------|----------------|-------|
| CDPS    | 75,6           | 24,4           | 100,0 |
| CHAR    | 75,0           | 25,0           | 100,0 |
| CHOG    | 54,8           | 45,2           | 100,0 |
| Total   | 68,7           | 31,3           | 100,0 |

Tableau 23 : Répartition des femmes de 14 à 45 ans sous dolutegravir

L'étude Tsepamo menée au Botswana a mis en évidence un risque potentiel chez les femmes enceintes alors qu'elles étaient sous dolutegravir d'anomalies de fermeture du tube neural chez le fœtus (taux 0.9%) (Zash R, Makhema J, Shapiro RL. Neural-Tube Defects with Dolutegravir Treatment from the Time of Conception. *N Engl J Med.* 2018;379(10):979–981.)

Actuellement 31% des patientes entre 14 et 45 ans sont sous dolutegravir. Il faut être vigilant devant les femmes en âge de procréer désireuses d'avoir un enfant, et celles enceintes sous dolutegravir.

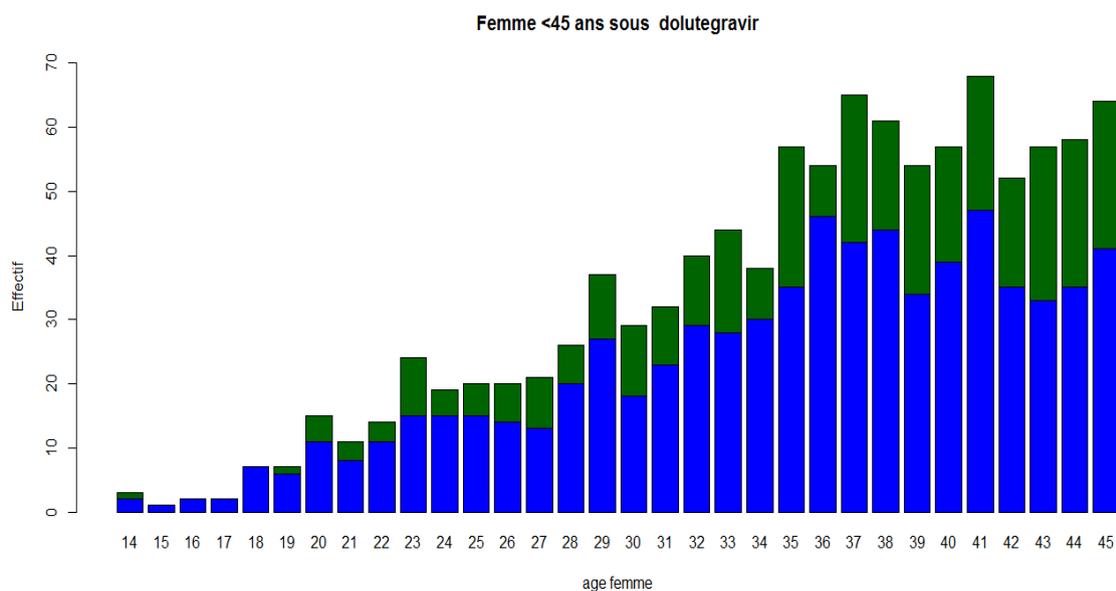


Figure 21 : Répartition par âge des femmes entre 14 et 45 ans sous dolutegravir

### 2.3.2. Les patients perdus de vue

**Définition :** un patient est considéré comme PDV s'il n'a pas été vu en consultation depuis plus 1 an.

#### 2.3.2.1. Caractéristiques démographiques des patients perdus de vue

##### Par centre

| Année     | CDPS | CHAR | CHOG | Total | Total(%) |
|-----------|------|------|------|-------|----------|
| 2000      | 0    | 1    | 0    | 1     | 0,1      |
| 2004      | 0    | 0    | 1    | 1     | 0,1      |
| 2005      | 0    | 4    | 0    | 4     | 0,4      |
| 2006      | 1    | 4    | 0    | 5     | 0,5      |
| 2007      | 5    | 11   | 5    | 21    | 2,1      |
| 2008      | 1    | 12   | 2    | 15    | 1,5      |
| 2009      | 3    | 39   | 8    | 50    | 4,9      |
| 2010      | 4    | 26   | 14   | 44    | 4,3      |
| 2011      | 0    | 29   | 14   | 43    | 4,2      |
| 2012      | 3    | 32   | 13   | 48    | 4,7      |
| 2013      | 6    | 35   | 19   | 60    | 5,9      |
| 2014      | 17   | 25   | 36   | 78    | 7,7      |
| 2015      | 7    | 40   | 61   | 108   | 10,6     |
| 2016      | 13   | 65   | 45   | 123   | 12,1     |
| 2017      | 13   | 56   | 60   | 129   | 12,7     |
| 2018      | 32   | 137  | 119  | 288   | 28,3     |
| Total     | 105  | 516  | 397  | 1 018 | 100,0    |
| Total (%) | 10,3 | 50,7 | 39,0 | 100,0 |          |

Tableau 24 : Les patients perdus de vus par secteur et année de dernière nouvelle

On observe qu'en 2018 le nombre de PDV a presque doublé. Toutefois ces données sont à investiguer : les cliniciens notent que beaucoup de patients « stables » sont suivis en ville par leur médecin traitant, que d'autres ont probablement quitté le territoire et enfin certains sont potentiellement décédés. Une mise à jour des données est en cours pour avoir un état des lieux plus précis des patients perdus de vue (éliminer les faux perdus de vue dans la base de données Nadis). Le réseau ville hôpital est à renforcer.

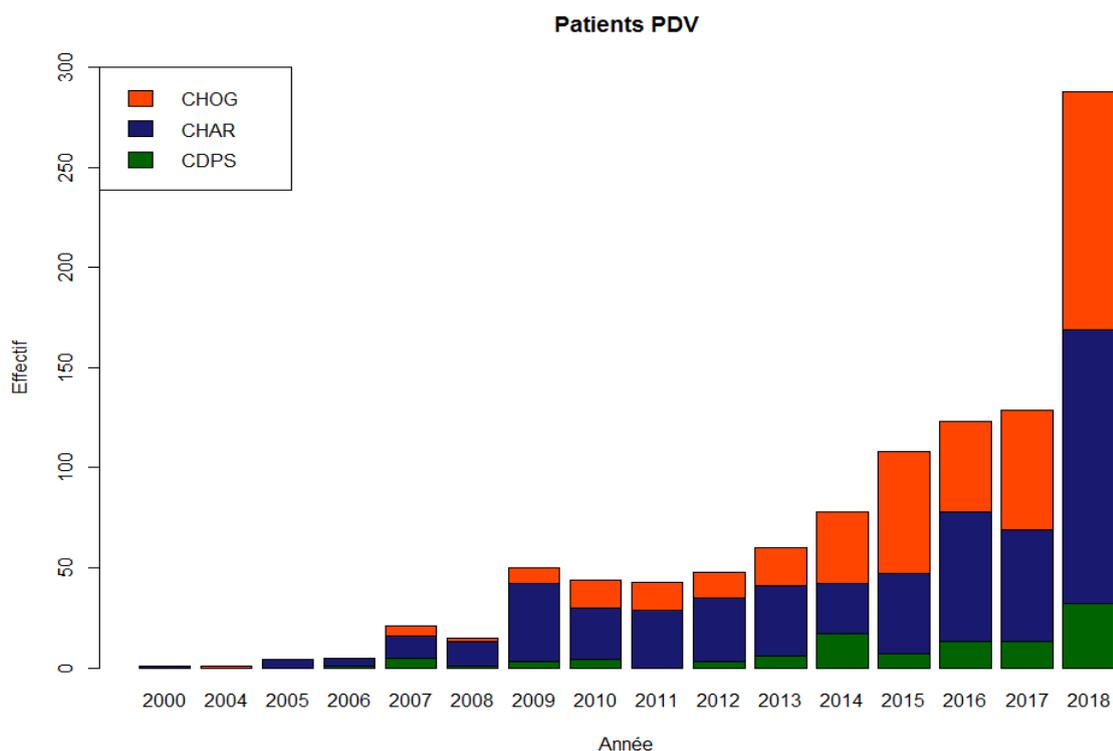


Figure 22 : Les patients PDV par an et centre

Au total, on recense 1 018 patients PDV, dont 51% au CHAR et 39% au CHOG et 10% dans les CDPS.

### Age sexe

| Tranche âge  | F          | M          | Total        | Total (%)    | sexe ratio |
|--------------|------------|------------|--------------|--------------|------------|
| <15          | 6          | 4          | 10           | 1,0          | 0,7        |
| 15-29        | 103        | 76         | 179          | 17,6         | 0,7        |
| 30-39        | 170        | 146        | 316          | 31,0         | 0,9        |
| 40-49        | 130        | 140        | 270          | 26,5         | 1,1        |
| 50-59        | 73         | 93         | 166          | 16,3         | 1,3        |
| 60-69        | 23         | 33         | 56           | 5,5          | 1,4        |
| 70-79        | 9          | 5          | 14           | 1,4          | 0,6        |
| >80          | 3          | 4          | 7            | 0,7          | 1,3        |
| <b>Total</b> | <b>517</b> | <b>501</b> | <b>1 018</b> | <b>100,0</b> | <b>1</b>   |

Tableau 25 : Répartition des patients perdus de vue par tranche d'âge et sexe

La tranche d'âge de 15-29 ans rassemble 17% des patients et la tranche d'âge de 30-49 ans représente 58% des patients perdus de vue.

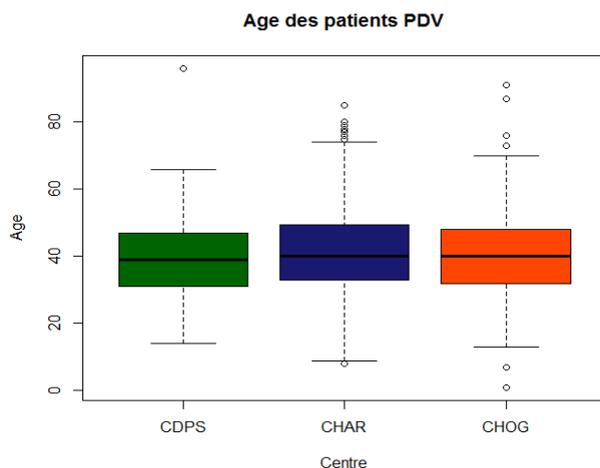


Figure 23 : Age des patients PDV par centre

L'âge médian des patients PDV est de 40 ans que ce soit au CHAR, CHOG ou CDPS. CHOG.

| Mode de conta.  | CDPS  | CHAR  | CHOG  | Total |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| Heterosexuel    | 71,4  | 78,1  | 85,9  | 80,8  |
| Inconnu         | 18,6  | 9,1   | 9,8   | 10,1  |
| Homo/bisexuel   | 5,7   | 7,6   | 1,8   | 5,1   |
| Materno-foetale | 1,4   | 3,1   | 2,0   | 2,5   |
| Autre           | 1,4   | 1,2   | 0,5   | 0,9   |
| IVDU            | 1,4   | 0,6   | 0,0   | 0,4   |
| AES             | 0,0   | 0,2   | 0,0   | 0,1   |
| Hemophile       | 0,0   | 0,2   | 0,0   | 0,1   |
| Transfuse       | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 0,0   |
| Total           | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 26 : Mode de contamination des patients PDV

#### Pays de naissance

| Pays Naiss | CDPS | CHAR | CHOG | total |
|------------|------|------|------|-------|
| Suriname   | 27,7 | 9,2  | 60,1 | 33,2  |
| Haiti      | 0,0  | 38,1 | 7,0  | 20,5  |
| France     | 24,1 | 27,8 | 8,5  | 19,1  |
| Bresil     | 39,8 | 8,3  | 15,2 | 14,7  |
| Guyane     | 4,8  | 4,3  | 7,0  | 5,5   |
| Rep. Dom.  | 0,0  | 3,2  | 0,6  | 1,7   |
| Ste Lucie  | 0,0  | 2,0  | 0,3  | 1,1   |
| Autre      | 3,6  | 7,2  | 1,2  | 4,2   |
| total      | 10,9 | 45,9 | 43,2 | 100,0 |

Tableau 27 : Répartition des patients PDV par pays de naissance

AU CHOG, 60% des patients PDV sont nés au Suriname d'où l'importance de renforcer les coopérations transfrontalières afin de limiter les perdus de vus et de pouvoir partager des informations sur le suivi des patients au Suriname, séparé de la Guyane par le fleuve Maroni, objet de migrations pendulaires, mode de vie des populations dans ce bassin de vie.

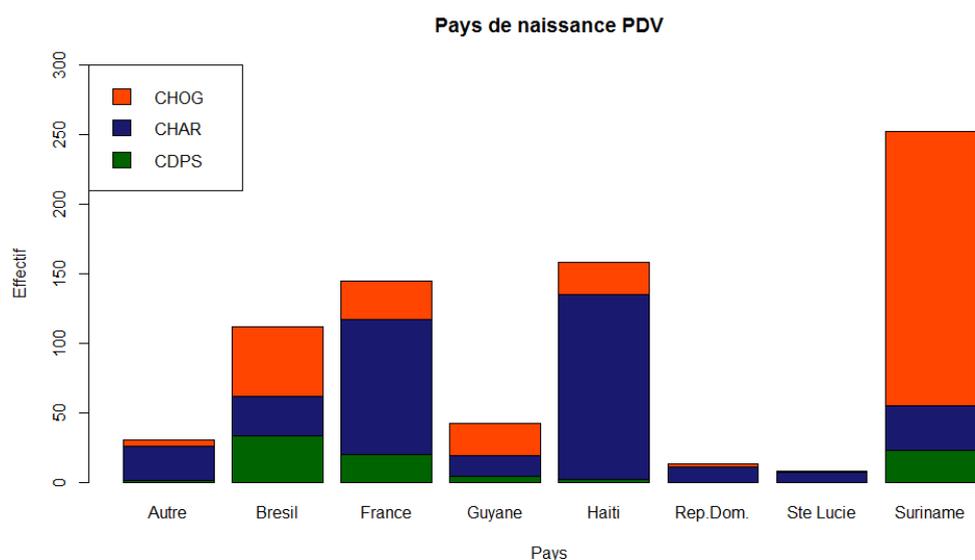


Figure 24 : Pays de naissance des patients PDV

### 2.3.2.2. Caractéristique médicale des patients PDV

| Dernier CD4 | CHAR  | CHOG  | CDPS  | Total |
|-------------|-------|-------|-------|-------|
| <200        | 15,2  | 27,9  | 32,5  | 22,3  |
| 200-350     | 16,1  | 19,2  | 5,0   | 16,9  |
| 350-500     | 22,4  | 15,7  | 20,0  | 19,0  |
| >500        | 46,4  | 37,2  | 42,5  | 41,7  |
| Total       | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 28 : Dernier CD4 des patients PDV par secteur

| Dernière CV | CHAR  | CHOG  | CDPS  | Total |
|-------------|-------|-------|-------|-------|
| 50          | 55,4  | 50,2  | 41,3  | 52,1  |
| 51-400      | 11,4  | 10,2  | 19,6  | 11,4  |
| 400-1000    | 2,7   | 2,2   | 6,5   | 2,7   |
| 1K-10K      | 10,2  | 10,2  | 15,2  | 10,5  |
| 10-30K      | 7,8   | 5,0   | 10,9  | 6,7   |
| >30K        | 12,6  | 22,3  | 6,5   | 16,6  |
| Total       | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tableau 29 : Dernière CV des patients PDV par secteur

Seul 21% avaient des CD4<200 alors que 41,5% avaient un taux de CD4> 500. Le taux de CD4 moyen était de 474 (IC95% :449-500%) et la médiane était de 435.

**Des études précédentes avaient déjà montré que les patients perdus de vue sont des patients plutôt jeunes avec une bonne immunité.**

Concernant la CV, plus de 64% des patients avaient moins de 400 de CV. La médiane de la dernière CV était de 40.

Ceci nous indique qu'environ 50% des patients actuellement perdus de vue étaient en lien avec le système de soin, sous traitement et en succès thérapeutique.

Les difficultés de prise en charge sociale, notamment par un manque de travailleurs sociaux, et la complexification des parcours pour obtenir la carte de séjour pour soins ou son renouvellement, seraient des éléments pouvant expliquer ces ruptures de suivis. Pris par des enjeux de « survie », les cliniciens constatent que les patients finissent par délaisser les soins un temps plus ou moins long pour espérer une stabilité sociale. Les travailleurs sociaux sont des acteurs clés dans la prise en charge du VIH.

Ces patients perdus de vue « bien suivis » préalablement sont aussi en faveur d'un possible suivi par le médecin traitant non mis à jour dans les données Nadis, des faux perdus de vue ?

### **Stade sida**

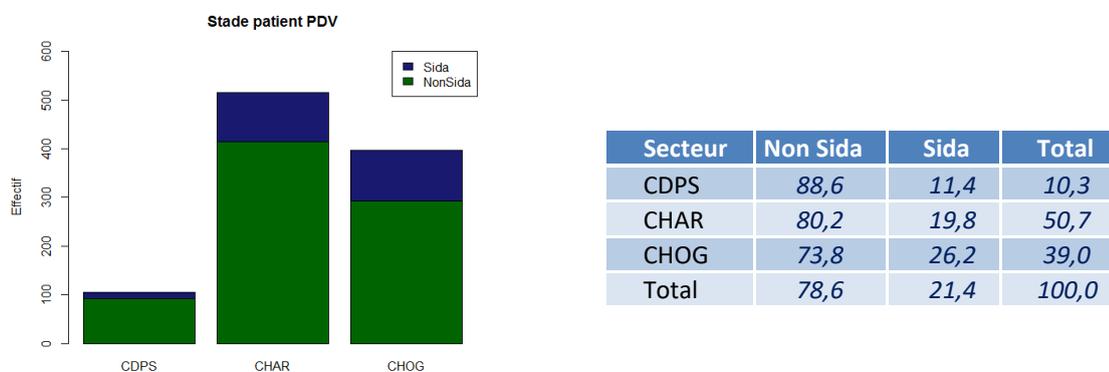


Figure 25 : Stade des patients PDV par secteur

Les données précédentes sont appuyées par les données stade sida des patients PDV. On observe que 79% des patients n'étaient pas au stade sida.

Délai entre le diagnostic de VIH et la rupture de suivi.

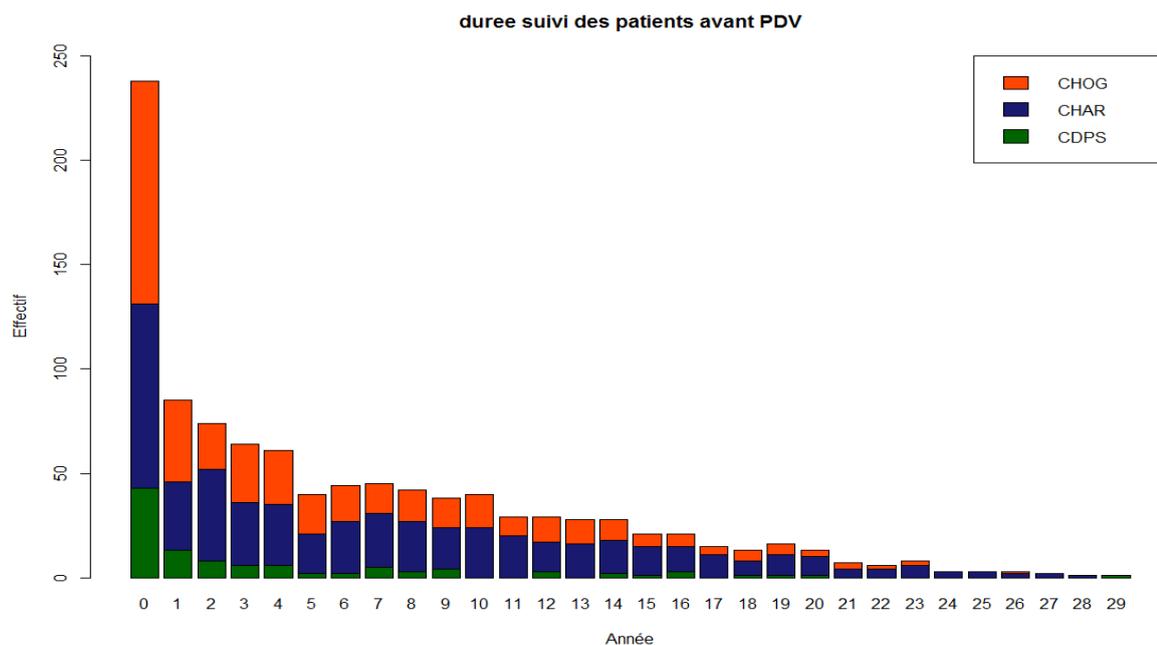


Figure 26 : Durée de suivi en année des patients avant le statut PDV

| année de suivi | CDPS |      | CHAR |      | CHOG |      | Total |       |
|----------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
|                | n    | %    | n    | %    | n    | %    | n     | %     |
| 0-1            | 56   | 53,3 | 121  | 23,4 | 146  | 36,8 | 323   | 31,7  |
| 2-5            | 22   | 21,0 | 122  | 23,6 | 95   | 23,9 | 239   | 23,5  |
| 6-10           | 14   | 13,3 | 119  | 23,1 | 76   | 19,1 | 209   | 20,5  |
| 11-15          | 6    | 5,7  | 80   | 15,5 | 49   | 12,3 | 135   | 13,3  |
| 16-20          | 6    | 5,7  | 49   | 9,5  | 23   | 5,8  | 78    | 7,7   |
| 21-25          | 1    | 1,0  | 20   | 3,9  | 7    | 1,8  | 28    | 2,8   |
| 26-30          | 0    | 0,0  | 5    | 1,0  | 1    | 0,3  | 6     | 0,6   |
| total          | 105  | 10,3 | 516  | 50,7 | 397  | 39,0 | 1 018 | 100,0 |

Tableau 30 : Répartition des patients PDV par durée et lieu de suivi

On observe que 23% des patients sont PDV lors de l'année de diagnostic. Ce taux passe à 32% à 1 an après le diagnostic VIH. Les premières années de suivis sont primordiales pour maintenir le patient dans le circuit de soin. Le risque de rupture de suivi chute avec les années de vie avec le VIH : des études précédentes avaient amené à formuler la nécessité d'une prise en charge « VIP » dans les premiers mois de la prise en charge.

Des recommandations avaient déjà été émises pour diminuer le taux de perdus de vue : rappel des patients non venus au RDV précocement, mise à jour régulière des données Nadis (recensement annuel et systématique des patients décédés, réseau de données ville hôpital avec les médecins traitants...), renforcement systématique des prises en charge lors des premiers contacts avec les soins en verrouillant les parcours de soins... Ces recommandations restent difficiles à mettre en place pour des raisons diverses et variables dans le temps (enjeu qui reste très acteur dépendant alors qu'il devrait faire l'objet d'un protocole de service, de soin). Pourtant les perdus de vue constituent un enjeu majeur tant

sur le plan individuel (risque lié à la morbi mortalité des patients) que collectif (dissémination du virus).

### 2.3.3. Les nouveaux patients

**Définition :** sont considérés comme « nouveaux » les patients dont le diagnostic de VIH a été fait durant l'année. L'ensemble des patients provenant d'un autre département nouvellement pris en charge dans le département mais dont la date de diagnostic est antérieure à 2019, ne sont pas inclus.

#### 2.3.3.1. Caractéristiques démographiques des nouveaux patients

##### Nouveaux patients par service

| Service   | n   | %     |
|---|-----|-------|
| HDJA Médecine Polyvalente CHAR Cayenne          | 59  | 50,0  |
| UMIT CHAR Cayenne                               | 14  | 11,9  |
| Pédiatrie CHAR Cayenne                          | 1   | 0,8   |
| Service de Gynécologie Obstétrique CHAR Cayenne | 1   | 0,8   |
| Service de Médecine CHOG St Laurent             | 35  | 29,7  |
| CDPS  | 8   | 6,8   |
| Total   | 118 | 100,0 |

Tableau 31 : Répartition des nouveaux patients par service

19 nouveaux patients ont été diagnostiqués dans les communes de l'intérieur. Parmi eux 8 sont suivis dans les CDPS les autres sont suivis au CHAR ou CHOG.

De plus 4 nouveaux dépistages ont été fait à l'UCSA, inclus dans la file active de l'HDJ.

| Centre de santé | n  |
|-----------------|----|
| Grand Santi     | 5  |
| Maripasoula     | 5  |
| Apatou          | 2  |
| Papaichton      | 2  |
| St Georges      | 2  |
| Iracoubo        | 1  |
| Regina          | 1  |
| Camopi          | 1  |
| Total           | 19 |

Tableau 32 : Les nouveaux patients des CDPS par commune

## Age et sexe

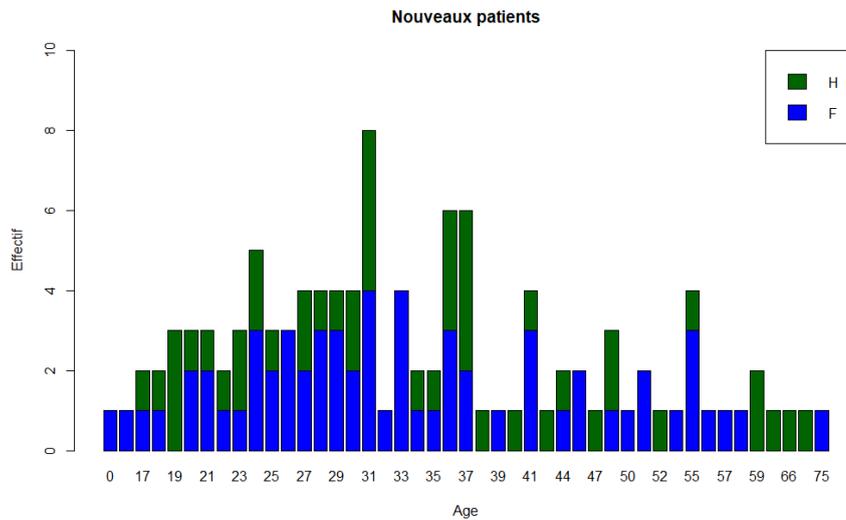


Figure 27 : Répartition des nouveaux patients par tranche âge et sexe

Les patients de moins de 30 ans représentaient 39% des nouveaux diagnostics en 2019 et les moins de 24 ans 23%. On observe plus de diagnostic chez les femmes entre 25 et 34 ans, ce déséquilibre est probablement dû au suivi de grossesse qui permet un dépistage systématique du VIH lors du suivi standard. L'intérêt du dépistage systématique des pères lorsque les femmes sont suivies et diagnostiquées dans le cadre de leur grossesse est un axe d'amélioration du dépistage.

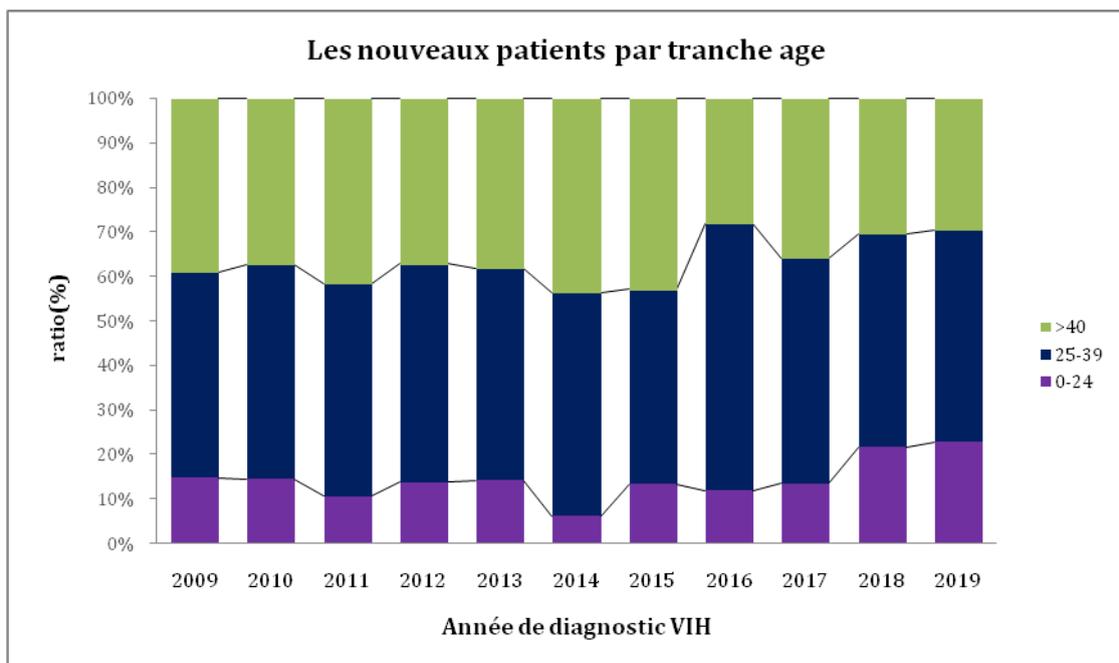


Figure 28 : Répartition des nouveaux patients par tranche d'âge et année de dépistage

Depuis 2018, la proportion de patient entre 0-24 ans a quasi doublé passant de 13 à 22%.

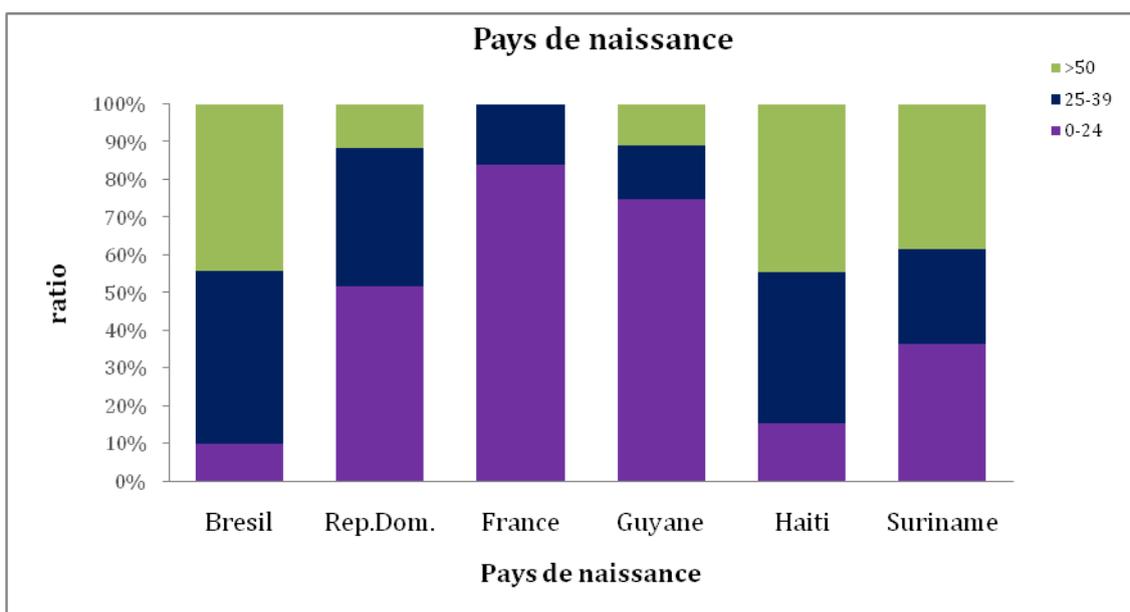


Figure 29 : Répartition des nouveaux patients par tranche d'âge et pays de naissance

Parmi les nouveaux patients entre 0-24 ans on observe que 52% sont nés en France ou Guyane.

Les lieux d'habitation de ces patients sur cette tranche d'âge nous informent que 62% étaient de Cayenne, 35% de Saint Laurent et 5% des CDPS.

Sur l'ensemble des 12 nouveaux diagnostics de suivis de grossesses en 2019, 75% d'entre elles ont entre 0-24 ans.

43% des dépistages chez les 0-24 ans ont eu lieu dans le cadre d'un suivi de grossesse, 10% suite à une IST, et 10% suite à des conduites à risque, dans 33% des cas l'information n'est pas renseignée dans le dossier médical.

### Pays de naissance

| Pays     | Hétérosexuel | Homo/bisexuel | Inconnu | Materno-fotale | total | Total (%)    |
|----------|--------------|---------------|---------|----------------|-------|--------------|
| Haiti    | 24           | 7             | 4       | 0              | 35    | <b>31,8</b>  |
| Suriname | 15           | 0             | 0       | 0              | 15    | <b>13,6</b>  |
| Brésil   | 8            | 0             | 3       | 0              | 11    | <b>10,0</b>  |
| Guyane   | 9            | 0             | 0       | 0              | 9     | <b>8,2</b>   |
| Rep. Dom | 6            | 2             | 0       | 0              | 8     | <b>7,3</b>   |
| Guyana   | 4            | 2             | 0       | 0              | 6     | <b>5,5</b>   |
| France   | 3            | 0             | 0       | 1              | 4     | <b>3,6</b>   |
| NR       | 20           | 0             | 2       | 0              | 22    | <b>20,0</b>  |
| total    | 89           | 11            | 9       | 1              | 110   | <b>100,0</b> |

Tableau 33 : Répartition des nouveaux patients par mode de contamination et pays de naissance (%)

En 2019, une contamination materno-fœtale a été enregistrée.

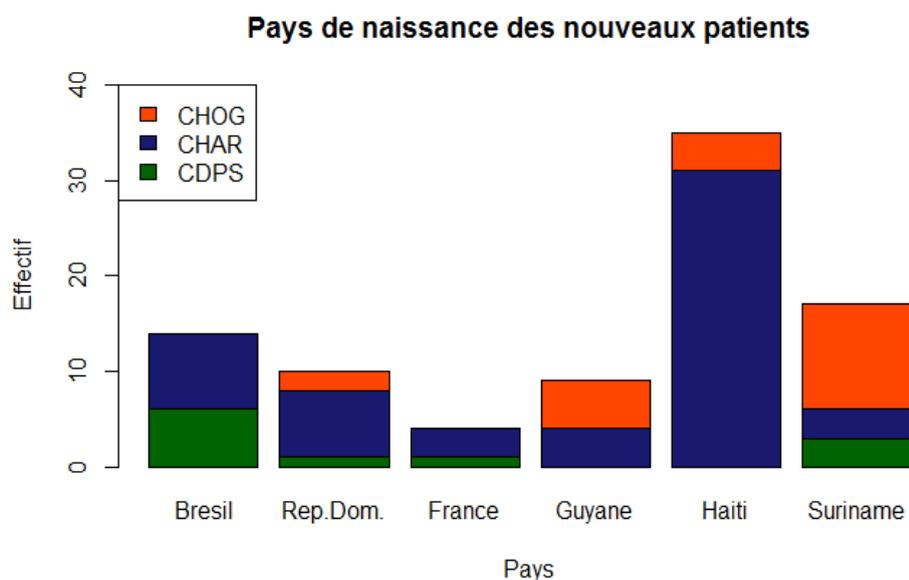


Figure 30 : Pays de naissance des nouveaux patients 2019

Les pays de naissances des nouveaux patients 2019, est assez similaire à la file active globale des patients par secteur. Au CHAR les patients sont majoritairement nés à Haïti, au CHOG ils sont nés au Suriname et dans les CDPS les patients sont nés au Brésil où au Suriname.

### 2.3.3.2. Caractéristiques médicales des nouveaux patients

#### Stade du diagnostic

| Stade    | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|----------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|          | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Non Sida | 70   | 93,3  | 29   | 82,9  | 99    | 90,0  |
| Sida     | 5    | 6,7   | 6    | 17,1  | 11    | 10,0  |
| Total    | 75   | 100,0 | 35   | 100,0 | 110   | 100,0 |

Tableau 34 : Stade au diagnostic des nouveaux patients

| CD4_depistage | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|---------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|               | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| <200          | 12   | 21,8  | 9    | 34,6  | 21    | 25,9  |
| 200-350       | 11   | 20,0  | 3    | 11,5  | 14    | 17,3  |
| 350-500       | 14   | 25,5  | 5    | 19,2  | 19    | 23,5  |
| >500          | 18   | 32,7  | 9    | 34,6  | 27    | 33,3  |
| total         | 55   | 100,0 | 26   | 100,0 | 81    | 100,0 |

Tableau 35 : CD4 au dépistage des nouveaux patients 2019

En 2019, 10% des nouveaux diagnostics se sont fait au stade sida et 26% des nouveaux patients avaient moins de 200 CD4. Le diagnostic demeure encore tardif et notamment au CHOG où 17% étaient au stade Sida et 35% des patients avaient moins de 200 CD4. Au CHAR 7% étaient au stade Sida et 22% des nouveaux patients avaient moins de 200 CD4 au diagnostic. Cependant il faut souligner que c'est un progrès car habituellement à Cayenne

c'est autour de 30% qui avaient moins de 200 CD4 et à Saint Laurent c'est près de la moitié. Ce signe encourageant, s'il se confirme, est peut être un reflet des progrès réalisés dans l'atteinte des réservoirs d'infections non diagnostiquées. Par ailleurs après des vagues de nouveaux patients en 2016-2017 il semble que le nombre de nouveaux patients se tasse. Ceci devra être confronté aux DO VIH.

### **✚ Délais de mise sous traitement**

La durée médiane de mise sous traitement après diagnostic de VIH chez les nouveaux patients était de 22 jours. La durée médiane de mise sous traitement suite au dépistage est 24 jours au CHOG et de 20 jours au CHAR. Les efforts d'amélioration des parcours de soins ces dernières années avec des accompagnements physiques notamment associatifs, des patients dépistés, seraient un des éléments expliquant ces données encourageantes.

### **✚ Motif de changement thérapeutique**

| Motif d'arrêt de traitement        | CHAR | CHOG | % prop |
|------------------------------------|------|------|--------|
| Simplification thérapeutique       | 21,1 | 15,8 | 36,8   |
| Fin de grossesse                   | 15,8 | 5,3  | 21,1   |
| Décision du patient                | 0,0  | 10,5 | 10,5   |
| Echec immunologique ET virologique | 5,3  | 0,0  | 5,3    |
| Fin de traitement                  | 5,3  | 0,0  | 5,3    |
| Interaction médicamenteuse         | 5,3  | 0,0  | 5,3    |
| Autres motifs thérapeutiques       | 5,3  | 0,0  | 5,3    |
| Toxicité hépatique                 | 5,3  | 0,0  | 5,3    |
| Traitement provisoire              | 5,3  | 0,0  | 5,3    |
| Total                              | 68,4 | 31,6 | 100,0  |

Tableau 36 : Motif de changement de traitement des nouveaux patients en 2019

On remarque que le 2eme motif de changement de traitement des nouveaux patients est la fin de grossesse, pour rappel 10% des nouveaux diagnostics ont eu lieu dans le cadre des suivis de grossesse.

### **✚ Stratégie thérapeutique**

| Stratégie thérapeutique   | CHAR | CHOG | total |
|---|------|------|-------|
| Biktarvy  | 38,1 | 11,9 | 50,0  |
| Genvoya   | 1,2  | 11,9 | 13,1  |
| Darunavir (Prezista) + Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Norvir | 10,7 | 0,0  | 10,7  |
| Eviplera  | 7,1  | 1,2  | 8,3   |
| Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Tivicay                       | 3,6  | 0,0  | 3,6   |
| Odefsey   | 3,6  | 0,0  | 3,6   |
| Triumeq   | 1,2  | 2,4  | 3,6   |
| Juluca  | 2,4  | 0,0  | 2,4   |
| Abacavir / Lamivudine (Kivexa) + Tivicay                            | 1,2  | 0,0  | 1,2   |
| Kalétra + Retrovir  | 1,2  | 0,0  | 1,2   |
| Efavirenz/Emtricitabine/Ténofovir (Atripla)                         | 1,2  | 0,0  | 1,2   |
| Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Norvir + Reyataz              | 0,0  | 1,2  | 1,2   |
| Total   | 71,4 | 28,6 | 100,0 |

Tableau 37 : Les stratégies thérapeutiques les plus fréquentes (%)

## 2.3.4. Les infections opportunistes

### 2.3.4.1. Tuberculose

L'ensemble des données présentées restent à consolider.

Entre 2015 et 2019, 57 cas de tuberculoses ont été enregistrés dans le logiciel Nadis.

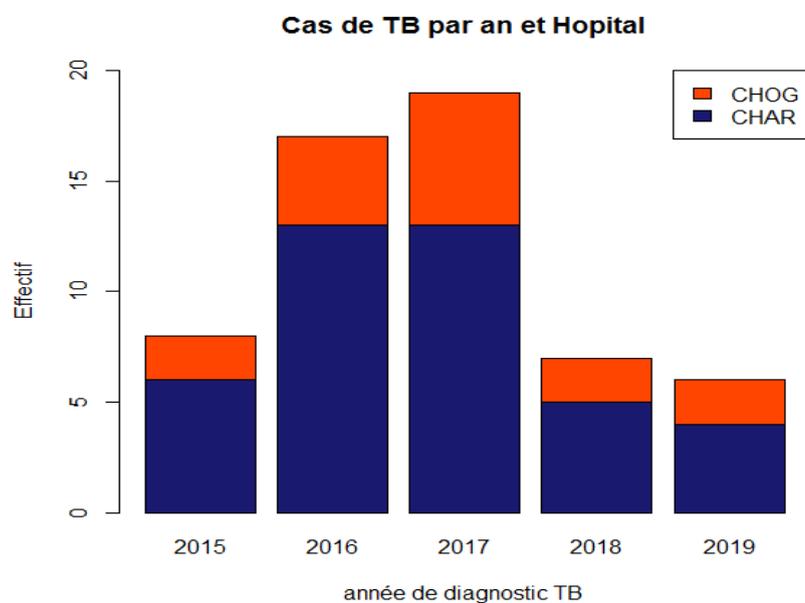


Figure 31 : Répartition des cas de tuberculose par an et hôpital

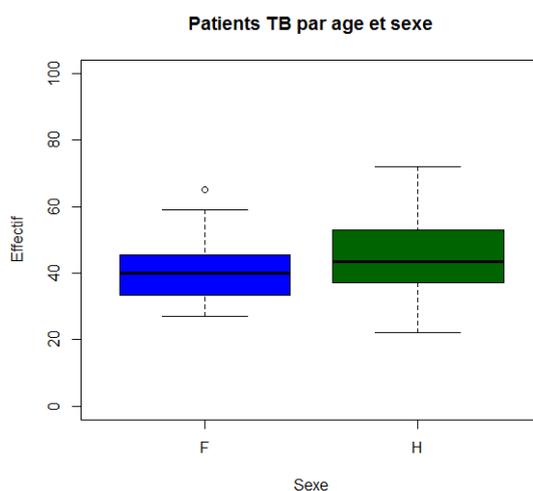


Figure 32 : Répartition des patients par sexe et âge

L'âge médian des patients atteints de TB entre 2015-2019 était de 42 ans et 65% des patients avaient entre 30-49 ans. Le sexe ratio H/F est de 1.5.

| Date de diagnostic VIH | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 | 2015-2019 | Total     |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Haïti                  | 1         | 0         | 1         | 0         | 1         | 15        | 18        |
| Suriname               | 0         | 0         | 1         | 5         | 2         | 3         | 11        |
| NR                     | 1         | 0         | 0         | 1         | 0         | 6         | 8         |
| Bresil                 | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 7         | 7         |
| Guyana                 | 0         | 0         | 1         | 1         | 0         | 3         | 5         |
| France                 | 0         | 1         | 1         | 1         | 1         | 0         | 4         |
| GF                     | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         |
| Colombie               | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1         |
| Rep. Dom               | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         |
| <b>Total</b>           | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>4</b>  | <b>8</b>  | <b>6</b>  | <b>36</b> | <b>57</b> |

Tableau 38 : Répartition des patients par année de diagnostic VIH et pays de naissance.

Parmi les 57 cas de TB enregistrés sur Nadis entre 2015 et 2019, 36 patients soit 63% avaient eu un diagnostic VIH entre 2015-2019. Ces patients étaient pour 31,5% nés à Haïti et 19% au Suriname.

Le nombre de cas de TB a véritablement augmenté entre 2015-2019 correspondants probablement aux vagues migratoires qui ont eu lieu en Guyane en 2015.

| Situation    | CHAR        | CHOG        | Total        |
|--------------|-------------|-------------|--------------|
| Ailleurs     | 5.3         | 0.0         | 5.3          |
| DCD          | 3.5         | 7.0         | 10.5         |
| PDV          | 5.3         | 5.3         | 10.5         |
| Suivi        | 57.9        | 15.8        | 73.7         |
| <b>Total</b> | <b>71.9</b> | <b>28.1</b> | <b>100.0</b> |

Tableau 39 : Situation actuelle des patients TB

Parmi les patients ayant eu une TB, 74% d'entre eux sont toujours suivis en 2019, 10.5% sont DCD et 10.5% sont perdus de vus.

#### 2.3.4.2. Les histoplasmoses

Entre 2015-2019, 58 cas d'histoplasmoses ont été enregistrés dans le logiciel Nadis.

| anne_diag    | CHAR      | CHOG      | Total     |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| 2015         | 12        | 5         | 17        |
| 2016         | 10        | 9         | 19        |
| 2017         | 7         | 4         | 11        |
| 2018         | 2         | 4         | 6         |
| 2019         | 2         | 3         | 5         |
| <b>Total</b> | <b>33</b> | <b>25</b> | <b>58</b> |

Tableau 40 : Répartition des cas par hôpital

Durant les années 2016-2017, 62% des cas ont été diagnostiqués.

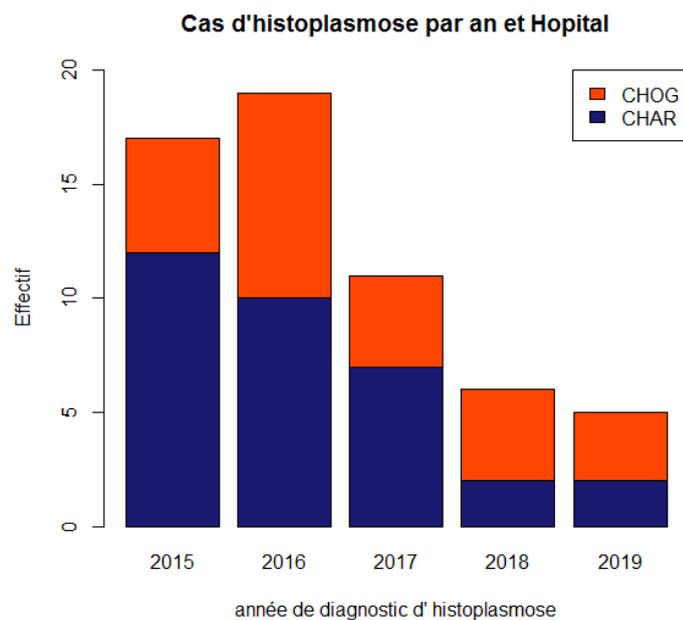


Figure 33 : Répartition des histoplasmoses par an et par hôpitaux

Répartition des cas par hôpital et année de diagnostic. La baisse importante des cas d'histoplasmose est sans doute fortement liée aux progrès en terme de précocité du dépistage du VIH.

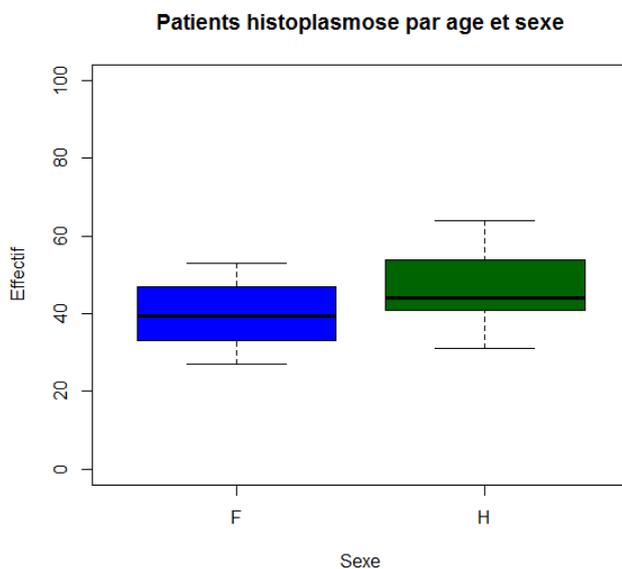


Figure 34 : Répartition des patients histoplasmose par âge et sexe

La répartition des patients par tranche d'âge indique que 65.5% des patients ayant eu une histoplasmose entre 2015-2019 avaient entre 30-49 ans, l'âge médian était de 44 ans.

| Date de diagnostic VIH | 1990- 1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 | 2015-2019 | Total |
|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Brésil                 | 0          | 0         | 0         | 0         | 8         | 9         | 17    |
| Suriname               | 0          | 0         | 1         | 1         | 3         | 11        | 16    |
| NR                     | 0          | 0         | 1         | 1         | 1         | 5         | 8     |
| Haiti                  | 0          | 1         | 1         | 0         | 1         | 4         | 7     |
| France                 | 0          | 0         | 1         | 0         | 0         | 2         | 3     |
| Guyana                 | 0          | 0         | 0         | 1         | 1         | 1         | 3     |
| GF                     | 1          | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 2     |
| Guinée-Bissau          | 0          | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 1     |
| Autre                  | 0          | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1     |
| Total                  | 1          | 1         | 5         | 4         | 15        | 32        | 58    |

Tableau 41 : Répartition des patients histoplasmoses par pays de naissance et année de diagnostic vih

Parmi les patients ayant eu une histoplasmosse, 29% étaient nés au Brésil et 28% au Suriname.

| Situation    | CHAR      | CHOG      | Total     |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Ailleurs     | 4         | 2         | 6         |
| DCD          | 1         | 3         | 4         |
| PDV          | 5         | 6         | 11        |
| Suivi        | 23        | 14        | 37        |
| <b>Total</b> | <b>33</b> | <b>25</b> | <b>58</b> |

Tableau 42 : Situation actuelle des patients ayant eu une histoplasmosse

La situation actuelle des patients ayant eu un diagnostic d'histoplasmosse entre 2015-2019 montrait que 64% d'entre eux sont toujours suivis, 19% sont perdus de vue et 7% sont décédés.

#### 2.3.4.3. Les autres infections opportunistes

Entre 2015 et 2019, 304 infections opportunistes ont été enregistrées. L'âge médian des patients était de 42 ans (max :72, min :19).

| Délai IO et date vih | CHAR | CHOG | Total | total (%) |
|----------------------|------|------|-------|-----------|
| [0,1]                | 89   | 58   | 147   | 48,4      |
| (1,5]                | 25   | 17   | 42    | 13,8      |
| (5,10]               | 38   | 15   | 53    | 17,4      |
| (10,15]              | 19   | 12   | 31    | 10,2      |
| (15,20]              | 7    | 15   | 22    | 7,2       |
| (20,25]              | 4    | 2    | 6     | 2,0       |
| (25,30]              | 3    | 0    | 3     | 1,0       |
| Total                | 185  | 119  | 304   | 100,0     |

Tableau 43 : Délai en année entre le diagnostic de l'IO et la date de VIH

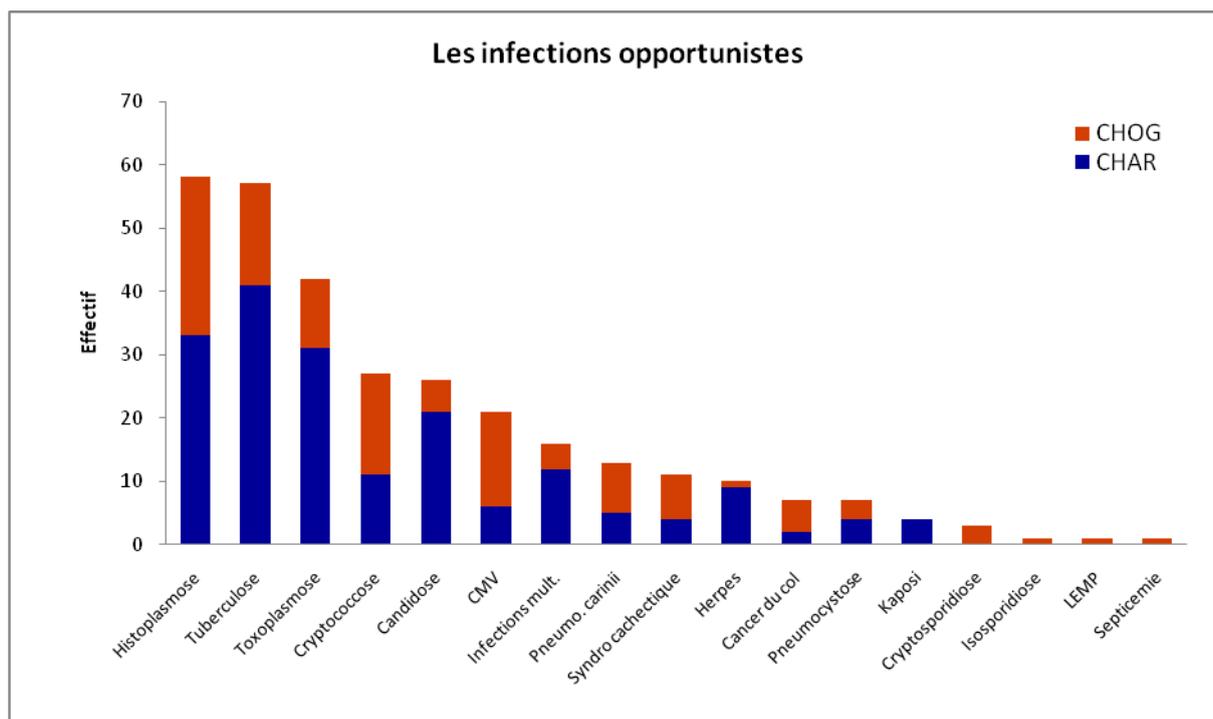


Figure 35 : Les principales infections opportunistes entre 2015 et 2019.

| Infections opportunistes                | CHAR |       | CHOG |       | Total |
|---|------|-------|------|-------|-------|
|   | n    | %     | n    | %     |       |
| Histoplasmosis                          | 33   | 17,8  | 25   | 21    | 58    |
| Tuberculose                             | 41   | 22,2  | 16   | 13,4  | 57    |
| Toxoplasmosis                           | 31   | 16,8  | 11   | 9,2   | 42    |
| Cryptococcosis                          | 12   | 6,5   | 14   | 11,8  | 26    |
| Candidose œsophagienne                  | 21   | 11,4  | 5    | 4,2   | 26    |
| Maladies a CMV                          | 6    | 3,2   | 14   | 11,8  | 20    |
| Infections multiples                    | 12   | 6,5   | 4    | 3,4   | 16    |
| Pneumonie a Pneumocystis carinii        | 5    | 2,7   | 8    | 6,7   | 13    |
| Syndrome cachectique                    | 4    | 2,2   | 7    | 5,9   | 11    |
| Herpes autre & génital >1 mois          | 9    | 4,9   | 1    | 0,8   | 10    |
| Cancer invasif du col                   | 2    | 1,1   | 5    | 4,2   | 7     |
| Pneumocystose                           | 4    | 2,2   | 3    | 2,5   | 7     |
| Sarcome de Kaposi cutané                | 4    | 2,2   | 0    | 0,0   | 4     |
| Cryptosporidiose intestinale >1 mois    | 0    | 0,0   | 3    | 2,5   | 3     |
| Isosporidiose intestinale >1 mois       | 0    | 0,0   | 1    | 0,8   | 1     |
| LEMP                                    | 0    | 0,0   | 1    | 0,8   | 1     |
| Pneumonie récurrente (autres bactéries) | 1    | 0,5   | 0    | 0,0   | 1     |
| Septicémie a candida                    | 0    | 0,0   | 1    | 0,8   | 1     |
| Total                                   | 185  | 100,0 | 119  | 100,0 | 304   |

Tableau 44 : Répartition des IO par hôpital

Le classement des IO indique que l’histoplasmosis persiste en tête devant la tuberculose et la toxoplasmosis. On remarque que les infections à cryptocoque et les maladies à CMV sont fréquemment retrouvées au CHOG. Cette épidémiologie des infections opportunistes est tout à fait singulière par rapport à la France hexagonale et même aux Antilles.

| Infections opportunistes                | Suriname    | Haiti       | Brésil      | France     | Guyana     | GF         | Autre       | Total      |
|---|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| Histoplasmose                           | 16          | 7           | 17          | 3          | 3          | 2          | 10          | 58         |
| Tuberculose                             | 11          | 18          | 7           | 4          | 5          | 2          | 10          | 57         |
| Toxoplasmose                            | 12          | 9           | 4           | 0          | 3          | 4          | 10          | 42         |
| Cryptococcose                           | 9           | 4           | 2           | 5          | 1          | 2          | 3           | 26         |
| Candidose œsophagienne                  | 6           | 4           | 6           | 3          | 2          | 1          | 4           | 26         |
| Maladies a CMV                          | 7           | 1           | 1           | 5          | 1          | 1          | 4           | 20         |
| Infections multiples                    | 5           | 4           | 4           | 2          | 0          | 0          | 1           | 16         |
| Pneumonie a Pneumocystis carinii        | 9           | 1           | 1           | 0          | 0          | 0          | 2           | 13         |
| Syndrome cachectique                    | 4           | 0           | 5           | 0          | 0          | 1          | 1           | 11         |
| Herpes autre & génital>1 mois           | 1           | 3           | 2           | 1          | 1          | 2          | 0           | 10         |
| Cancer invasif du col                   | 4           | 0           | 1           | 0          | 1          | 0          | 1           | 7          |
| Pneumocystose                           | 2           | 0           | 0           | 4          | 0          | 0          | 1           | 7          |
| Sarcome de Kaposi cutané                | 0           | 1           | 0           | 1          | 0          | 0          | 2           | 4          |
| Cryptosporidiose intestinale >1 mois    | 3           | 0           | 0           | 0          | 0          | 0          | 0           | 3          |
| Isosporidiose intestinale >1 mois       | 0           | 0           | 0           | 0          | 1          | 0          | 0           | 1          |
| LEMP                                    | 0           | 1           | 0           | 0          | 0          | 0          | 0           | 1          |
| Pneumonie récurrente (autres bactéries) | 0           | 0           | 0           | 1          | 0          | 0          | 0           | 1          |
| Septicémie a candida                    | 0           | 1           | 0           | 0          | 0          | 0          | 0           | 1          |
| <b>Total</b>                            | <b>89</b>   | <b>54</b>   | <b>50</b>   | <b>29</b>  | <b>18</b>  | <b>15</b>  | <b>49</b>   | <b>304</b> |
| <b>Total (%)</b>                        | <b>29,3</b> | <b>17,8</b> | <b>16,4</b> | <b>9,5</b> | <b>5,9</b> | <b>4,9</b> | <b>16,1</b> | <b>100</b> |

Tableau 45 : Les infections opportunistes par pays de naissance des patients

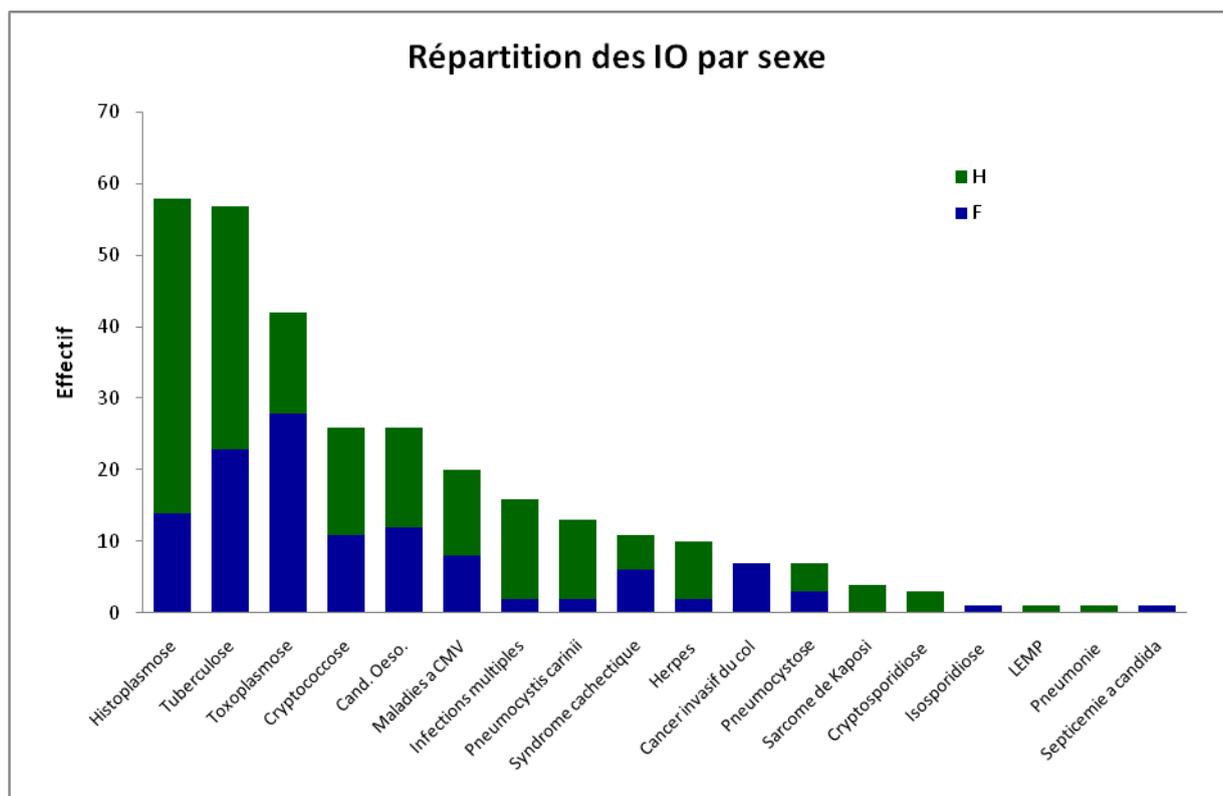


Figure 36 : Répartition des IO par sexe

Le sexe ratio H/F des IO est globalement de 1.5, avec quelques particularités pour certaines pathologies, comme l’histoplasmose pour laquelle le sexe ratio est de 3 hommes pour une femme ou la toxoplasmose ou le sexe ratio est de 2 femmes pour un homme.

| Infections opportunistes                | Suivi       | PDV         | DCD         | Ailleurs   | Total      |
|---|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Tuberculose                             | 42          | 6           | 6           | 3          | 57         |
| Cryptococcose                           | 16          | 4           | 4           | 2          | 26         |
| Maladies a CMV                          | 13          | 4           | 3           | 0          | 20         |
| Cancer invasif du col                   | 4           | 1           | 2           | 0          | 7          |
| Candidose oesophagienne                 | 22          | 2           | 1           | 1          | 26         |
| Cryptosporidiose intestinale >1 mois    | 3           | 0           | 0           | 0          | 3          |
| Herpes autre &genital>1 mois            | 9           | 1           | 0           | 0          | 10         |
| Histoplasmose                           | 37          | 11          | 4           | 6          | 58         |
| Isosporidiose intestinale >1 mois       | 1           | 0           | 0           | 0          | 1          |
| Sarcome de Kaposi cutane                | 4           | 0           | 0           | 0          | 4          |
| LEMP                                    | 1           | 0           | 0           | 0          | 1          |
| Infections multiples                    | 10          | 1           | 4           | 1          | 16         |
| Syndrome cachectique                    | 3           | 4           | 3           | 1          | 11         |
| Toxoplasmose                            | 33          | 5           | 1           | 3          | 42         |
| Pneumocystose                           | 5           | 0           | 2           | 0          | 7          |
| Pneumonie a Pneumocystiscarinii         | 9           | 2           | 1           | 1          | 13         |
| Pneumonie recurrente (autres bacteries) | 1           | 0           | 0           | 0          | 1          |
| Septicemie a candida                    | 1           | 0           | 0           | 0          | 1          |
| Total (%)                               | 214         | 41          | 31          | 18         | 304        |
| Total (%)                               | <b>70,4</b> | <b>13,5</b> | <b>10,2</b> | <b>5,9</b> | <b>100</b> |

Tableau 46 : Répartition des patients en fonction de leur situation actuelle

### 2.3.5. Les décès

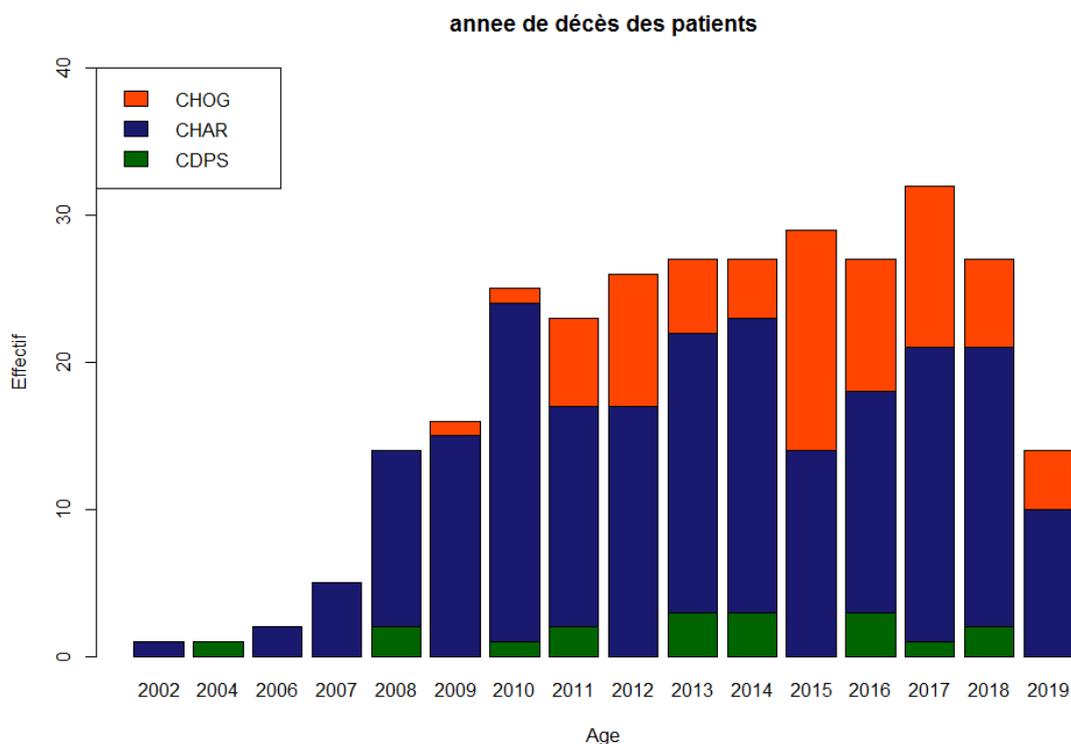


Figure 37 : Répartition des patients décédés par année de décès

Depuis 2002, 296 patients infectés par le VIH sont décédés.

| Année de décès | CDPS | CHAR | CHOG | Total |
|----------------|------|------|------|-------|
| 2002           | 0    | 1    | 0    | 1     |
| 2004           | 1    | 0    | 0    | 1     |
| 2006           | 0    | 2    | 0    | 2     |
| 2007           | 0    | 5    | 0    | 5     |
| 2008           | 2    | 12   | 0    | 14    |
| 2009           | 0    | 15   | 1    | 16    |
| 2010           | 1    | 23   | 1    | 25    |
| 2011           | 2    | 15   | 6    | 23    |
| 2012           | 0    | 17   | 9    | 26    |
| 2013           | 3    | 19   | 5    | 27    |
| 2014           | 3    | 20   | 4    | 27    |
| 2015           | 0    | 14   | 15   | 29    |
| 2016           | 3    | 15   | 9    | 27    |
| 2017           | 1    | 20   | 11   | 32    |
| 2018           | 2    | 19   | 6    | 27    |
| 2019           | 0    | 10   | 4    | 14    |
| Total          | 18   | 207  | 71   | 296   |

Tableau 47 : Tableau de répartition des patients par année de décès

En 2019, 14 patients sont décédés, 10 au CHAR et 4 au CHOG.

| délai année DC-année VIH | CDPS | CHAR | CHOG | Total | Total (%) |
|--------------------------|------|------|------|-------|-----------|
| 0-1                      | 3    | 33   | 27   | 63    | 21,4      |
| 2-5                      | 4    | 37   | 12   | 53    | 18,0      |
| 6-10                     | 4    | 47   | 14   | 65    | 22,1      |
| 11-15                    | 3    | 42   | 13   | 58    | 19,7      |
| 16-20                    | 2    | 22   | 5    | 29    | 9,9       |
| 21-25                    | 2    | 19   | 0    | 21    | 7,1       |
| 26-30                    | 0    | 5    | 0    | 5     | 1,7       |
| Total                    | 18   | 205  | 71   | 294   | 100,0     |
| Total (%)                | 6,1  | 69,7 | 24,1 | 100   |           |

Tableau 48 : Délai entre la date de VIH et la date de décès par secteur

On observe que 21% des patients sont décédés à 1 an du diagnostic VIH, reflet probable de dépistages encore trop tardifs au stade sida.

#### 2.3.5.1. Les décès en 2019

| Tranche âge | CHAR | CHOG | Total |
|-------------|------|------|-------|
| 15-29       | 7.1  | 0.0  | 7.1   |
| 30-39       | 7.1  | 7.1  | 14.3  |
| 40-49       | 28.6 | 0.0  | 28.6  |
| 50-59       | 7.1  | 14.3 | 21.4  |
| 60-69       | 14.3 | 0.0  | 14.3  |
| 70-79       | 7.1  | 7.1  | 14.3  |
| Total       | 71.4 | 28.6 | 100.0 |

Tableau 49 : Les patients décédés en 2019 par tranche d'âge

Le tableau ci-dessous montre que 50% des patients décédés avaient entre 40 et 59 ans, on déplore des décès toujours très précoces.

| Motif de décès                    | CHAR |      | CHOG |      | Total |       |
|-----------------------------------|------|------|------|------|-------|-------|
|                                   | n    | %    | n    | %    | n     | %     |
| Accident vasculaire cérébral      | 1    | 7,1  | 0    | 0,0  | 1     | 7,1   |
| Autre                             | 4    | 28,6 | 2    | 14,3 | 6     | 42,9  |
| Autre pathologie cardiovasculaire | 2    | 14,3 | 0    | 0,0  | 2     | 14,3  |
| Indéterminé                       | 3    | 21,4 | 0    | 0,0  | 3     | 21,4  |
| Lié au VIH                        | 0    | 0,0  | 2    | 14,3 | 2     | 14,3  |
| Total                             | 10   | 71,4 | 4    | 28,6 | 14    | 100,0 |

Tableau 50 : Les catégories de décès en 2019

### 2.3.6. Les patients suivis en ville

La file active de patients suivis par le Dr. Magnien est estimée à 388 patients. Historiquement Dr. Magnien a pris en charge des patients en hospitalier et en cabinet de ville, permettant notamment d'assurer le suivi pour de nombreux patients ressentant une stigmatisation et discrimination importante par l'offre de soins hospitalière. Aujourd'hui son activité est uniquement extra hospitalière. Nous ne disposons d'aucune information permettant de caractériser le profil de patients suivis. La possibilité d'un accès Nadis/Domevih en cabinet de ville permettrait de caractériser sa file active. Ce projet a été suspendu dans l'attente d'un dossier partagé unique patient qui tarde à voir le jour.

**Un des enjeux majeurs en Guyane, est de pouvoir collecter les données épidémiologiques de ces patients suivis en extra hospitalier** afin notamment de mieux renseigner la donnée « perdu de vue ». Par le passé plusieurs tentatives pour formaliser un réseau « ville hôpital » ont été entreprises. Ces initiatives sont très spécifiques. Elles demandent un appui institutionnel important (Conseil de l'Ordre, ARS, CSSG...) et des financements pérennes souvent « hors cadre » (la mise à disposition de l'outil TROD auprès des médecins généralistes a demandé une convention spéciale longue à obtenir). Cependant s'il est vrai que le temps de mise en place d'actions spécifiques « hors les murs » est important, cela paraît être désormais une nécessité absolue : l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique avec des traitements très efficaces et bien tolérés, en Guyane les difficultés de transport sont majeurs avec des quartiers et communes isolés, dans les services de soins les cliniciens notent que les patients aspirent à être suivis en ville pour nombreux d'entre eux, des patients nous « échappent » dans nos bases de données et parcours de soins...

**Le COREVIH nécessite pour atteindre cet objectif le recrutement d'un TEC supplémentaire, au moins dans les premières années (actions de collecte des données, d'appuis techniques, de formations...).**

### III. Les hépatites

#### 3.1. Les données globales

| Type hep. | CHAR | CHOG | Total | Total (%) |
|-----------|------|------|-------|-----------|
| VHB       | 652  | 293  | 945   | 84,1      |
| VHC       | 127  | 31   | 158   | 14,1      |
| VHC&VHB   | 18   | 3    | 21    | 1,9       |
| Total     | 797  | 327  | 1 124 | 100,0     |
| Total (%) | 70,9 | 29,1 | 100,0 |           |

Tableau 51 : Répartition des types d'hépatites par lieu de suivi

#### Les hépatites et co-infections VIH

| co-infections   | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|-----------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                 | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| VHB             | 542  | 68,0  | 245  | 74,9  | 787   | 70,0  |
| VHB & VIH       | 110  | 13,8  | 48   | 14,7  | 158   | 14,1  |
| VHC             | 80   | 10,0  | 18   | 5,5   | 98    | 8,7   |
| VHC & VIH       | 47   | 5,9   | 13   | 4,0   | 60    | 5,3   |
| VHB & VHC       | 13   | 1,6   | 2    | 0,6   | 15    | 1,3   |
| VHB & VHC & VIH | 5    | 0,6   | 1    | 0,3   | 6     | 0,5   |
| Total           | 797  | 100,0 | 327  | 100,0 | 1 124 | 100,0 |

Tableau 52 : Les co-infections VIH-hépatites

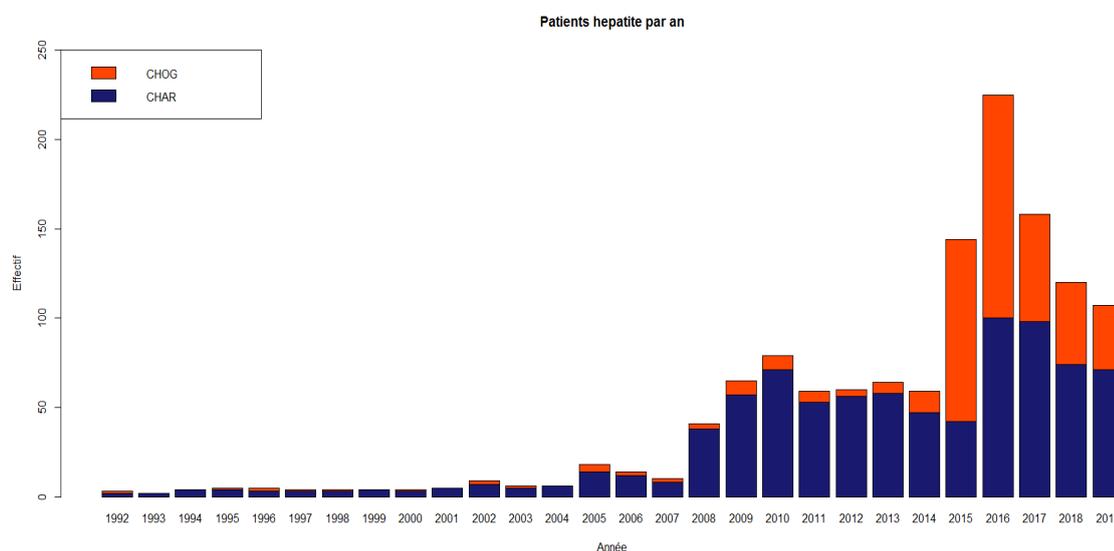


Figure 38 : Répartition des patients par an pour le CHAR et le CHOG

| Hôpital   | F    | H    | THF | Total | sexe ratio |
|-----------|------|------|-----|-------|------------|
| CHAR      | 280  | 570  | 0   | 850   | 2,0        |
| CHOG      | 231  | 202  | 1   | 434   | 0,9        |
| Total     | 511  | 772  | 1   | 1 284 | 1,5        |
| Total (%) | 39,8 | 60,1 | 0,1 | 100,0 |            |

Tableau 53 : Répartition des patients hépatites par sexe

| Pays_naiss       | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                  | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Haïti            | 202  | 53,3  | 39   | 13,9  | 241   | 36,5  |
| Surinam          | 31   | 8,2   | 133  | 47,3  | 164   | 24,8  |
| Guyane française | 8    | 2,1   | 38   | 13,5  | 46    | 7,0   |
| Guyana           | 31   | 8,2   | 13   | 4,6   | 44    | 6,7   |
| France           | 26   | 6,9   | 12   | 4,3   | 38    | 5,8   |
| Brésil           | 19   | 5,0   | 6    | 2,1   | 25    | 3,8   |
| Chine            | 8    | 2,1   | 14   | 5,0   | 22    | 3,3   |
| Guinée-Bissau    | 20   | 5,3   | 0    | 0,0   | 20    | 3,0   |
| Laos             | 1    | 0,3   | 12   | 4,3   | 13    | 2,0   |
| Rep.Dom.         | 4    | 1,1   | 4    | 1,4   | 8     | 1,2   |
| Dominique (ile)  | 0    | 0,0   | 5    | 1,8   | 5     | 0,8   |
| Sénégal          | 4    | 1,1   | 0    | 0,0   | 4     | 0,6   |
| Autres           | 25   | 6,6   | 5    | 1,8   | 30    | 4,5   |
| Total            | 379  | 100,0 | 281  | 100,0 | 660   | 100,0 |

Tableau 54 : Répartition des patients hépatites par pays de naissance

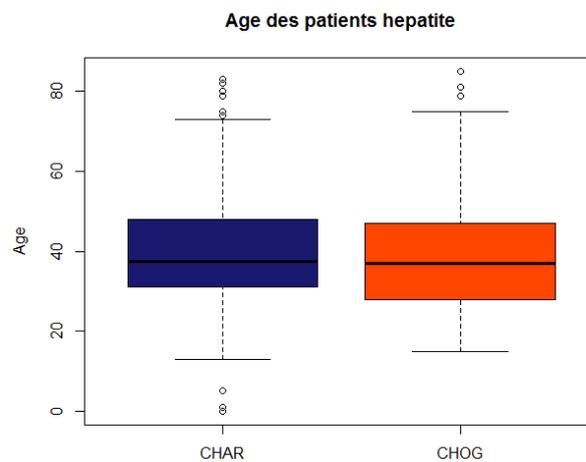


Figure 39 : Répartition des patients suivis par âge et hôpital

L'âge médian des patients était de 37 ans pour les 2 hôpitaux (0- 85)

### 3.1.1. Les hépatites B

| Mode conta VHB         | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                        | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Inconnu                | 291  | 63,7  | 59   | 25,3  | 350   | 50,7  |
| Séjours zone endémique | 61   | 13,3  | 100  | 42,9  | 161   | 23,3  |
| Orig. Zone endémique   | 19   | 4,2   | 57   | 24,5  | 76    | 11,0  |
| Transmission sexuelle  | 66   | 14,4  | 5    | 2,1   | 71    | 10,3  |
| Materno-foetale        | 9    | 2,0   | 6    | 2,6   | 15    | 2,2   |
| Autre                  | 3    | 0,7   | 6    | 2,6   | 9     | 1,3   |
| Transfusé              | 3    | 0,7   | 0    | 0,0   | 3     | 0,4   |
| Tatouage               | 2    | 0,4   | 0    | 0,0   | 2     | 0,3   |
| Acupuncture            | 1    | 0,2   | 0    | 0,0   | 1     | 0,1   |
| Autre nosocomiale      | 1    | 0,2   | 0    | 0,0   | 1     | 0,1   |
| Toxicomane IV          | 1    | 0,2   | 0    | 0,0   | 1     | 0,1   |
| Total                  | 457  | 100,0 | 233  | 100,0 | 690   | 100,0 |

Tableau 55 : Mode de contamination par le VHB

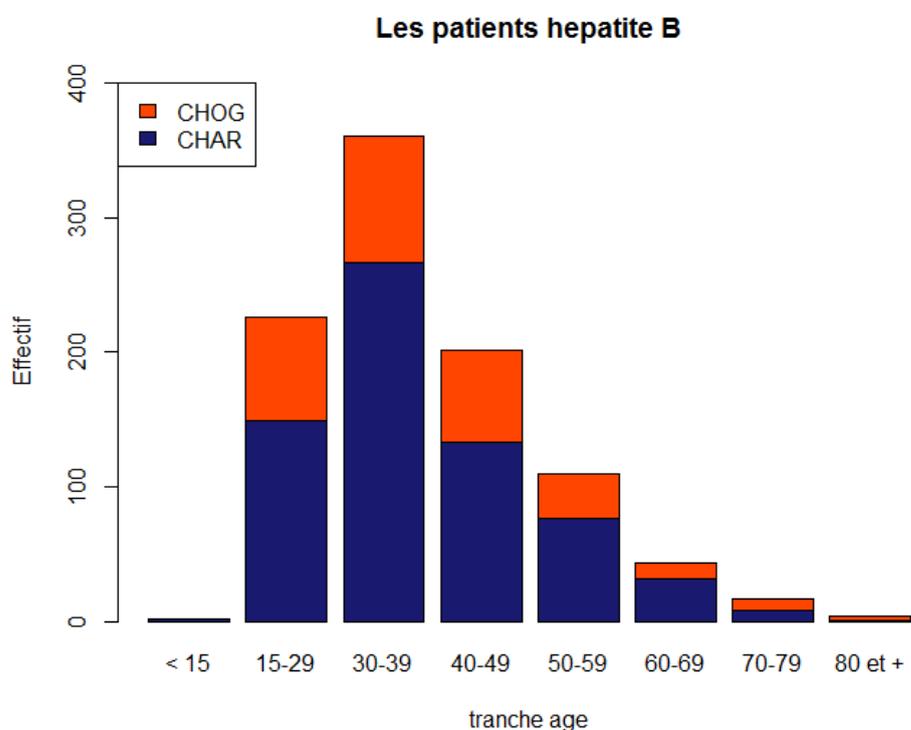


Figure 40 : Répartition des patients VHB par tranche d'âge et sexe

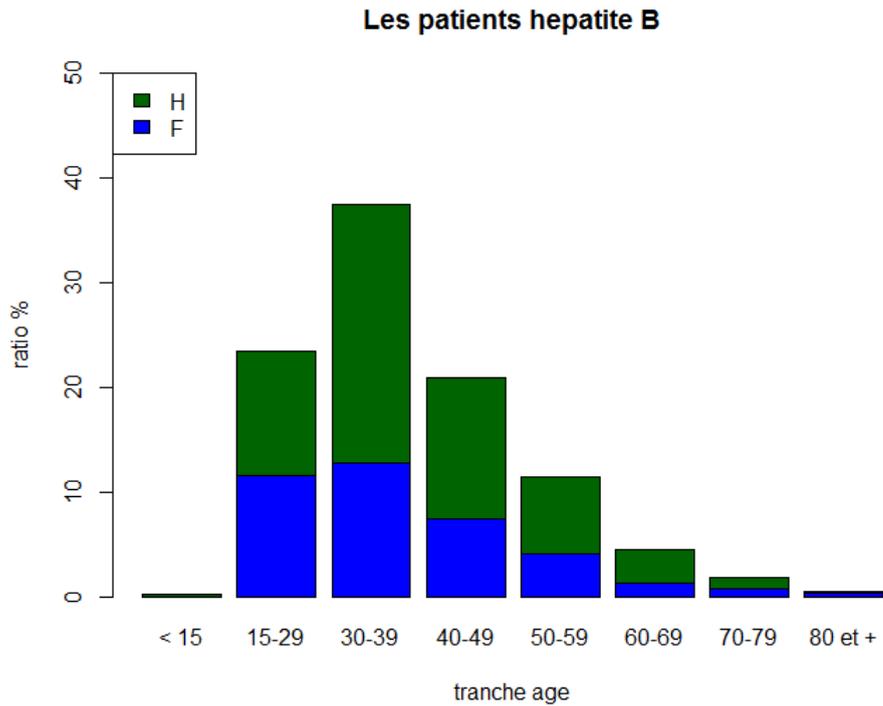


Figure 41 : Répartition des patients VHB par tranche d'âge et sexe (ratio %)

### 3.1.2. Les hépatites C

| Mode de conta VHC        | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|--------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                          | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Inconnu                  | 63   | 49,2  | 17   | 53,1  | 80    | 50,0  |
| Toxicomane IV            | 20   | 15,6  | 6    | 18,8  | 26    | 16,3  |
| Transfusé                | 13   | 10,2  | 4    | 12,5  | 17    | 10,6  |
| Transmission sexuelle    | 15   | 11,7  | 1    | 3,1   | 16    | 10,0  |
| Autre                    | 4    | 3,1   | 0    | 0,0   | 4     | 2,5   |
| Tatouage                 | 4    | 3,1   | 0    | 0,0   | 4     | 2,5   |
| Orig. Zone endémique     | 1    | 0,8   | 2    | 6,3   | 3     | 1,9   |
| Séjours zone endémique   | 1    | 0,8   | 2    | 6,3   | 3     | 1,9   |
| Toxicomanie intra-nasale | 3    | 2,3   | 0    | 0,0   | 3     | 1,9   |
| Autre nosocomiale        | 2    | 1,6   | 0    | 0,0   | 2     | 1,3   |
| Chirurgie lourde         | 1    | 0,8   | 0    | 0,0   | 1     | 0,6   |
| Materno-foetale          | 1    | 0,8   | 0    | 0,0   | 1     | 0,6   |
| Total                    | 128  | 100,0 | 32   | 100,0 | 160   | 100,0 |

Tableau 56 : Mode de contamination par le VHC

## 3.2. Les patients hépatites en 2019

### 3.2.1. Données globales des patients suivis en 2019

| Type hep. | CHAR | CHOG | Total | Total (%) |
|-----------|------|------|-------|-----------|
| VHB       | 262  | 98   | 360   | 88,5      |
| VHC       | 27   | 12   | 39    | 9,6       |
| VHC&VHB   | 7    | 1    | 8     | 2,0       |
| Total     | 296  | 111  | 407   | 100,0     |
| Total (%) | 72,7 | 27,3 | 100,0 |           |

Tableau 57 : Répartition des patients hépatites suivis en 2019

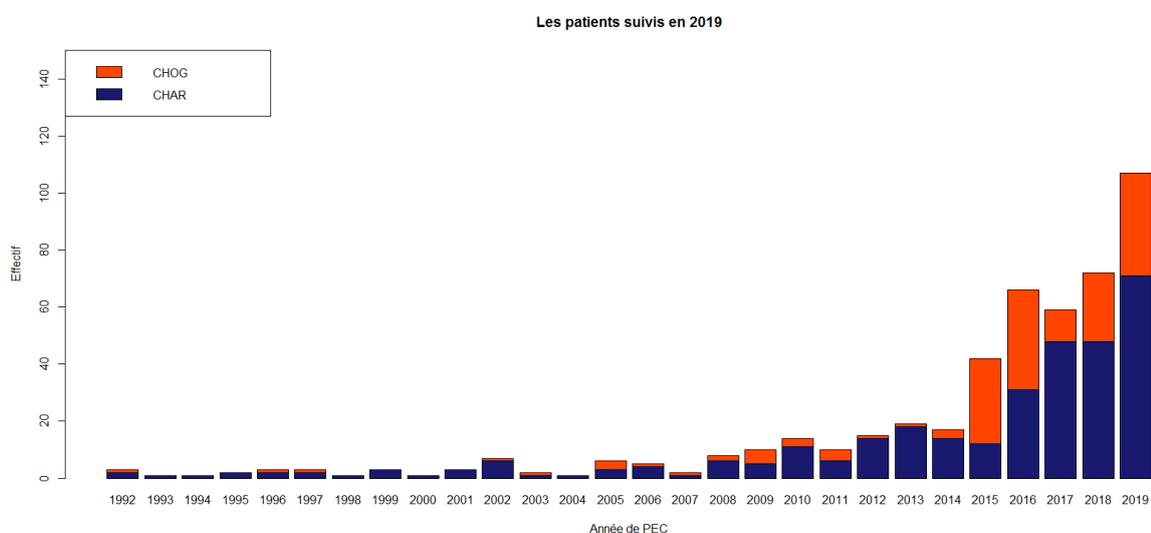


Figure 42 : Année de PEC des patients suivis en 2019

### + Répartition par sexe

| Hôpital   | F    | H    | THF | Total | sexe ratio |
|-----------|------|------|-----|-------|------------|
| CHAR      | 110  | 208  | 0   | 318   | 1,9        |
| CHOG      | 84   | 80   | 1   | 165   | 1,0        |
| Total     | 194  | 288  | 1   | 483   | 1,5        |
| Total (%) | 40,2 | 59,6 | 0,2 | 100,0 |            |

Tableau 58 : Répartition des patients par sexe et lieu de suivi

## Pays de naissance

| Pays de naissance | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|-------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                   | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Haïti             | 111  | 51,9  | 16   | 16,2  | 127   | 40,6  |
| Surinam           | 16   | 7,5   | 57   | 57,6  | 73    | 23,3  |
| Guyana            | 15   | 7,0   | 5    | 5,1   | 20    | 6,4   |
| France            | 15   | 7,0   | 2    | 2,0   | 17    | 5,4   |
| Guyane Fr         | 6    | 2,8   | 11   | 11,1  | 17    | 5,4   |
| Brésil            | 13   | 6,1   | 2    | 2,0   | 15    | 4,8   |
| Guinée-Bissau     | 13   | 6,1   | 0    | 0,0   | 13    | 4,2   |
| Chine             | 4    | 1,9   | 4    | 4,0   | 8     | 2,6   |
| Rep. Dom          | 4    | 1,9   | 0    | 0,0   | 4     | 1,3   |
| Sénégal           | 2    | 0,9   | 0    | 0,0   | 2     | 0,6   |
| Autres            | 15   | 7,0   | 2    | 2,0   | 17    | 5,4   |
| Total             | 214  | 100,0 | 99   | 100,0 | 313   | 100,0 |

Tableau 59 : Pays de naissance des patients suivis en 2019

## Mode de contamination

### ❖ Hépatite B

| Mode de conta. VHB     | CHAR |       | CHOG |       | Total |       |
|------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                        | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Inconnu                | 97   | 57,1  | 23   | 26,7  | 120   | 46,9  |
| Séjours zone endémique | 35   | 20,6  | 32   | 37,2  | 67    | 26,2  |
| Orig. Zone endémique   | 9    | 5,3   | 23   | 26,7  | 32    | 12,5  |
| Transmission sexuelle  | 24   | 14,1  | 3    | 3,5   | 27    | 10,5  |
| Autre                  | 1    | 0,6   | 4    | 4,7   | 5     | 2,0   |
| Materno-foetale        | 2    | 1,2   | 1    | 1,2   | 3     | 1,2   |
| Toxicomane IV          | 1    | 0,6   | 0    | 0,0   | 1     | 0,4   |
| Transfusé              | 1    | 0,6   | 0    | 0,0   | 1     | 0,4   |
| Total                  | 170  | 100,0 | 86   | 100,0 | 256   | 100,0 |

Tableau 60 : Mode de contamination par le VHB des patients suivis en 2019

Les modes de contaminations par le VHC ne seront pas abordées compte tenu du manque d'exhaustivité des saisies, les interprétations des résultats ne sont pas possibles.

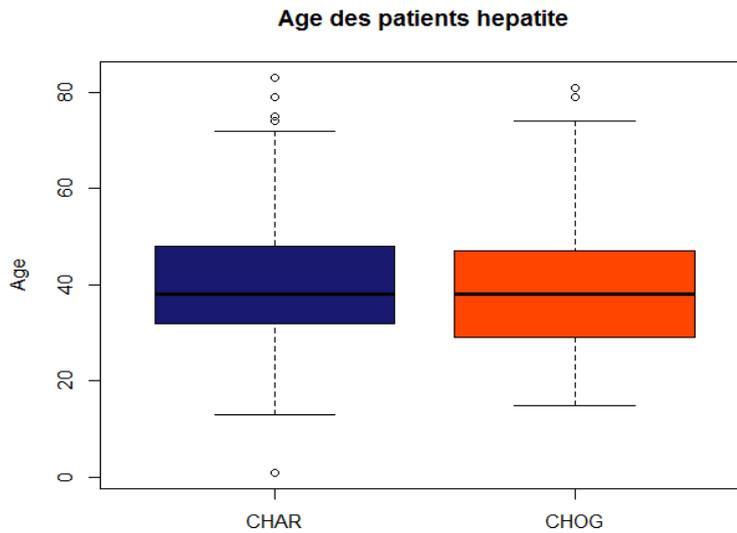


Figure 43 : Les patients suivis pour une hépatite

L'âge médian des patients suivis en 2019 que ce soit au CHAR ou au CHOG est de 40 ans (1-83).

### **Tranche d'âge et sexe**

| Tranche d'âge | F   | H   | THF | Total | Sexe ratio |     |
|---------------|-----|-----|-----|-------|------------|-----|
| <15           | 1   | 1   | 0   | 2     | 0,4        | 1,0 |
| 15-29         | 45  | 43  | 1   | 89    | 18,4       | 1,0 |
| 30-39         | 65  | 111 | 0   | 176   | 36,4       | 1,7 |
| 40-49         | 46  | 66  | 0   | 112   | 23,2       | 1,4 |
| 50-59         | 21  | 39  | 0   | 60    | 12,4       | 1,9 |
| 60-69         | 6   | 19  | 0   | 25    | 5,2        | 3,2 |
| 70-79         | 8   | 9   | 0   | 17    | 3,5        | 1,1 |
| >80           | 2   | 0   | 0   | 2     | 0,4        | 0,0 |
| Total         | 194 | 288 | 1   | 483   | 100,0      | 1,5 |

Tableau 61 : Répartition des patients suivis pour hépatites par sexe et tranche d'âge

### 3.2.2. Les patients suivis pour un VHB en 2019

En 2019, 44 nouveaux patients ont été nouvellement diagnostiqués pour une hépatite B

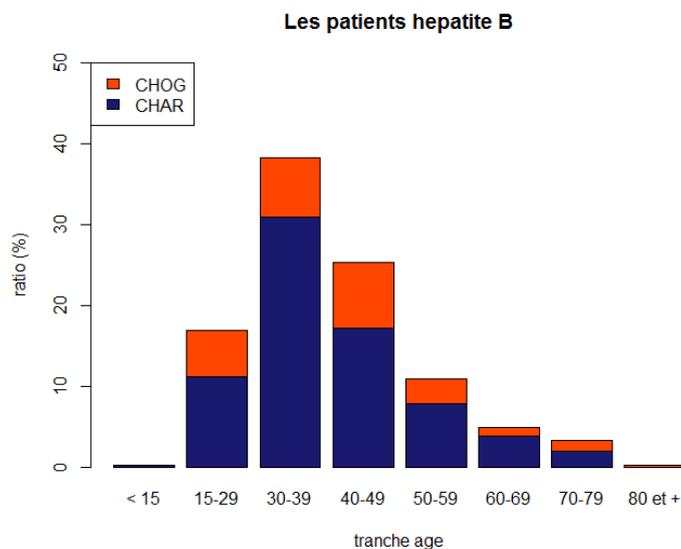


Figure 44 : Répartition des patients suivis par tranche âge et secteur

73% des patients VHB sont suivis au CHAR. Une grande proportion des patients suivis ont entre 30-39 ans (38%).

38% des patients suivis avaient entre 30-39 ans.

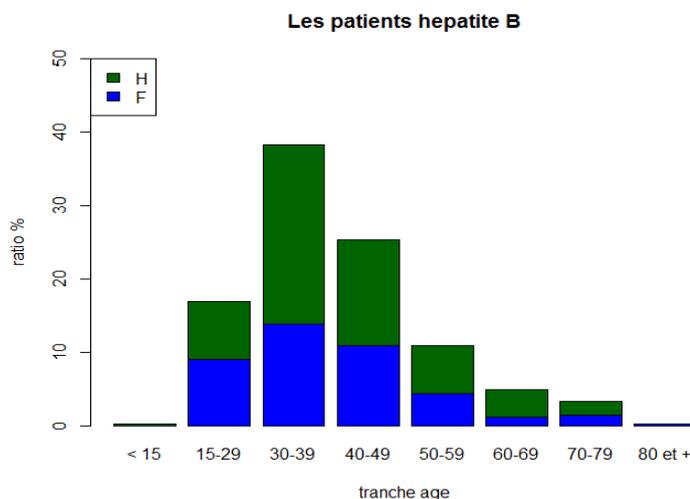


Figure 45 : Répartition des patients 2019 par tranche d'âge et sexe

Globalement on observe plus d'homme suivis que de femme, le sexe ratio est de 1.5.

## IV. Les autres Infections sexuellement transmissibles

Depuis le passage de la lutte antivénérienne à l'Etat en 2006, il n'y a que très peu de chiffres sur les IST.

On sait qu'en 2008-2009 il y a eu une épidémie de syphilis, pour les IST on ne connaît pas les taux de base et alors que la PREP monte en charge il est important d'être vigilant pour repérer une recrudescence des IST face à une moindre utilisation du préservatif.

### 4.1. La Syphilis

Les données proviennent du laboratoire de l'hôpital de Cayenne, les données du CHOG n'ont pas pu être transmises dans les délais.

| Tranche d'âge | A     |     | F     |     |       | M     |     |       | Total  |     |       |
|---------------|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-----|-------|--------|-----|-------|
| Tranche d'âge | nég   | pos | nég   | pos | % pos | nég   | pos | % pos | nég    | pos | % pos |
| <15           | 1 573 | 0   | 938   | 8   | 0,9   | 805   | 0   | 0,0   | 3 316  | 8   | 0,2   |
| 15-29         | 105   | 1   | 2 769 | 39  | 1,4   | 1 133 | 74  | 6,5   | 4 007  | 114 | 2,8   |
| 30-39         | 42    | 0   | 1 958 | 36  | 1,8   | 1 025 | 61  | 6,0   | 3 025  | 97  | 3,2   |
| 40-49         | 24    | 2   | 840   | 14  | 1,7   | 798   | 36  | 4,5   | 1 662  | 52  | 3,1   |
| 50-59         | 10    | 0   | 418   | 6   | 1,4   | 650   | 30  | 4,6   | 1 078  | 36  | 3,3   |
| 60-69         | 4     | 0   | 242   | 8   | 3,3   | 425   | 22  | 5,2   | 671    | 30  | 4,5   |
| 70-79         | 1     | 0   | 134   | 6   | 4,5   | 157   | 25  | 15,9  | 292    | 31  | 10,6  |
| >=80          | 0     | 0   | 69    | 6   | 8,7   | 55    | 0   | 0,0   | 124    | 6   | 4,8   |
| Total         | 1 759 | 3   | 7 368 | 123 | 1,7   | 5 048 | 248 | 4,9   | 14 175 | 374 | 2,6   |

Tableau 62 : Répartition des dépistages syphilis par sexe et tranche d'âge

Le sexe ratio du dépistage de la syphilis est de 0.7, avec 5% des hommes dépistés positifs et 2% chez les femmes.

Quel que soit l'âge on observe que la proportion de positifs est supérieure chez les hommes que chez les femmes.

| Lieu         | négatif | positif | Total  | % pos |
|--------------|---------|---------|--------|-------|
| CHAR         | 11 756  | 330     | 12 086 | 2,7   |
| Maripasoula  | 1 050   | 13      | 1 063  | 1,2   |
| St Georges   | 534     | 26      | 560    | 4,6   |
| Papaïchton   | 341     | 2       | 343    | 0,6   |
| Camopi       | 187     | 1       | 188    | 0,5   |
| Cacao        | 81      | 0       | 81     | 0,0   |
| Iracoubo     | 65      | 1       | 66     | 1,5   |
| Regina       | 52      | 1       | 53     | 1,9   |
| Talhuen      | 50      | 0       | 50     | 0,0   |
| Antecum Pata | 31      | 0       | 31     | 0,0   |
| Grand Santi  | 13      | 0       | 13     | 0,0   |
| Saul         | 10      | 0       | 10     | 0,0   |
| Apatou       | 2       | 0       | 2      | 0,0   |
| Kaw          | 2       | 0       | 2      | 0,0   |
| SLM          | 1       | 0       | 1      | 0,0   |
| Total        | 14 175  | 374     | 14 549 | 2,6   |

Tableau 63 : Répartition des résultats de syphilis par service demandeur au CHAR

## 4.2. Les infections à chlamydia

| tranche âge | A   |     | F     |     |       | M     |     |      | total |     |       |
|-------------|-----|-----|-------|-----|-------|-------|-----|------|-------|-----|-------|
|             | neg | pos | neg   | pos | % pos | neg   | pos | %pos | neg   | pos | % pos |
| <15         | 0   | 2   | 104   | 24  | 18,8  | 9     | 0   | 0,0  | 113   | 26  | 18,7  |
| 15-29       | 29  | 3   | 1 259 | 168 | 11,8  | 426   | 36  | 7,8  | 1 714 | 207 | 10,8  |
| 30-39       | 19  | 0   | 902   | 30  | 3,2   | 389   | 32  | 7,6  | 1 310 | 62  | 4,5   |
| 40-49       | 4   | 0   | 332   | 2   | 0,6   | 270   | 12  | 4,3  | 606   | 14  | 2,3   |
| 50-59       | 1   | 0   | 123   | 2   | 1,6   | 202   | 7   | 3,3  | 326   | 9   | 2,7   |
| 60-69       | 0   | 0   | 27    | 0   | 0,0   | 94    | 0   | 0,0  | 121   | 0   | 0,0   |
| 70-79       | 0   | 0   | 5     | 0   | 0,0   | 25    | 0   | 0,0  | 30    | 0   | 0,0   |
| >=80        | 0   | 0   | 0     | 0   | 0,0   | 5     | 0   | 0,0  | 5     | 0   | 0,0   |
| Total       | 53  | 5   | 2 752 | 226 | 7,6   | 1 415 | 87  | 5,8  | 4 225 | 318 | 7,0   |

Tableau 64 : Répartition des dépistages chlamydia au CHAR

| Tranche âge | négatif | positif | Total | % pos |
|-------------|---------|---------|-------|-------|
| <15         | 2       | 0       | 2     | 0,0   |
| 15-29       | 273     | 58      | 331   | 17,5  |
| 30-39       | 141     | 18      | 159   | 11,3  |
| 40-49       | 73      | 4       | 77    | 5,2   |
| 50-59       | 21      | 0       | 21    | 0,0   |
| 60-69       | 4       | 0       | 4     | 0,0   |
| 70-79       | 1       | 0       | 1     | 0,0   |
| >=80        | 0       | 0       | 0     | -     |
| Total       | 515     | 80      | 595   | 13,4  |

Tableau 65 : Répartition des patients dépistés pour le chlamydia au Ceggid du CHOG

Le sexe ratio des personnes dépistés pour le chlamydia était 0.5, avec un taux de positivité chez les femmes de 7.5 contre 6 chez les hommes.

| Ville                | négatif | positif | Total | % pos |
|----------------------|---------|---------|-------|-------|
| Cayenne              | 1 984   | 145     | 2 129 | 6,8   |
| Matoury              | 633     | 28      | 661   | 4,2   |
| St Laurent du Maroni | 534     | 82      | 616   | 13,3  |
| Maripasoula          | 413     | 37      | 450   | 8,2   |
| Remire Montjoly      | 241     | 13      | 254   | 5,1   |
| St Georges           | 208     | 9       | 217   | 4,1   |
| Macouria             | 177     | 18      | 195   | 9,2   |
| UCSA                 | 160     | 24      | 184   | 13,0  |
| Papaïchton           | 129     | 7       | 136   | 5,1   |
| Camopi               | 40      | 5       | 45    | 11,1  |
| Roura                | 32      | 6       | 38    | 15,8  |
| Kourou               | 36      | 0       | 36    | 0,0   |
| Talhuen              | 25      | 0       | 25    | 0,0   |
| Montsinery           | 19      | 6       | 25    | 24,0  |
| Trois Sauts          | 17      | 4       | 21    | 19,0  |
| CACAO                | 15      | 2       | 17    | 11,8  |
| REGINA               | 13      | 3       | 16    | 18,8  |
| AUTRE                | 14      | 0       | 14    | 0,0   |
| IRACOUBO             | 8       | 2       | 10    | 20,0  |
| ANTECUME PATA        | 7       | 0       | 7     | 0,0   |
| MANA                 | 4       | 0       | 4     | 0,0   |
| GRAND SANTI          | 2       | 0       | 2     | 0,0   |
| APATOU               | 2       | 0       | 2     | 0,0   |
| SINNAMARY            | 2       | 0       | 2     | 0,0   |
| SAUL                 | 1       | 0       | 1     | 0,0   |
| Total                | 4 716   | 391     | 5 107 | 7,7   |

Tableau 66 : Répartition des dépistages chlamydia au CHAR par secteur de d'habitation des patients

Le tableau 65 collige les données recueillies par le laboratoire du CHAR, le CEGIDD du CHOG.

L'ensemble des résultats provenant du CEGIDD\_CHOG ont été affectés à St Laurent du Maroni

### 4.3. Les infections gonococciques

| Tranche age | A   |     |                 | F    |     |                 | M    |     |                 | Total |     |                 |
|-------------|-----|-----|-----------------|------|-----|-----------------|------|-----|-----------------|-------|-----|-----------------|
|             | neg | pos | %<br><i>pos</i> | neg  | pos | %<br><i>pos</i> | neg  | pos | %<br><i>pos</i> | neg   | pos | %<br><i>pos</i> |
| <15         | 1   | 1   | 50,0            | 126  | 2   | 1,6             | 8    | 1   | 11,1            | 135   | 4   | 2,9             |
| >=80        | 0   | 0   | -               | 0    | 0   | -               | 5    | 0   | 0,0             | 5     | 0   | 0,0             |
| 15-29       | 30  | 2   | 6,3             | 1307 | 40  | 3,0             | 435  | 27  | 5,8             | 1772  | 69  | 3,7             |
| 30-39       | 19  | 0   | 0,0             | 888  | 6   | 0,7             | 409  | 9   | 2,2             | 1316  | 15  | 1,1             |
| 40-49       | 4   | 0   | 0,0             | 326  | 1   | 0,3             | 276  | 2   | 0,7             | 606   | 3   | 0,5             |
| 50-59       | 1   | 0   | 0,0             | 125  | 0   | 0,0             | 205  | 0   | 0,0             | 331   | 0   | 0,0             |
| 60-69       | 0   | 0   | -               | 27   | 0   | 0,0             | 94   | 0   | 0,0             | 121   | 0   | 0,0             |
| 70-79       | 0   | 0   | -               | 5    | 0   | 0,0             | 25   | 0   | 0,0             | 30    | 0   | 0,0             |
| Total       | 55  | 3   | 5,2             | 2804 | 49  | 1,7             | 1457 | 39  | 2,6             | 4316  | 91  | 2,1             |

Tableau 67 : Répartition des dépistages gonocoque au CHAR par sexe et tranche d'âge

| Tranche age | neg | pos | %<br><i>pos</i> |
|-------------|-----|-----|-----------------|
| <15         | 2   | 0   | 0,0             |
| >=80        | 301 | 58  | 16,2            |
| 15-29       | 155 | 18  | 10,4            |
| 30-39       | 73  | 4   | 5,2             |
| 40-49       | 21  | 0   | 0,0             |
| 50-59       | 5   | 0   | 0,0             |
| 60-69       | 1   | 0   | 0,0             |
| 70-79       | 0   | 0   | -               |
| Total       | 558 | 80  | 12,5            |

Tableau 68 : Répartition par tranche d'âge des dépistages gonocoque au CEGIDD du CHOG

| Ville                | Négatif | Positif | Total | % pos |
|----------------------|---------|---------|-------|-------|
| Cayenne              | 1 978   | 21      | 1 999 | 1,1   |
| Matoury              | 644     | 5       | 649   | 0,8   |
| Maripasoula          | 432     | 25      | 457   | 5,5   |
| Remire Montjoly      | 244     | 4       | 248   | 1,6   |
| Macouria             | 190     | 0       | 190   | 0,0   |
| St Geogres           | 96      | 5       | 101   | 5,0   |
| UCSA                 | 73      | 1       | 74    | 1,4   |
| Papaïchton           | 59      | 2       | 61    | 3,3   |
| Camopi               | 44      | 1       | 45    | 2,2   |
| Roura                | 35      | 3       | 38    | 7,9   |
| Kourou               | 33      | 0       | 33    | 0,0   |
| Montsinery           | 22      | 0       | 22    | 0,0   |
| St Laurent du Maroni | 18      | 3       | 21    | 14,3  |
| Regina               | 17      | 0       | 17    | 0,0   |
| Autres               | 15      | 0       | 15    | 0,0   |
| Cacao                | 12      | 2       | 14    | 14,3  |
| Talhuen              | 10      | 0       | 10    | 0,0   |
| Trois Sauts          | 10      | 0       | 10    | 0,0   |
| Iracoubo             | 5       | 0       | 5     | 0,0   |
| Mana                 | 4       | 0       | 4     | 0,0   |
| Antecum Pata         | 3       | 0       | 3     | 0,0   |
| Apatou               | 2       | 0       | 2     | 0,0   |
| Sinnamary            | 2       | 0       | 2     | 0,0   |
| Grand Santi          | 1       | 0       | 1     | 0,0   |
| Saul                 | 1       | 0       | 1     | 0,0   |
| Total                | 3 950   | 72      | 4 022 | 1,8   |

Tableau 69 : Répartition des dépistages gonocoque au CHAR par secteur de d'habitation des patients

Si le COREVIH progresse dans la qualité des données relatives au VIH, notamment grâce au recrutement récent d'un data manager qui appuie le travail majeur des TEC, de nombreux enjeux demeurent : collecter et traiter les données VIH extra hospitalière, les données de Kourou, les données des hépatites, des IST... et cela sur tout le territoire.

Pour lutter efficacement contre les épidémies il faut les connaître : cet objectif, d'importance majeure, ne peut être réalisé que par le recrutement de TEC supplémentaires dans les années à venir au sein du COREVIH.

## V. Les enjeux COREVIH Guyane

Les enjeux stratégiques dans la lutte contre le VIH en Guyane se situent tout au long de la chaîne des services liés à la prise en charge.

A tous les niveaux de cette chaîne des insuffisances demeurent. De plus selon les zones géographiques guyanaises, des différences opérationnelles sont constatées et elles évoluent dans le temps.

Ainsi, si des progrès considérables ont été menés dans les centres de santé ces dernières années, notamment par l'augmentation des ressources humaines dédiées à la prise en charge des infections liées au VIH et aux hépatites, alors que l'Ouest guyanais connaît désormais des difficultés de prise en charge par manque de médecins.



Figure 46 : Chaîne de services liés à la prise en charge du VIH

### 5.1. La prévention primaire

Elle vise l'ensemble des mesures qui poussent aux changements de comportements afin d'éviter les nouvelles infections et/ou la gravité de la maladie liée au virus.

La Cour des Comptes dans son rapport de juillet 2019 a montré des difficultés globales : des campagnes de communication insuffisamment évaluées, des messages longtemps non adaptés aux groupes les plus à risques, des informations et des actions envers les « jeunes » très insuffisantes...

En Guyane, la prévention universelle et orientée envers des groupes à risque connaît des problèmes plus spécifiques : turn-over très important des acteurs déjà en sous-effectifs, diversité des populations demandant des outils de prévention adaptés et multiples, urgences sanitaires successives mettant à certains moments en standby les efforts consacrés à la prévention, différences territoriales marquées notamment par des offres de soins très inégales (ex : l'offre de Prep et TASP absentes dans certaines zones), une population globalement « précaire », aux nationalités diverses maîtrisant mal ou peu le français entraînant et une difficulté d'accès aux nouveaux moyens de communications couteux (ex : internet) et un décalage entre les campagnes financées au national et la réalité guyanaise (messages nationaux de prévention en français non adaptés aux enjeux guyanais).

La prévention est un axe stratégique important à développer, surtout dans un contexte sanitaire fragile. Permettre à la population des informations adaptées et des outils faciles d'accès, peut aider celle-ci à améliorer son état de santé : aller vers un dépistage plus précoce, utilisation du TASP, de la PREP... Mais la prévention a un coût humain et financier, et elle ne s'improvise pas. Depuis de nombreuses années ceux sont des acteurs peu formés et motivés qui œuvrent dans le domaine de la prévention, ils ont par ailleurs d'autres missions (ex : acteurs associatifs, personnel soignant...). On comprend alors que la prévention passe au second plan quand il faut déjà assurer les soins, accompagner des patients dans des démarches sociales et administratives longues et compliquées...

La motivation des acteurs guyanais peut donner l'impression que la prévention est présente et bien ancrée dans le territoire. Mais en réalité, aucune stratégie sur le long terme n'est opérée. Les grands événements (sidaction, journée mondiale du SIDA...) donnent un rythme annuel, mais les objectifs régulièrement soulignés dans les plans de lutte contre le VIH ne sont pas conduits, encore moins évalués.

La prévention c'est un peu tout le monde par la grande motivation que la lutte contre le VIH suscite, mais personne à la fois quand il s'agit d'évaluer son impact, de tirer des conclusions pour améliorer les axes définis de prévention et aller vers d'autres actions, objectifs. D'ailleurs, les moyens financiers et humains consacrés à la prévention sont répartis de façon similaire : un peu partout et nulle part à la fois ; il est très difficile à l'heure actuelle de définir quel budget est alloué spécifiquement à la prévention et le nombre d'acteurs consacrés au volet prévention en Guyane.

La cour des comptes a souligné dans son dernier rapport la confusion dans la gouvernance de certaines missions de lutte contre le VIH, et remet en question la « gestion » de l'animation territoriale en matière de prévention confiée aux Corevih d'autant que ceux-ci ne sont ni formés, ni bailleurs, et occupés par d'autres actions plus urgentes (en Guyane : assurer les soins dans un territoire chroniquement en manque de ressources humaines).

Nous avons constaté et vécu au Corevih Guyane cette difficulté à animer les actions de prévention.

Il est donc urgent d'identifier un, ou des acteurs « responsables » de la prévention avant d'établir de nouveaux plans d'action, qui n'auront comme valeur que de montrer des possibilités, nombreuses, et de souligner la motivation des acteurs. Et la Guyane a des atouts : Guyane Promo Santé pourrait être mis en avant comme chef d'orchestre concentrant des acteurs formés, en liens avec les institutions nationales (Santé Publique France...).

Concernant la PREP il existe des initiatives innovantes et une file active croissante de personnes ayant des risques contrastés. Enfin, malgré les difficultés de changer les comportements, avec plus de 90% des patients sous ARV, le traitement comme prévention a sans doute une action puissante de frein sur l'épidémie en diminuant la durée d'infectivité et

le taux de transmission. Aussi au final l'axe stratégique majeur en termes de prévention de nouvelles infections est l'atteinte du réservoir d'infections cachées.

## 5.2. Le dépistage

C'est l'enjeu majeur pour agir sur l'épidémie, puisqu'un patient dépisté sous ARV et indétectable ne transmet plus le virus. Et à ce jour les traitements sont très puissants et bien tolérés.

La Guyane est la région où la demande de sérologies VIH est la plus élevée. Le taux de positivité y est également le plus élevé (BSP nov. 2019).

Néanmoins, il reste l'enjeu important de dépister le plus tôt possible (encore 1/3 des patients dépistés à un stade tardif, sans amélioration pendant de nombreuses années avec peut être de légers progrès), et d'atteindre les personnes les plus exposées. Et, le TROD même s'il est devenu un outil de dépistage bien connu, ayant montré sa grande efficacité, puisque son taux de positivité est supérieur aux sérologies classiques en laboratoire, reste un outil marginal par le nombre annuel de TROD réalisés. Quant aux autotests quelques centaines vendus par an sur tout le territoire.

Il semble que l'objectif : dépistage une fois par an par habitant est loin d'être atteint, même si la tendance est à l'augmentation de l'activité globale de dépistage. Les laboratoires en Guyane participent au réseau national LaboVIH avec un taux de participation de 12/12. Et les dernières données de ce réseau montrent que plus de la moitié des personnes ayant découvert leur séropositivité n'avait jamais fait de test (BEH nov 2019). Les principaux motifs de dépistage étaient des signes cliniques ou biologiques évocateurs d'une infection au VIH. Ce qui explique que les laboratoires hospitaliers, qui réalisent seulement un quart de la totalité des sérologies en laboratoire, ont un taux de positivité près de 4 fois plus élevé que les laboratoires privés.

Dépister est donc l'enjeu majeur à condition de dépister les séropositifs, d'atteindre l'épidémie cachée. Et cela est un vaste chantier à construire en Guyane qui a eu de grandes difficultés à la mise en place des Cegidd en 2016. Les urgences sanitaires d'époque et la crise sociale qui ont paralysé le département tant dans son opérationnalité que dans sa gouvernance impactent toujours sur les dispositifs et l'offre actuelle des Cegidd, lieux de prévention, de dépistage et de soins.

La priorité pour ces prochaines années est de concevoir sur le territoire une offre de dépistage adaptée, répartie sur l'ensemble du territoire, et disponible aux groupes les plus exposés.

Cela demande en Guyane de lutter contre l'enclavement de certaines populations en allant vers mais aussi en « rentabilisant » l'existant quand on est confronté aux enveloppes budgétaires limitées.

En effet, des lieux de soins privilégiés ont été bien identifiés en Guyane : les services d'urgence, les centres de santé... et il serait important d'y associer des propositions systématiques de dépistage.

L'idéal serait d'ailleurs de proposer du dépistage partout où la santé est au premier plan si l'on veut atteindre l'objectif un test par an pour chaque habitant guyanais. C'est ainsi qu'une équipe mobile de dépistage a vu le jour au centre hospitalier de Cayenne : une infirmière « mobile » soutenue par les équipes de soins en place, « va vers » les patients hospitalisés pour proposer un dépistage du VIH. Cette action vise à sensibiliser au dépistage et à renforcer l'offre actuelle. Elle fait suite aux travaux qui ont montré l'importance des occasions manquées à dépister : des patients infectés en contact avec les soins non dépistés. Cette action reste néanmoins fragile tant sur le plan de son financement à long termes, que dans sa capacité à couvrir les besoins au vu du nombre de patients hospitalisés quotidiennement. Son inscription dans un Cegidd hospitalier, qui reste à construire, pourrait en garantir sa pérennité.

Les centres de Croix-Rouge française sont un excellent modèle d'opportunité à dépister à chaque contact avec les lieux de santé : grâce aux missions de vaccination, ces centres en proposant systématiquement un dépistage des IST est d'une efficacité des plus opérationnelles en matière de dépistage. Et leurs accompagnements individualisés et liens privilégiés avec les centres de soins, permettent une prise en charge rapide en minimisant au maximum les risques de perdus de vue.

Et si les cabinets de médecine libérale peinent à assurer leurs missions de prévention et de soins tant ils sont peu nombreux, ils ont montré par les sérologies prescrites leurs importances phares : les médecins libéraux sont les plus grands « dépisteurs » par les sérologies prescrites, l'utilisation du TROD par les médecins libéraux restant marginale.

Mais alors, permettre des sérologies en laboratoire de ville, sans ordonnance, et sans avance de frais pour les populations les plus précaires pourraient être un atout majeur pour améliorer l'offre de dépistage et en termes de plages horaires consacrées et en termes de disponibilités géographiques. Bien sûr cette possibilité que nous souhaitons, demandera à travailler sur la remise des résultats et l'accompagnement optimal vers les dispositifs de soins.

Ainsi comme pour la prévention, les axes d'amélioration du dépistage existent et sont à mettre en place de manière orchestrée, centralisée pour mieux les évaluer. Cette mission de maillage territoriale du dépistage pourrait être orchestrée par les Cegidd « experts » proposés en 2016 mais jamais réellement mis en place : 3 Cegidd « experts » pour couvrir l'ensemble du territoire : l'île de Cayenne, le bassin kouroucien, l'Ouest Guyanais, les centres de santé seraient quant à eux rattachés aux services de soins auxquels ils font déjà références : ils formeraient des antennes cegidd avec d'autres lieux de dépistage déjà présents.

### 5.3. La prise en charge et le traitement d'une infection chronique

Si la Guyane montre d'excellent taux de succès thérapeutique, ces dernières années ont été particulièrement marquées par le manque d'infectiologues. Kourou puis Saint Laurent du Maroni connaissent des difficultés à accueillir les patients pour une prise en charge « globale ». Le GHT permet de parer aux urgences, crises pour assurer le « plus urgent », mais les acteurs de terrain soulignent légitimement leur grande inquiétude et impuissance face à certaines situations, ou patients les plus vulnérables qui demandent une prise en charge plus conséquente et soutenue.

La télémédecine et téléexpertise appuyées de missions avancées par des équipes médicales déjà en place constituent actuellement l'axe de proposition majeure pour couvrir les besoins. Il sera nécessaire dans le processus de mise en place de « démedicaliser » certains actes et d'assurer des lignes d'astreintes pour aider à tous moments dans les démarches de soins distanciées. Les centres de santé sont déjà un modèle qui bénéficient de ces offres de soins. De même certains services de médecine, bénéficient d'avis d'expert en métropole ou dans les Antilles non disponibles en Guyane.

La pertinence de cette possibilité d'agir à distance quand les ressources humaines manquent n'est plus à prouver. Les gouvernances actuelles, ARS, GHT, CGSS... doivent donc permettre cette offre de soins dans la lutte contre le VIH: c'est une urgence majeure.

D'autant que l'externalisation des soins reste très marginale. Les médecins généralistes sont peu nombreux, peu formés, et esseulés pour accompagner les patients dans leurs démarches sociales et administratives, conditions *sine qua non* à une prise en charge efficace et pérenne. L'HAS a récemment émis des recommandations sur le parcours des patients infectés par le VIH, avec une externalisation vers la médecine ambulatoire des patients indétectables, ayant un statut immunitaire satisfaisant.

En Guyane, des tentatives pour construire ce réseau ambulatoire ont été menés sans réel amélioration pour l'instant. Les multiples missions des Corevih, la confusion des missions entre le Corevih Guyane et le réseau ville-hôpital Kikiwi, des médecins généralistes difficiles à mobiliser pour la formation, le manque de téléexpertise, l'absence d'un dossier médical unique partagé ...expliquent ces balbutiements, qui sont également constatés en métropole. Néanmoins, si les Corevih recentrent leurs missions futures sur les parcours de soins, comme le préconise la Cour des Comptes, un travail renforcé pourrait être mené pour permettre à de nombreux patients d'alterner leur suivi entre la ville et l'hôpital. Cela constitue une attente des patients relevés par les soignants. Il est d'ailleurs important de souligner qu'un médecin libéral proche du CHAR, formé depuis de nombreuses années dans la lutte contre le VIH, possède une file active de près de 300 patients (le Collège Nationale de Médecine Générale émet un chiffre de 2 patients infectés par le VIH suivi par médecin de ville). Il reste néanmoins pour ses patients la nécessité de maintenir le lien avec les centres de référence qui permettent l'expertise, la gestion des comorbidités, les services sociaux, les programmes

d'éducation thérapeutique... Une équipe mobile d'éducation thérapeutique pourrait constituer ce chaînon entre la ville et l'hôpital. Ces équipes mobiles sont déjà actives pour d'autres pathologies (ex : diabète).

Et les consultations d'observance restent très insuffisantes sur tout le territoire au vu des enjeux de maladie chronique qu'est l'infection par le VIH. La cour des comptes, met en exergue le rôle que pourrait jouer les pharmacies de ville pour permettre et/ou renforcer l'observance thérapeutique, d'autant que la quasi-totalité des ARV est désormais délivrée en ville. A ce jour, ce réseau de dispensation d'observance reste à construire.

Cette centralisation des soins, concernent également les services sociaux qui faute de ressources humaines suffisantes n'arrivent pas à absorber les files actives, avec des parcours administratifs et sociaux qui sont rendus encore plus complexes par le manque d'acteurs dédiés. Au CHAR, l'assistante sociale, des 2 services de prise en charge a œuvré seule pendant de nombreux mois.

Et même si les acteurs associatifs jouent un rôle crucial pour aider les services sociaux dans leurs missions, la difficulté des patients à se déplacer, et à maîtriser les circuits opérationnels, les pousse à mettre leur santé au second plan pour régulariser leurs situations.

Les dépassements de tâches sont vite constatés : les consultations d'éducation thérapeutique deviennent quelques fois des relais pour résoudre certaines urgences sociales, les infirmières libérales du réseau Kikiwi couvrent des besoins administratifs...

La encore c'est tout un parcours social à construire en parallèle au parcours de soins, aidé désormais de médiateurs culturels de plus en plus formés et présents. L'enjeu est majeur puisque les ruptures thérapeutiques liés à ces parcours sociaux chaotiques et répétitifs entraînent des résistances aux traitements, des perdus de vue, des retards de prise en charge...

Si les acteurs de dépistage sont de plus en plus sensibilisés à amener vers les soins, en renforçant les accompagnements physiques et en améliorant les partenariats avec les lieux de prise en charge, ramener dans les soins et maintenir les patients perdus de vue demeurent un vaste problème, sans réelle identification des personnes ressources dédiées à cet enjeu, avec des conséquences en termes de morbi-mortalité et de santé publique (propagation du virus) péjoratifs.

Les patients sortant de prison sont un excellent reflet de cette réalité : leur prise en charge en carcérale est des plus optimales. Mais la sortie de prison, souvent précipitée, avec une absence d'accompagnement vers les démarches socio-administratives et médicales, se solde par un nombre de perdus de vue très important. D'autant que ces patients concentrent des comorbidités spécifiques : maladies psychiatriques, addictions...

Des modèles de « gestionnaire de cas », pour les situations complexes de prise en charge, mis en place pour d'autres pathologies, formés à la médiation culturelle, pourraient être une solution à la question du maintien dans le soin. D'autant que ces dernières années ont permis de mettre en place une formation universitaire à la médiation culturelle en Guyane.

Les centres de santé constituent quant à eux un excellent modèle montrant que lorsque les moyens sont mis à disposition, de nettes améliorations sont constatées. La prise en charge dans les centres depuis la mise en place des consultations avancées, organisées, avec du personnel dédié, appuyé par des acteurs locaux identifiés a fait changer les objectifs opérationnels : l'urgence de prise en charge fait peu à peu place aux enjeux de prise en charge de maladie chronique, avec de grands travaux sur les problématiques des populations transfrontalières. Ainsi le travail d'OCS à Saint Georges et des équipes soignantes en place, montre qu'il est possible de garantir des soins optimaux pour des populations mobiles et éloignés des centres de références. Certes il reste encore des défis importants, mais le modèle n'est plus à prouver, seulement à maintenir voire intensifier.

Concernant les comorbidités, enjeu de la prise en charge à l'heure où les ARV sont très efficaces et bien tolérés, nous manquons encore de données spécifiques. Si les infections opportunistes sont bien codifiées dans les dossiers médicaux permettant d'émettre des données annuelles, ce n'est pas le cas pour les IST, les maladies cardiovasculaires, les cancers (notamment les cancers liés aux virus HPV), les maladies rénales dans un contexte de vieillissement de la file active...

L'arrivée récente d'un data manager dans l'équipe du Corevih va permettre de renforcer le travail de veille épidémiologique. Sans données, il est difficile de cibler l'action là où il est nécessaire d'agir et d'en suivre l'évolution. Sans données, il est difficile de solliciter des moyens supplémentaires liés à la chronicité de l'infection (médecins spécialistes, le financement des bilans de synthèse annuels, équipements structurels...).

## **VI. RECHERCHE, ENSEIGNEMENT, TRAVAUX SCIENTIFIQUES**

Le COREVIH accueille depuis plusieurs années des étudiants de médecine (soit en stage dans le service du COREVIH, soit en stage dans d'autres unités) qui par leurs travaux enrichissent les connaissances médicales, épidémiologiques... Les données collectées permettent la publication régulière de travaux scientifiques, de recommandations, de plan régional...

**En 2019, les travaux réalisés :**

- ❖ **Thèse d'Arthur BELLONE**, dirigé par Dr Florence Huber : « Pronostic et devenir des patients infectés par le VIH lors de leur sortie du centre pénitentiaire de Rémire Montjoly ».

Cette thèse s'inscrit dans la continuité de travaux réalisés au centre pénitentiaire de Rémire. Elle donne deux informations principales : une bonne et une mauvaise nouvelle. La

prévalence du VIH au centre pénitentiaire qui était pendant longtemps autour de 4% à considérablement baissé et le profil des patients a changé (patients plus anciens). Certes les décès des personnes VIH se traduisent par une baisse de la prévalence mais ceci suggère aussi que les progrès généraux ont atteint cette population qui est quelque part un prisme sur les personnes les plus à risque. L'information plus décourageante est que malgré la proposition de mise sous traitement systématique et malgré les efforts considérables déployés pour préparer la sortie le taux de perdus de vue n'a pas bougé.

- ❖ **Thèse de Tamara BILLON-GOEDERTIER** dirigée par Emilie Mosnier : « Etat des lieux de l'homophobie chez les jeunes guyanais de 12 à 20 ans et ses conséquences sanitaires »

Cette thèse est une enquête CAP qui fait une photographie des attitudes vis à vie de l'homosexualité en Guyane.

- ❖ **Thèse de Myriam CHIARUZZI** (soutenue en métropole), dirigée par Dr Loïc Epelboin : « Epidémiologie des infections à histoplasme métropolitaine - Etude transversale multicentrique 2007-2018 ».

Cette thèse soutenue en métropole montre que, si l'on considère tous les hôpitaux de France une centaine de cas d'histoplasme disséminée ont été diagnostiqués dont la plupart étaient des patients infectés par le VIH et dont la moitié venaient d'Afrique subsaharienne. Cette dernière donnée est intéressante car elle suggère que le poids de l'histoplasme disséminée en Afrique n'est sans doute pas encore connu.

- ❖ **Thèse de Florence SCHREBER** dirigée par Florence Niemetsky : « Réalisation d'une chaîne d'information médicales vidéographiques guyanaise : de la création à la pérennisation ».

Florent Schreiber a travaillé sur des films sur certaines pathologies typiques de Guyane dont le VIH et ce travail synthétise les leçons apprises de cette expérience.

## VII. CONCLUSION : LE MOT DU PRESIDENT

De ces résultats je retiendrais une amélioration progressive de la cascade de soins, et notamment des progrès dans le dépistage qui suggèrent que malgré les difficultés les acteurs ont une prise sur cette cible évasive qu'est le réservoir d'infections non diagnostiquées.

Il faut cependant faire plus et éviter les occasions ratées de faire un test notamment au moment d'un contact avec le système de santé : hospitalisation, bilan sanguin en ville. Il faut pouvoir proposer de rajouter un test supplémentaire et des contacts seront pris avec les laboratoires, l'ARS, la CGSS pour s'accorder sur les modalités de cette stratégie.

Les « trous d'air » avec départs de praticiens et difficultés à recruter sont fréquents et il est peu probable qu'à l'avenir cela ne soit réglé de façon définitive. Il faut donc envisager, dans le cadre du GHT, des solutions de télé-expertise ou télé-consultations de façon à pouvoir au moins gérer la majorité des patients qui ne posent pas de problèmes et ont une charge virale indétectable. Les modalités doivent d'abord être clairement définies, quels patients quels médecins (faut il en recruter pour gérer à distance), il faut que les passerelles entre les systèmes de gestion des laboratoires et NADIS soient effectives pour que même à distance les médecins aient les éléments du dossier. Même avec le DPI en métropole les CHU utilisent NADIS et sont entrain de mettre en place des passerelles pour que les compte rendus nadis alimentent le DPI. Un autre point technique et l'absence de moyen de communications pour compenser le problème des distances. Une solution semble imminente pour aider la vie du GHT. Ceci sera sans doute très utile pour le COREVIH.

Enfin, avec la stratégie nationale de santé et la promotion de la santé à tous les âges, il est plus que jamais important de se baser sur de l'evidence-based medicine et de l'évidence-based prevention, les données probantes de Santé Publique. Ainsi les éléments de contexte étant énormes en Guyane il faut s'appuyer sur des données objectives, capitaliser sur les interventions qui marchent vérifier leur transférabilité à d'autres contextes. A l'heure du courtage de données de santé les acteurs les décideurs et les chercheurs doivent partager leur résultats pour avancer ensemble vers toujours plus d'efficience.