

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2017



COREVIH Guyane

« Coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine »

*Dépister=>Dépister=>Dépister=>Dépister=>**Dépister !***

COREVIH Guyane

Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon
Avenue des Flamboyants - BP 6006
97306 Cayenne cedex

Téléphone : 0594 39.48.12 & 0594 39 50 25

Télécopie : 0594 39.50.16

Email : corevih@ch-cayenne.fr

Site internet : <https://www.ch-cayenne.net> - Onglet COREVIH
ou <https://corevih-guyane.org>

SOMMAIRE

I – L'ORGANISATION COREVIH GUYANE

- 1.1- Identification du territoire de référence
- 1.2- Données administratives
- 1.3- Missions des Corevih arrêtées par décrets ministériels

II – LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE

- 2.1- Fonctionnement des Corevih basé sur un comité de coordination divisé en 4 collèges
- 2.2 – Déroulement des plénières et réunions du bureau du Corevih et autres réunions
- 2.3 – Ressources humaines allouées au Corevih
- 2.4 – Moyens logistiques mis à disposition
- 2.5 – Le Corevih « guyanais » dans son fonctionnement
- 2.6– Quelques bilans de fonctionnement

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

- 3.1 – Le Corevih et la promotion de la santé
- 3.2 – Le Corevih dans la prise en charge globale des patients infectés par le VIH/Hépatites
- 3.3 –Le Corevih et les TRODs au CHAR
- 3.4 –Le Corevih et la formation
- 3.5 – Le Corevih et le Programme Régional de Santé
- 3.6 – Le Corevih et la coopération

IV – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

V – CONCLUSION ET PERSPECTIVES

- 5.1 – Conclusion
- 5.2 – Orientations du Corevih en 2018

I - L'ORGANISATION DU COREVIH GUYANE

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



1.2-Données administratives :

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

Adresse du siège :

Centre Hospitalier Andrée Rosemon
Avenue des Flamboyants
BP 6006
97306 Cayenne cedex

N° FINESS (établissement) : 970300026

Numéro d'UF : 1600

1.3-Missions des Corevih arrêtées par décrets ministériels :

Le COREVIH c'est :

- Favoriser la circulation de l'information,
- Mettre en cohérence les actions respectives de chacun des acteurs.
- Le COREVIH n'est pas un opérateur direct, c'est-à-dire qu'il n'a pas vocation à mener lui-même des actions sur le terrain,

Il représente équitablement l'ensemble des acteurs sans positionnement hiérarchique entre eux.

Le [Décret no 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine](#) élargie les missions dévolues aux Corevih.

Conformément à ces nouvelles dispositions, les missions du **comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine** sont :

- **coordonner dans son champ, et selon une approche de santé sexuelle** mentionnée à l'article L. 3121-2 du présent code, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, **dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine ou exposées à un risque d'infection par ce virus ;**
- **recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques mentionnées à l'article D. 3121-36, ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ;**
- **concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que, sur demande du directeur général de l'agence régionale de santé, au projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1 du présent code ;**
- **établir et mettre en œuvre un rapport annuel d'activité.**

Les Corevih passent par ailleurs, sous l'autorité du directeur de l'ARS et non plus sous celle du Ministre : « Art. D.3121-34. **Un comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine** est créé dans chaque zone géographique, infrarégionale, régionale ou interrégionale, définit par **un arrêté du directeur de l'agence régionale de santé** ».

II-LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE

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

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

- Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, **pouvant être choisi parmi les professionnels de santé y exerçant** (collège 1),
- Des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, **de la prévention et de la promotion de la santé** (collège 2),
- Des représentants des malades et des usagers du système de santé (collège 3),
- Des personnalités qualifiées (collège 4).

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

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.

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

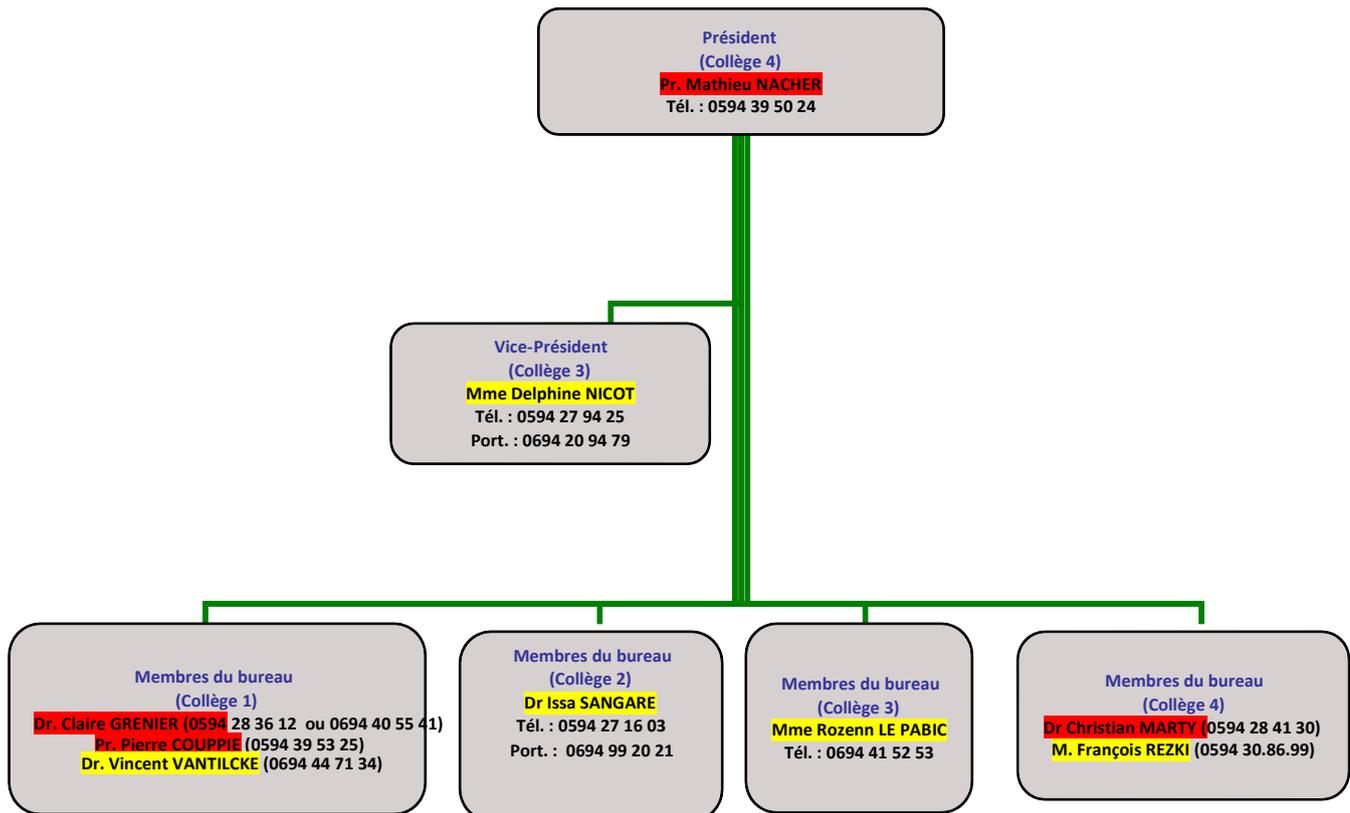
Tableau des membres du Corevih, le code couleur met en évidence un frein majeur dans le fonctionnement du Corevih : les « membres fantômes ».

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

Rouge : membres actifs en 2017 (présence aux groupes de travail) **Jaune** : membres présents en Guyane non actifs en 2017 ou membres ayant quitté la Guyane

Afin d'améliorer le fonctionnement du Corevih au prochain mandat 2018-2022 ; proposition de remplacer les départs, les désistements, les démissions... par une procédure simplifiée sans attendre l'organisation d'une nouvelle élection des membres de la coordination.

Bureau du Corevih Guyane



Rouge : membres actifs en 2017 (présence aux groupes de travail)

Jaune : membres présents en Guyane non actifs en 2017 ou membres ayant quitté la Guyane

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

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

En raison de l'absence de nombreux membres et suppléants ; des remplaçants assistent aux rencontres/échanges.

Toutes ces réunions n'ont pu être cependant organisées du fait d'absences et aussi de départs de salariés du Corevih Guyane dont des personnels de coordination des rencontres et actions.

Tableau des réunions annuelles du COREVIH Guyane

2017	Réunions	Participants (nombre)	Thème	Compte rendu de réunion
1 séance plénière	Le 19/05/2017 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 2 Collège 2 : 2 Collège 3 : 1 Collège 4 : 5 Invités : 31	L'épidémie du VIH en Guyane/ L'accès aux droits et aux soins / La santé des migrants	Oui
1 réunion de Bureau	Le 19/05//2017 Lieu : salle Domus Médica (prêtée gracieusement)	Membres : 3 Remplaçants : 1 Invités : 2 Observateurs : 4		Oui

➤ **Autres réunions :**

En dehors de ces réunions, le Corevih assure des « réunions » de service au CHAR.

Tableau des réunions de concertation pluridisciplinaires et staffs :

STAFF FEMMES ENCEINTES	2017
Nombre de dossiers présentés	182
Nombre de staffs	10
Nombre de participants	59

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

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

STAFF MEDICO-PSYCHO- SOCIAL	2017
Nombre de dossiers présentés	37
Nombre de staffs	7
Nombre de participants	53

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

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

COMITE DES THERAPEUTIQUES	2017
Nombre de dossiers présentés	22
Nombre de RCP	9
Nombre de participants	26

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

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

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

2.3-Ressources humaines allouées au Corevih :

	Temps consacré (ETP)	Noms
Président Corevih		Professeur Nacher
Coordination médicale	1 + 0,5 ETP Praticien Hospitalier	Docteur Adriouch Docteur Huber
Coordination administrative *	En poste du 06/09/16 au 05/09/17 sur un 0,5 ETP	Mme Auz
TEC	5,5 ETP	<u>Affectées sur Cayenne :</u> Mme Bienvenu (1 TP) Mme Saint-Louis (1 TP) Mme Soyon (1 TP) Mme Verin (1 TP) <u>Kourou :</u> Pas de TEC depuis mi 2016 <u>Saint-Laurent du Maroni :</u> Poste vacant M. Beneteau début de contrat 11/01/2016 avec un départ du poste le 10/05/2017.
Secrétariat	1 ETP	Mme Reivax
Interne	1 interne/semestre	M. Perat et M. Hallet

*** Une réflexion de la réorganisation territoriale des postes de coordination a eu lieu ; en lien étroit avec l'ARS dans l'objectif de mutualiser les ressources et de combler au mieux les besoins sur l'ensemble de la Guyane. Validation ARS/Corevih des fonctions et des missions de coordination afin de compléter les effectifs au Corevih**

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

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

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

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

<p>Coordinatrice médicale temps plein</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mission de coordination globale et sur tout le territoire - Gestion des ressources humaines du Corevih (recrutement et formation du personnel) - Suivi de l'ensemble des dossiers, commissions, groupes de travail - Activités de formation selon les besoins (ex :TRODS en milieu associatif) - Activités d'animation selon les besoins (ex : ateliers « patients vih ») - Activités de consultations selon les besoins (ex :CDPS) - Missions de représentation/communication lors de réunions stratégiques à l'échelle régionale et nationale - Rédaction de projets en appui aux besoins des partenaires - Déploiement des TRODS au CHAR et auprès des associatifs - Activités de formation - Renfort des ressources humaines médicales selon les besoins
<p>Coordinatrice médicale mi-temps</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination et gestion de toutes les actions associatives et de recherche relatives au « carcéral » - Activités de consultations en milieu carcéral - Coordination et gestion de toutes les actions associatives et de recherche relatives aux populations identifiées les « plus vulnérables » : travailleurs du sexe, usagers de drogues, personnes incarcérées - Activités de consultations et de coordination des parcours de soins relatives à ces populations les « plus vulnérables » - Missions de représentation/communication lors de réunions stratégiques à l'échelle régionale et nationale - Activités de formation - Communication scientifique
<p>Interne en médecine</p>	<p>Missions spécifiques définies selon les axes stratégiques et les projets en cours en 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> - M. Perat, interne en médecine générale : travail sur les Accidents d'Expositions au VIH - M. Hallet, interne en santé publique : travail sur l'analyse des données médico-épidémiologiques, participation à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques en faveur d'une coordination des activités de recherche épidémiologique et des actions de prévention et d'éducation à la santé

2.4- Moyens logistiques mis à disposition :

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

2.5-Le Corevih guyanais dans son fonctionnement :

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

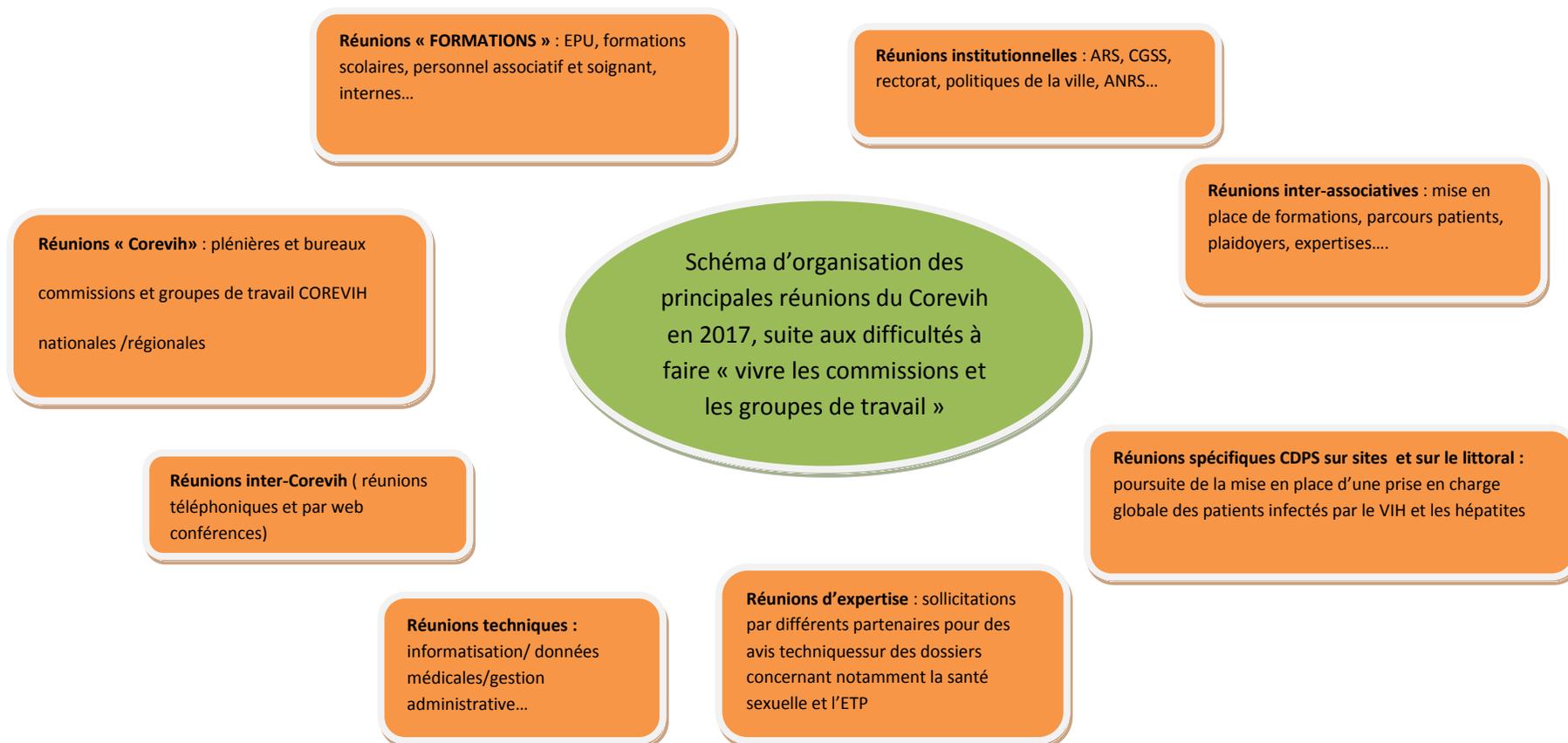
Il est également un appui d'organisation logistique pour les réunions des partenaires/acteurs...qui le sollicitent au vu des nombreux besoins sur le territoire et la pénurie de certaines ressources humaines (coordonnateurs/secrétaires...).

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

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

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

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



2.6-Quelques bilans de fonctionnement :

Difficulté de fonctionnement rencontré par le Corevih en 2017 du fait d'absences et départs de plusieurs salariés de la structure (technicien d'étude clinique, secrétaire, coordinatrice administrative et médecin coordonnateur).

➤ **Bilan de communication**

Le Corevih doit être un outil d'information et de transmission, cela passe aussi par l'utilisation de moyens de communication (newsletters, bulletins trimestriels, site internet du Corevih).

Bulletin trimestriel :

- Articles nationaux et locaux sur les avancées sur la prise en charge, prévention etc. ; la présentation de nouveaux acteurs sur le territoire
- 2 bulletins diffusés

Newsletter :

- Aborde l'actualité VIH (annonce des événements et congrès à venir, diffusion d'informations, de textes de lois et de documentations)
- (7 newsletters diffusées)

NB : moins de bulletins et de newsletters rédigés du fait des absences et départs de plusieurs agents non remplacés.

Site internet :

- Intégré au le site internet du CHAR
- <http://www.ch-cayenne.net> - Onglet COREVIH
ou directement <https://corevih-guyane.org>

Avec accès aux rubriques suivantes :

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

➤ Participation au réseau E-Nadis :

Nbre de structures participant au réseau E-nadis			
2017	CHAR	CMCK	CHOG
Total	3		

Nbre de services inclus dans le réseau E-nadis			
	CHAR	CMCK	CHOG
	Corevih Dermato Gynécologie HDJA Pédiatrie UMIT	Médecine	Gynécologie Médecine
Total	8		

Nbre de patients inclus dans le réseau E-nadis			
	CHAR	CMCK	CHOG
	Corevih Dermato Gynécologie HDJA Pédiatrie UMIT	Médecine	Gynécologie Médecine
	1303	0	601
Total	1904		

Nbre d'indicateurs renseignés par le programme standard d'analyse de la base e-nadis	
Total	152

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

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

Tableau des indicateurs d'évaluation du Corevih Guyane :

INDICATEURS D'EVALUATION			
Nature des indicateurs d'évaluation :	Items :	Commentaires :	
Indicateurs de fonctionnement (interne au COREVIH)	Nombre de staffs et de réunions pluridisciplinaires	tableau page 8-9	
	Participation aux staffs et réunions pluridisciplinaires	Oui	
	Nombre de Mailing lists utilisées	90 mailing lists	
	Nombre de groupes de travail au sein du Corevih	avec 15 groupes de travail (<i>organisation tableaux suivants</i>)	
	Nombre de commissions Corevih	6 commissions	
	Nombre de réunion interne au Corevih(Cay, Ouest)	4 réunions officielles / autres réunions informelles	
	Organisation de réunions institutionnelles, partenariales...	Oui	
	Temps de communication auprès des acteurs	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)	
	Temps de pédagogie auprès des acteurs	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)	
	Nombre de trajets en Guyane	Véhicule CHAR : Cay-SLM : 3 Véhicule CHAR : Cay – Kourou : 3 Véhicule CHAR : Cay –Est : 3 Avion Maripasoula/Papaïchton : 4 Avion Grand Santi : 1	Trajets fréquents et nombreux avec le véhicule personnel du salarié (cellule de la coordination) sur l'île de Cayenne non comptabilisé
	Nombre de trajets vers la métropole (et autres)	7	

Indicateurs de communication (<i>internet, téléphone, supports écrits ...</i>)	Nombre de bulletins trimestriels	1/trimestre
	Nombre de news letters	1/mois
	Nombre de communiqués spéciaux à large diffusion et acteurs cibles	Incapacité de quantifier (<i>dû au renouvellement de l'actualité et des avancées quotidiennes</i>)
	Utilisation de Doodle, dropbox, wetransfer etc.	Oui
	Site internet	Oui
Indicateurs de réalisation d'actions (<i>mise en place et/ou participation par le COREVIH</i>)	Nombre de partenariats engagés en 2017	Incapacité de quantifier (du fait de <i>l'aspect informel de la coordination</i>)
	Nombre de projets engagés en 2017	2 (Couverture du territoire en coordination territoriale, accroître l'offre de dépistage dans les services du CHAR et dans les cabinets libéraux)
	Nombre de projets débutés en 2016 suivis en 2017	4 (la périnatalité, la prise en charge en CDPS, les perdus de vue, la prise en charge des détenus)
	Appui logistique pour les grands évènements, réunions ...	Incapacité de quantifier
	Temps de coordination pour les grands évènements, réunions ...	Incapacité de quantifier
	Participation groupes de travail institutionnels (ARS, CGSS etc.)	Oui
	Adaptation des protocoles médicaux en 2017 au vu des rapports nationaux et/ou locaux	Oui
	Nombre de formations organisées en 2017	Non quantifié
	Nombre de formations à laquelle le COREVIH a participé	3
	Sollicitation d'acteurs tout venants	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)
Sollicitation directement des populations cibles (ex : élèves IFSI, lycéens...)	Incapacité de quantifier (<i>aspect informel de la coordination</i>)	

➤ **Financier :**

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

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

3.1 - Le Corevih et la promotion de la santé

Le Dr Huber est impliquée au Centre pénitentiaire dans la prévention, la promotion de la santé, le suivi des personnes infectées et la préparation de leur sortie.

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

La collaboration avec les différents acteurs paye et les résultats observés suggèrent que le réseau de partenaires professionnels de santé et associatifs autour du patient s'est bien structuré (consultants, femmes enceintes, prison...).

3.3 - Le Corevih et les TRODs au CHAR

Depuis plusieurs années 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.

Distribution de trods sur une commande livrée fin 2016 et une commande effectuée durant l'année 2017 pour un montant de 10605 euros (2100 tests livrés). A ce jour, une commande d'environ 2000 tests VIH couvre en moyenne 8 à 9 mois (entre la demande de renouvellement du stock et la livraison de la commande s'écoule un peu moins d'un mois).

	NOMBRE DE TESTS RAPIDES VIH DISTRIBUES AU CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON							
	SAU	DERMATO (CDAG)	HDJ ADULTES	GYNECO (BLOC OBSTETRICAL)	CENTRES DE SANTE	DIVERS	UMIT	Total
2014	480	744	0	168	650	0	0	2042
2015	1541	596	0	48	742	5	44	2976
2016	1067	792	0	96	841	0	72	2868
2017	641	454	60	170	1383	0	10	2728

3.4 - Le COREVIH et la formation :

Le COREVIH a pour missions l'harmonisation des pratiques des professionnels du soin et de la prévention. Plusieurs interventions ont été co-organisées avec des partenaires pendant l'année 2017. Quelques exemples ci-dessous :

- Rencontre OFII et acteurs VIH « Carte de séjour pour soins – Présentation de la nouvelle procédure »
- Plusieurs formations de bénévoles en milieu associatif
- Une plénière cette année (voir tableau page 8), permettant la transmission de connaissances (recherches, avancées, projets guyanais, nationaux, mondiaux...) auprès d'un réseau large de professionnels
- Un EPU Médecine de ville et ARV (antirétroviraux) / et l'Education thérapeutique

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

En métropole :

- SFLS : Journées nationales 2017
-

Localement :

- Formation des internes
- Groupes de paroles avec les associations

3.5 - Le Corevih et le Programme Régional de santé :

Le COREVIH a participé à l'évaluation du volet VIH du PRS. Document consultable à l'ARS.

Le point de vue du président (qui donc n'engage que lui !) : Il serait important de ne pas construire « d'Usine à Gaz » contre le VIH mais un plan véritablement stratégique aux objectifs précis, réalistes et évaluables par des indicateurs recueillis en routine. Les indicateurs de mise en action doivent aussi rester parcimonieux et ne pas prendre le pas sur les objectifs stratégiques. L'évaluation du PRS globalement était en manque de chiffres remplacés par des impressions subjectives. La lutte contre le VIH a la chance d'être assez riche de données il faut en profiter. Si le plan est bien construit il sera aisé de l'évaluer dans quelques années.

Concernant le plan Outre Mer. L'objectif du plan VIH Outre Mer de réduire par 2 le nombre de diagnostics tardifs n'était pas du tout réaliste (voire pifométrique) et donc génère un sentiment d'impuissance des acteurs. Par contre les objectifs thérapeutiques ont été dépassés.

3.6 - Le Corevih et la coopération :

Les projets OCS (Oyapock) et TAKARI (Maroni) portés par des acteurs locaux et les CDPS (Dr Mosnier) sont de beaux exemples de réalisations terrain tout à fait originales.

Obtention d'un contrat d'initiation de recherche Dr Mosnier/CDPS/OCS qui devrait débiter en 2018.

La coopération histoplasme se poursuit avec la première carte d'incidence et de mortalité à l'échelle de l'Amérique du Sud (Dr Adenis). Outil important pour mobiliser les programmes SIDA. Pour la première fois l'itraconazole rentre dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS, notamment grâce aux travaux estimant le fardeau de l'histoplasme.

Pour la première fois, l'histoplasme fait partie des recommandations sur le VIH avancé (OMS 2017) notamment grâce aux travaux et aux prises de position des acteurs Guyanais sur l'histoplasme en Amérique Latine et dans le Monde. La prochaine étape sera de faire rentrer un test diagnostique rapide dans la liste des outils diagnostics essentiels de l'OMS, liste dans le même esprit de celle des médicaments essentiels, qui va paraître pour la première fois. (Le Guyana n'a toujours pas d'itraconazole, l'amphotéricine B est présente en pointillés, les cultures fongiques ont été arrêtées faute de réactifs : Il est de notre devoir d'essayer d'agir pour améliorer la prise en charge dans la région...)

Coopération sur l'épidémiologie moléculaire avec des chercheurs brésiliens (CIC/COREVIH/IPG/FIOCRUZ). Cette coopération va être élargie aux Antilles.

Le CHOG (Dr Jolivet) est en train de construire un projet de coopération avec le Surinam (PCIA).

IV-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Hôpital de Jour Adultes Cayenne 2017

Toujours un tiers des patients dépistés à moins de 200 CD4... (cf. infra vision tendances long terme)

```
. tab RECODE_CD4_DEPISTAGE if NVX=="Oui"
```

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	6	10.91	10.91
350-500	9	16.36	27.27
<200	18	32.73	60.00
>500	22	40.00	100.00
Total	55	100.00	

Autant de femmes que d'hommes suivis. Un âge médian entre 40 et 50 ans chez les hommes et entre 39 et 40 chez les femmes.

```
. tab SEX
```

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	598	50.42	50.42
H	588	49.58	100.00
Total	1,186	100.00	

```
. tab TRANCHE_AGE, plot
```

TRANCHE_AGE	Freq.	
15-29	124	*****
30-39	286	*****
40-49	306	*****
50-59	220	*****
60-69	173	*****
70-79	53	*****
80 et plus	21	***
Moins de 15 ans	2	
Total	1,185	

Liste des pays de naissance des patients. Un travail récent montre que 45 à 55 % des patients étrangers s'infectent en Guyane.

. tab PAYS_NAISS

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
ARGENTINE	1	0.08	0.08
BENIN	1	0.08	0.17
BRÉSIL	87	7.34	7.50
CAMEROUN	1	0.08	7.59
CAP-VERT	1	0.08	7.67
COLOMBIE	3	0.25	7.93
COTE D'IVOIRE	3	0.25	8.18
DOMINIQUE (ILE)	2	0.17	8.35
FRANCE	151	12.73	21.08
GAMBIE	2	0.17	21.25
GUINEE-BISSAU	7	0.59	21.84
GUYANA	122	10.29	32.12
Guadeloupe	3	0.25	32.38
Guyane française	21	1.77	34.15
HAÏTI	535	45.11	79.26
MADAGASCAR	1	0.08	79.34
NR	160	13.49	92.83
PAKISTAN	1	0.08	92.92
PEROU	3	0.25	93.17
PORTUGAL	2	0.17	93.34
REPUBLIQUE DOMINICAINE	19	1.60	94.94
SAINTE-LUCIE	10	0.84	95.78
SENEGAL	3	0.25	96.04
SIERRA LEONE	1	0.08	96.12
SURINAM	43	3.63	99.75
THAILANDE	1	0.08	99.83
TOGO	2	0.17	100.00
Total	1,186	100.00	

Une transmission essentiellement hétérosexuelle.

FDR_S	Freq.	Percent	Cum.
Autre	2	0.17	0.17
Homo/bisexuel	55	4.81	4.98
Hémophile	1	0.09	5.07
Hétérosexuel	1,000	87.41	92.48
IVDU	2	0.17	92.66
Inconnu	53	4.63	97.29
Materno-fœtale	29	2.53	99.83
Transfusé	2	0.17	100.00
Total	1,144	100.00	

De très bons résultats thérapeutiques. Il sera difficile de faire mieux...

```
. tab EchecM6_CV_Controle if EchecM6_CV_Controle!="ND"
```

EchecM6_CV_Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	19	2.37	2.37
EchecNC	35	4.36	6.72
Succes	749	93.28	100.00
Total	803	100.00	

```
. tab EchecM6_CD4 if EchecM6_CD4 !="ND"
```

EchecM6_CD4	Freq.	Percent	Cum.
Echec	90	11.67	11.67
Succes	681	88.33	100.00
Total	771	100.00	

La plupart des patients sous traitement.

SITUATION_A RV	Freq.	Percent	Cum.
ARRET	29	2.45	2.45
EN_COURS	1,090	91.91	94.35
NAIF	67	5.65	100.00
Total	1,186	100.00	

Un tiers des patients en est à plus de sa 5ème ligne

N_LIGNE_REC	Freq.	Percent	Cum.
>L5	394	33.22	33.22
L1	152	12.82	46.04
L2	201	16.95	62.98
L3	152	12.82	75.80
L4	116	9.78	85.58
L5	104	8.77	94.35
NR	67	5.65	100.00
Total	1,186	100.00	

thérapeutique.

Le top 3 des stratégies thérapeutiques 1/2 Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase + 1 inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase; 2/2 Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase + 1 Inhibiteur de l'intégrase ; 3/ 2 Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase + 1 Inhibiteur de la protéase.

. tab SCHEMA_DERNIER_EVT

SCHEMA_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
1II	1	0.16	0.16
1IP	13	2.06	2.22
1IPb	7	1.11	3.33
1IPb+1II	16	2.54	5.86
1IPb+1II+1IE	1	0.16	6.02
1N	3	0.48	6.50
1N+1II	1	0.16	6.66
1N+1IPb	16	2.54	9.19
1N+1IPb+1II	18	2.85	12.04
1N+1NN+1II	14	2.22	14.26
1N+1NN+1IPb	8	1.27	15.53
1N+2IPb	1	0.16	15.69
1NN	3	0.48	16.16
1NN+1II	4	0.63	16.80
1NN+1IPb	9	1.43	18.23
1NN+1IPb+1IE	1	0.16	18.38
1NN+1IPb+1II	10	1.58	19.97
2N+1II	141	22.35	42.31
2N+1IP	1	0.16	42.47
2N+1IPb	134	21.24	63.71
2N+1IPb+1II	5	0.79	64.50
2N+1NN	219	34.71	99.21
2N+1NN+1II	1	0.16	99.37
2N+1NN+1IPb	1	0.16	99.52
3N	2	0.32	99.84
3N+1II	1	0.16	100.00
Total	631	100.00	

Genvoya/triumeq/eviplera : le top 3 des traitements sont des traitements en 1 cp par jour.

. tab RECODE_DERNIER_EVT			
RECODE_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
Atripla	53	4.75	4.75
Eviplera	136	12.20	23.77
Genvoya	281	25.20	48.97
Genvoya + Prezista	12	1.08	50.13
Isentress + Truvada	19	1.70	55.16
Kivexa + Norvir + Prezista	15	1.35	56.68
Kivexa + Norvir + Reyataz	6	0.54	57.22
Norvir + Prezista + Tivicay	10	0.90	59.64
Norvir + Prezista + Truvada	77	6.91	67.44
Norvir + Reyataz + Truvada	29	2.60	70.58
Stribild	78	7.00	77.94
Triumeq	207	18.57	97.22
Truvada + Tivicay	20	1.79	99.10
Truvada + Viramune	10	0.90	100.00
Autres.....			
Total	1,115	100.00	

La principale cause de changement de traitement est la simplification thérapeutique.

TABLE_TRT_VIH_FINAL RECODE_MOTIF_ARRET_ARV_PRECEDENT	Freq.	Percent	Cum.
Autre	262	27.43	27.43
EIS	248	25.97	53.40
Echec	68	7.12	60.52
Intensification	8	0.84	61.36
Simplification	369	38.64	100.00
Total	955	100.00	

<u>TABLE_TRT_VIH_FINALE.MOTIF_ARRET_ARV</u> <u>_PRECEDENT</u>	Freq.	Percent	Cum.
Adaptation pharmacologique	9	0.94	0.94
Autre toxicité biologique	2	0.21	1.15
Autres effets secondaires cliniques	14	1.47	2.62
Autres motifs thérapeutiques	28	2.93	5.55
Dyslipidémie	13	1.36	6.91
Décision du patient	58	6.07	12.98
Désir de grossesse	1	0.10	13.09
Echec immunologique	2	0.21	13.30
Echec immunologique ET virologique	1	0.10	13.40
Echec virologique	65	6.81	20.21
Effets secondaires cardiovasculaires	5	0.52	20.73
Effets secondaires cutanés	3	0.31	21.05
Effets secondaires digestifs	38	3.98	25.03
Effets secondaires neurologiques	38	3.98	29.01
Effets secondaires ostéo-articulaires	2	0.21	29.21
Effets secondaires psychiatriques	10	1.05	30.26
Effets secondaires rénaux	25	2.62	32.88
Fin de grossesse	18	1.88	34.76
Fin de protocole	4	0.42	35.18
Fin de traitement	5	0.52	35.71
Grossesse en cours	7	0.73	36.44
Hyperbilirubinémie	1	0.10	36.54
Inconnu	7	0.73	37.28
Intensification thérapeutique	8	0.84	38.12
Interaction médicamenteuse	25	2.62	40.73
Intolérance aux traitements	8	0.84	41.57
Lipodystrophie	9	0.94	42.51
Non observance	26	2.72	45.24
Prévention de toxicité	86	9.01	54.24
Simplification thérapeutique	369	38.64	92.88
Suspension thérapeutique programmée	3	0.31	93.19
Toxicité hématologique	4	0.42	93.61
Toxicité hépatique	7	0.73	94.35
Toxicité mitochondriale / myosite	1	0.10	94.45
Toxicité pancréatique	1	0.10	94.55
Toxicité rénale	42	4.40	98.95
Traitement provisoire	10	1.05	100.00
Total	955	100.00	

Le SIDA toujours là. Généralement ce sont des patients dépistés à l'occasion d'une infection opportuniste où dépistés récemment. En 2017 on recense 13 décès dans eNADIS (à consolider).

```
. tab ANNEE_SIDA, plot
```

ANNEE_SIDA	Freq.	
1989	1	*
1990	1	*
1992	1	*
1993	2	**
1994	2	**
1995	1	*
1996	7	*****
1997	6	*****
1998	4	****
1999	9	*****
2000	9	*****
2001	16	*****
2002	22	*****
2003	13	*****
2004	17	*****
2005	18	*****
2006	14	*****
2007	20	*****
2008	13	*****
2009	8	*****
2010	12	*****
2011	14	*****
2012	14	*****
2013	16	*****
2014	13	*****
2015	8	*****
2016	17	*****
2017	12	*****
Total	290	

La liste des infections opportunistes : Habituellement, c'était l'histoplasmosse qui était le premier diagnostic. En 2017 la tuberculose est en tête.

DIAGNOSTIC	Freq.	Percent	Cum.
Candidose oesophagienne	3	15.00	15.00
Cryptococcose disséminée	1	5.00	20.00
Herpès génital > 1 mois	2	10.00	30.00
Histoplasmosse à capsulatum disséminée..	1	5.00	35.00
Pneumonie à Pneumocystis carinii	1	5.00	40.00
SIDA avéré sans précision	1	5.00	45.00
Sida avéré avec affections multiples	1	5.00	50.00
Toxoplasmose cérébrale	2	10.00	60.00
Tuberculose de l'appareil respiratoire..	2	10.00	70.00
Tuberculose disseminée	1	5.00	75.00
Tuberculose ganglionnaire	1	5.00	80.00
Tuberculose pulmonaire confirmée	4	20.00	100.00
Total	20	100.00	

Un quart de la file active classée SIDA, mais...

. tab SIDA

SIDA	Freq.	Percent	Cum.
NonSida	894	75.38	75.38
Sida	292	24.62	100.00
Total	1,186	100.00	

Plus de la moitié de la file active à des CD4>500.

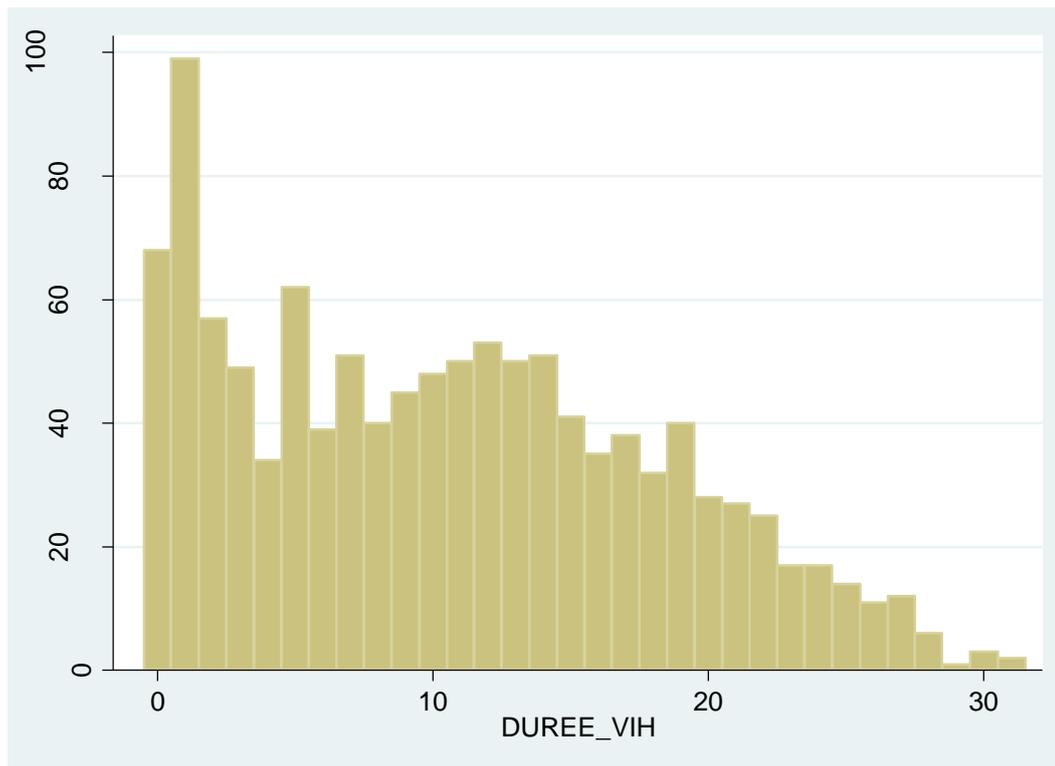
. tab RECODE_DERNIER_CD4

RECODE_DERN IER_CD4	Freq.	Percent	Cum.
200-350	143	13.57	13.57
350-500	216	20.49	34.06
<200	66	6.26	40.32
>500	629	59.68	100.00
Total	1,054	100.00	

Le traitement est débuté de plus en plus tôt.

anneevihre groupe	RECODE_CD4_PREARV				Total
	200-350	350-500	<200	>500	
1986-1996	35 29.41	13 10.92	60 50.42	11 9.24	119 100.00
1997-2002	48 24.87	22 11.40	106 54.92	17 8.81	193 100.00
2003-2010	119 36.84	47 14.55	122 37.77	35 10.84	323 100.00
2011-2017	76 24.05	70 22.15	89 28.16	81 25.63	316 100.00
Total	278 29.23	152 15.98	377 39.64	144 15.14	951 100.00

Plus de la moitié des patients sont suivis depuis plus de 10 ans.



Prévalence du portage AgHBS et prévalence de l'infection par HTLV1

. tab DERNIER_SERO_VHB_AGHBS

DERNIER_SERO_VHB_AGHBS	Freq.	Percent	Cum.
Douteux	1	0.09	0.09
Negatif	1,059	96.54	96.63
Positif	37	3.37	100.00
Total	1,097	100.00	

. tab DERNIER_SERO_HTLV1

DERNIER_SERO_HTLV1	Freq.	Percent	Cum.
Negatif	973	96.34	96.34
Positif	37	3.66	100.00
Total	1,010	100.00	

Dix pourcents ont un TPHA positif VDRL négatif. Sur les patients renseignés 1.9% ont une syphilis active.

. tab PREV_SYPH

PREV_SYPH	Freq.	Percent	Cum.
Negatif	1,074	89.80	89.80
Positif	122	10.20	100.00
Total	1,196	100.00	

. tab INC_SYPH

INC_SYPH	Freq.	Percent	Cum.
NR	383	32.02	32.02
NR2	133	11.12	43.14
Negatif	667	55.77	98.91
Positif	13	1.09	100.00
Total	1,196	100.00	

Près de 4% des patients en insuffisance rénale avec un MDRD<70ml/min

. tab IR

IR	Freq.	Percent	Cum.
0	1,141	96.21	96.21
1	45	3.79	100.00
Total	1,186	100.00	

24.3% de patients perdus de vue (non revus depuis plus de 12 mois) résultats bruts à consolider).

Service des Maladies Infectieuses et Tropicale

Les données eNADIS sont sans doute moins exhaustives. Cependant on peut tirer comme enseignement.

De très bons résultats thérapeutiques. Dans la base eNADIS beaucoup de perdus de vue (83%) sans doute lié au recrutement par les centres de santé de patients qui repartent en commune et ne sont plus dans la base.

```
. tab RECODE_CD4_DEPISTAGE if NVX=="Oui"
```

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	1	7.14	7.14
350-500	2	14.29	21.43
<200	4	28.57	50.00
>500	7	50.00	100.00
Total	14	100.00	

```
. tab SCHEMA_DERNIER_EVT
```

SCHEMA_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
1IP	3	4.84	4.84
1N+1IPb+1II	3	4.84	9.68
1NN+1IPb+1II	1	1.61	11.29
2N+1II	11	17.74	29.03
2N+1IPb	21	33.87	62.90
2N+1IPb+1II	1	1.61	64.52
2N+1NN	22	35.48	100.00
Total	62	100.00	

. tab RECODE_DERNIER_EVT

RECODE_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
Atripla	11	11.00	11.00
Epivir + Isentress + Norvir + Prezista	1	1.00	12.00
Eviplera	11	11.00	23.00
Genvoya	13	13.00	36.00
Genvoya + Prezista	2	2.00	38.00
Genvoya + Reyataz	1	1.00	39.00
Intelence + Isentress + Norvir + Prez..	1	1.00	40.00
Isentress + Norvir + Prezista + Retro..	1	1.00	41.00
Isentress + Norvir + Reyataz + Truvada	1	1.00	42.00
Isentress + Truvada	2	2.00	44.00
Kivexa + Norvir + Prezista	4	4.00	48.00
Kivexa + Norvir + Reyataz	1	1.00	49.00
Norvir + Prezista + Truvada	10	10.00	59.00
Norvir + Prezista + Viread + Ziagen	1	1.00	60.00
Norvir + Reyataz + Truvada	5	5.00	65.00
Stribild	8	8.00	73.00
Triumeq	26	26.00	99.00
Truvada + Tivicay	1	1.00	100.00
Total	100	100.00	

. tab PAYS_NAISS

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
ALGÉRIE	1	0.85	0.85
BRÉSIL	11	9.40	10.26
CAMEROUN	1	0.85	11.11
FRANCE	16	13.68	24.79
GUYANA	7	5.98	30.77
Guyane française	9	7.69	38.46
HAÏTI	37	31.62	70.09
NR	14	11.97	82.05
REPUBLIQUE DOMINICAINE	3	2.56	84.62
SAINTE-LUCIE	1	0.85	85.47
SURINAM	16	13.68	99.15
VANUATU (ILES)	1	0.85	100.00
Total	117	100.00	

. tab TRANCHE_AGE, plot

TRANCHE_AGE	Freq.
15-29	12 *****
30-39	31 *****
40-49	30 *****
50-59	24 *****
60-69	14 *****
70-79	6 *****
Total	117

. tab EcheM6_CV_Controle if EcheM6_CV_Controle!="ND"

EcheM6_CV_Controle	Freq.	Percent	Cum.
EcheC	4	6.90	6.90
Succes	54	93.10	100.00
Total	58	100.00	

. tab SEX

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	63	53.85	53.85
H	54	46.15	100.00
Total	117	100.00	

tab ANNEE_SIDA, plot

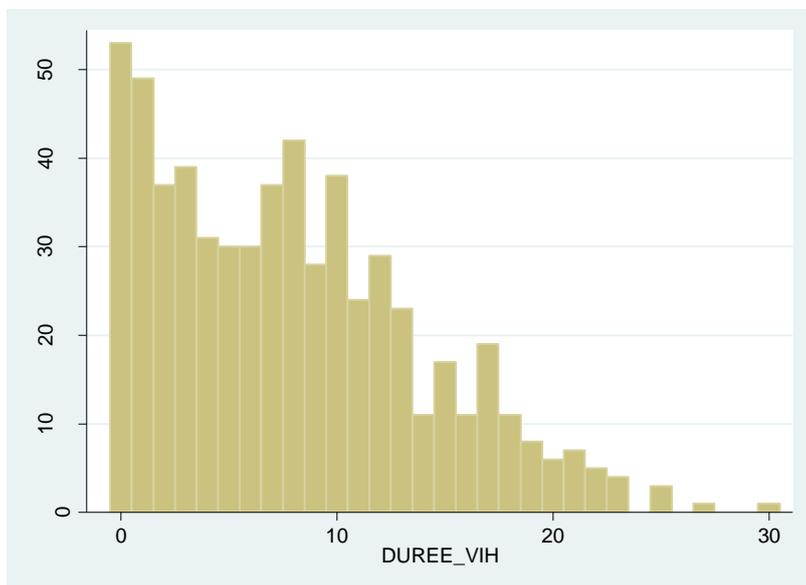
ANNEE_SIDA	Freq.	
2000	1	*
2001	1	*
2002	2	**
2004	1	*
2005	1	*
2006	2	**
2007	3	***
2008	4	****
2009	2	**
2010	3	***
2011	4	****
2012	2	**
2013	1	*
2014	1	*
2015	2	**
2016	2	**
2017	4	****
Total	36	

Centre Hospitalier de l'ouest Guyanais

Pour résumer de très bons résultats thérapeutiques. Près de la moitié des patients toujours dépistés à moins de 200 CD4, et 27,9 % des patients dans la base non revus depuis plus de un an. Chaque année de plus en plus de nouveaux patients souvent diagnostiqués à l'occasion d'une infection opportuniste ce qui fait que l'incidence du SIDA tend à augmenter. Il faut noter qu'il n'y a pas de technicien d'étude clinique depuis un an et que les médecins utilisant eNADIS sont sur le départ...

DEPISTER – DEPISTER- **DEPISTER**

Des patients suivis depuis moins longtemps qu'à Cayenne (2/3 depuis moins de dix ans).



De plus en plus de nouveaux patients chaque année alors qu'à Cayenne c'est relativement stable.

tab ANNEE_V, plot

ANNEE_VIH	Freq.
1987	1 *
1990	1 *
1992	3 ***
1994	4 ****
1995	5 *****
1996	7 *****
1997	6 *****
1998	8 *****
1999	11 *****
2000	19 *****
2001	11 *****
2002	17 *****
2003	11 *****
2004	23 *****
2005	29 *****
2006	24 *****
2007	38 *****
2008	28 *****
2009	42 *****
2010	37 *****
2011	30 *****
2012	30 *****
2013	31 *****
2014	39 *****
2015	37 *****
2016	49 *****
2017	53 *****
Total	594

Le SIDA Un diagnostic de plus en plus fréquent ce qui correspond à la forte proportion de dépistés tardivement.

ANNEE_SIDA	Freq.	
1997	1	*
2000	5	*****
2001	6	*****
2002	3	***
2003	3	***
2004	10	*****
2005	11	*****
2006	8	*****
2007	13	*****
2008	8	*****
2009	7	*****
2010	12	*****
2011	12	*****
2012	6	*****
2013	3	***
2014	8	*****
2015	9	*****
2016	29	*****
2017	21	*****
Total	175	

De très bons résultats thérapeutiques.

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	13	4.41	4.41
EchecNC	16	5.42	9.83
Succes	266	90.17	100.00
Total	295	100.00	

Un sexe ratio plus féminisé à Saint Laurent.

Centre Médicochirurgical de Kourou

Pas de TEC depuis plus de 1 an. Pas de chiffres.

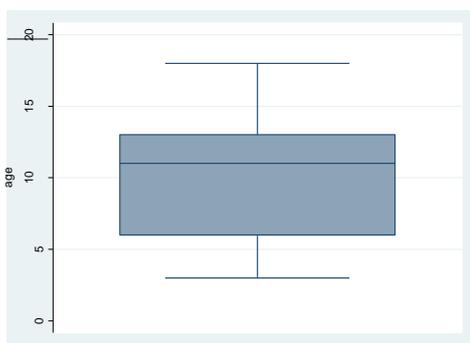
Centre Médicochirurgical de Kourou

Hépatites virales. Pas de chiffres. Pas de technicien d'étude clinique dédié. NB les hépatites tuent 4 fois plus que le VIH en métropole quid de la Guyane ?

Transmission mère enfant Guyane entière

Pas de nouvel enfant infecté en Guyane. D'une façon générale avec l'amélioration de la prise en charge, avec la coordination des acteurs la transmission du VIH de la mère à l'enfant devient de plus en plus rare. La file active diminue progressivement alors que les enfants passent à l'âge adulte. D'après le Dr Elenga, il n'y a pas eu de décès depuis 5 ans et les hospitalisations sont très rares. Les nouveaux enfants infectés viennent souvent de l'étranger et sont dépistés en Guyane.

- 19 enfants suivis: 11 garçons et 8 filles. 2 perdus de vue: un garçon de 19 ans et une fille de 18 ans 1/2. L'âge médian est de 11 ans.



14 enfants sur 19 (74%) ont une charge virale indétectable.

Réseau Kikiwi et succès thérapeutique

A Cayenne, des premiers résultats montrent que l'aide à l'observance, le soutien des patients à domicile grâce au réseau Kikiwi permettent d'obtenir 89% de succès thérapeutique. NB 89% de succès thérapeutique chez des patients qui étaient en échec thérapeutique !

Prophylaxie préexposition

A Cayenne 9 patients ont été vus en consultations PREP ==> 4 HSH ==> 6 travailleurs(es) du sexe.

7 étaient toujours en cours de suivis et 2 ne sont pas revenus après la 1ère consultation. 5 patients avaient été mis préalablement sous TPE dont 4 ont suivi leur traitement et sont toujours suivis. 7 patients ont été mis sous PREP, 1 rupture de traitement. Le Dr Lucarelli suit cette cohorte.

Le Dr El Guedj souhaitait mettre en place une délivrance en pharmacie de la prophylaxie post exposition. La mise en œuvre de cette idée qui pourrait permettre de toucher plus de personnes devra déjouer diverses complications réglementaires en cours d'étude.

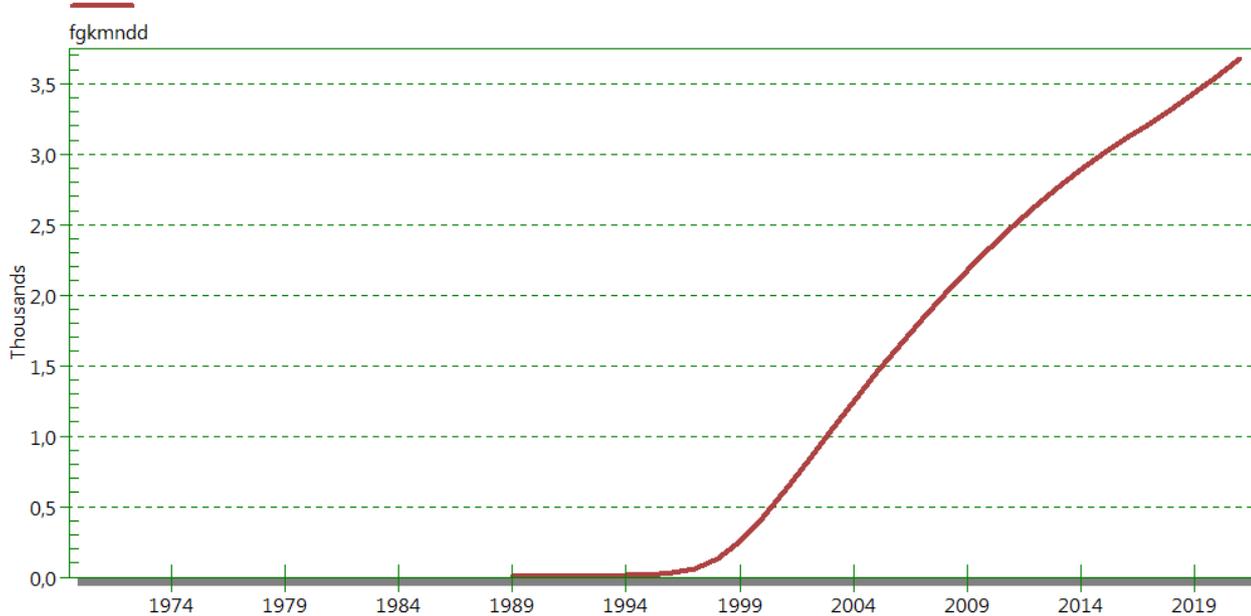
Modélisation de l'épidémie avec 1/SPECTRUM/AIM/CSAVR.

2/ECDC modelling tool

1/SPECTRUM

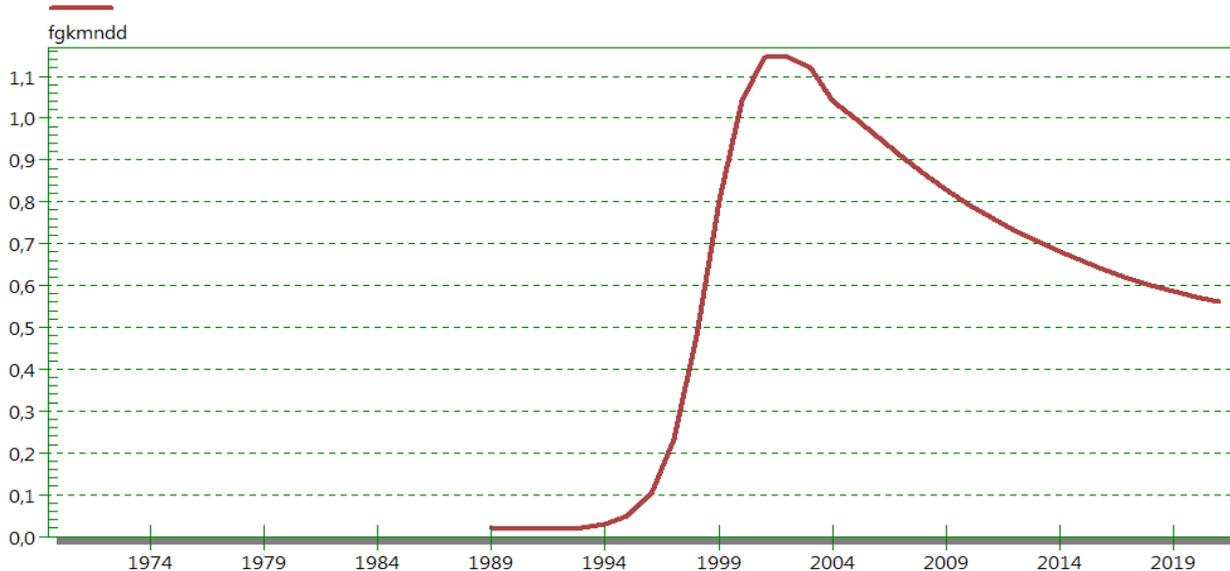
Il y aurait autour de 3300 personnes vivant avec le VIH en Guyane (connaissant leur diagnostic ET ne le connaissant pas)

HIV population



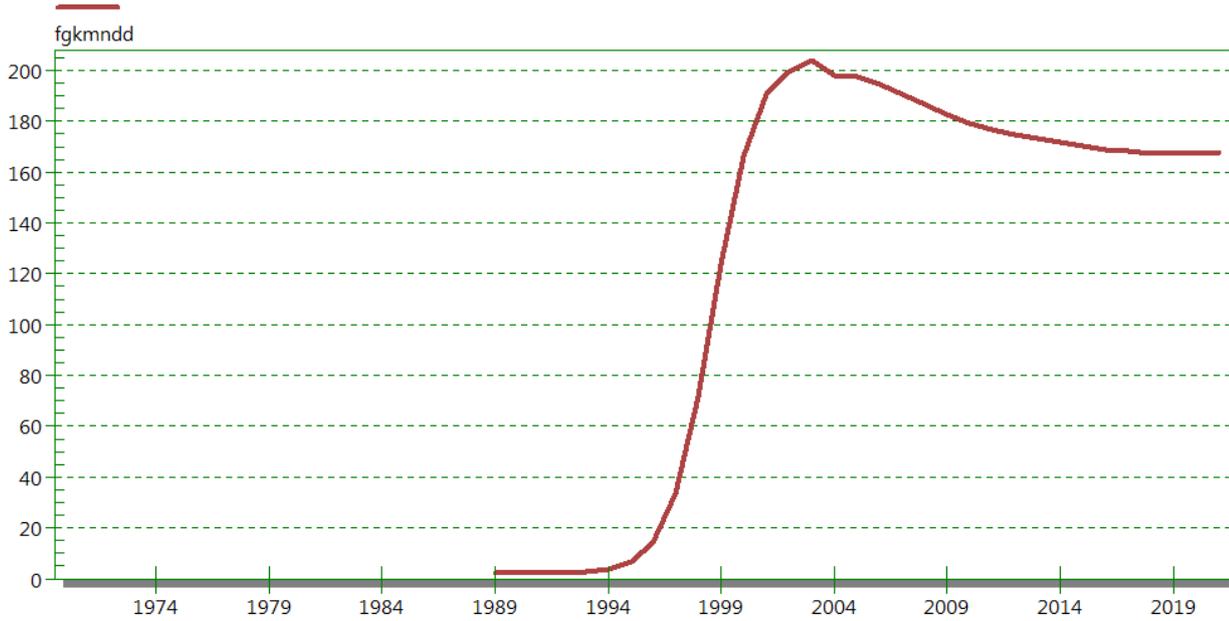
En taux pour 1000 personnes susceptibles l'incidence aurait été diminuée par presque 2. Sans doute du fait de la part croissante des patients dépistés et traités efficacement.

Incidence per 1000



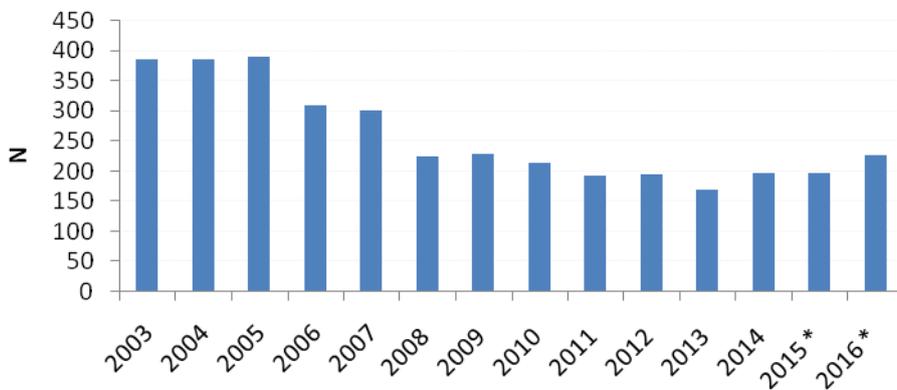
Si l'on regarde en nombre de nouvelles infections (pas nouveaux diagnostics) il semblerait qu'elles baissent légèrement. Il faut être prudent toutefois, ce n'est qu'un modèle, qui est établi à partir des données des déclarations obligatoires VIH et des certificats de décès du CépiDC.

Number of new HIV infections

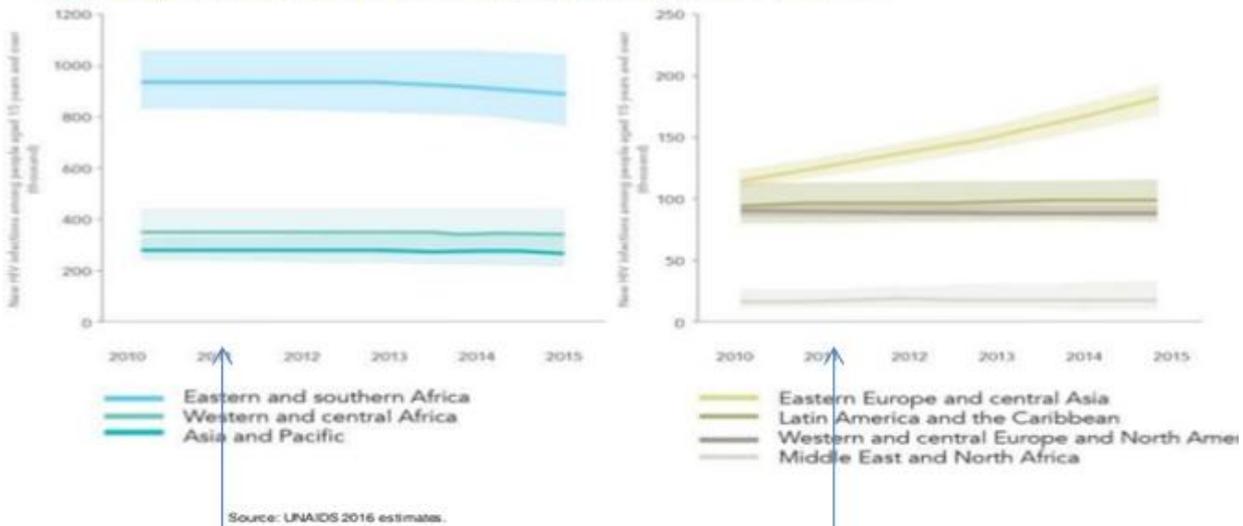


Il faut souligner que globalement, malgré une annonce en 2011 d'un objectif de réduction de 50% du nombre de cas incidents dans le monde que cet objectif n'a pas été atteint comme le montrent les graphiques ci-dessous par grande région utilisant aussi SPECTRUM. Le seul endroit où l'on a vu une légère baisse est l'Afrique subsaharienne où le nombre de personnes infectées et le déploiement des traitements antirétroviraux a sans doute permis d'observer cette baisse. Si ceci se confirme en Guyane ce serait une belle réalisation. Mais restons prudents, les données des DO ne sont peut-être pas exhaustives, elles sont redressées pour la sous déclaration et les délais de déclaration et les données de 2003 à 2005 notamment sont étonnantes (près de 400 cas annuels, que l'on ne voit pas se répercuter dans les files actives, et que l'on ne voit pas se répercuter dix ans plus tard sur l'incidence du SIDA ou de la mortalité). Les infections déjà connues n'ont-elles pas été recomptées aux débuts de la DO VIH, les problèmes d'identitovigilance n'ont-ils pas pour conséquence des doublons parfois.

Nombre de nouveaux diagnostics par année selon les DO VIH corrigées



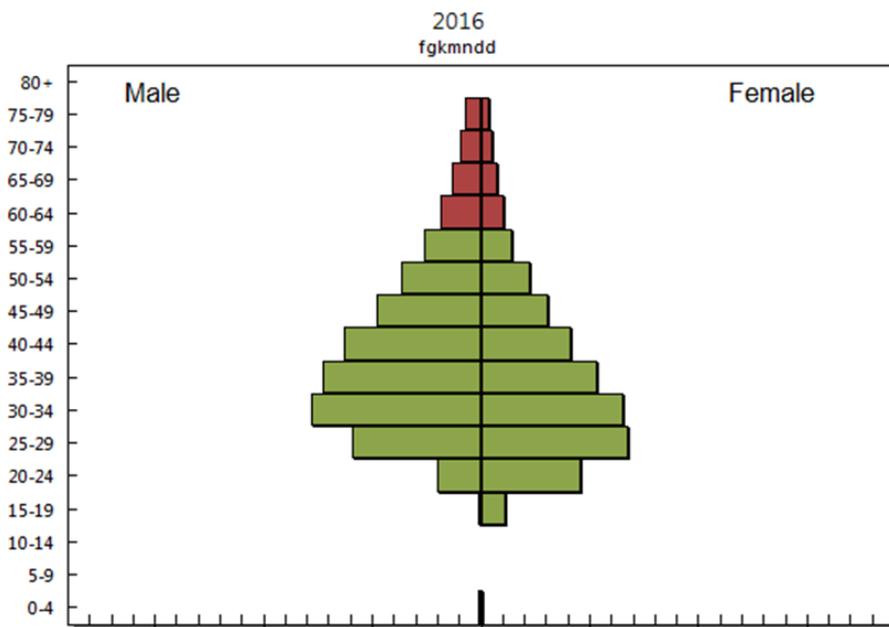
New HIV infections among people aged 15 years and over, by region, 2010–2015



Déclaration politique réduction de 50% d'ici 2016

Les taux d'incidence (pas les nouveaux diagnostics mais les nouvelles infections) montrent des infections tout au long de la vie avec notamment des infections chez de très jeunes femmes.

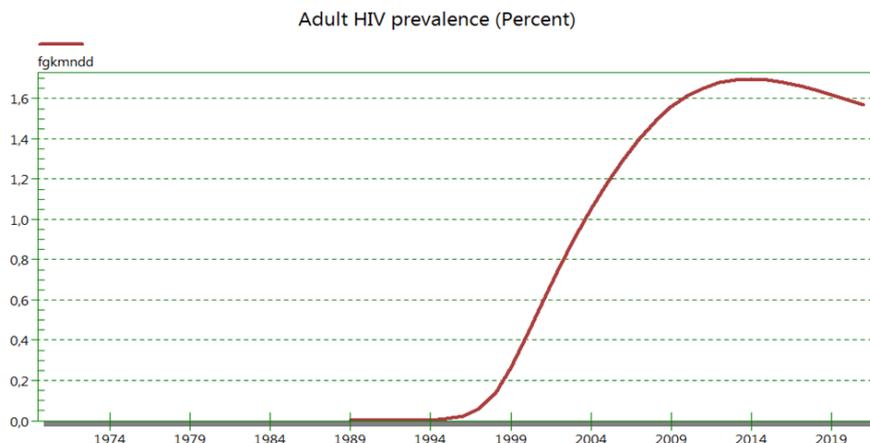
Incidence pour 1000 par age et sexe



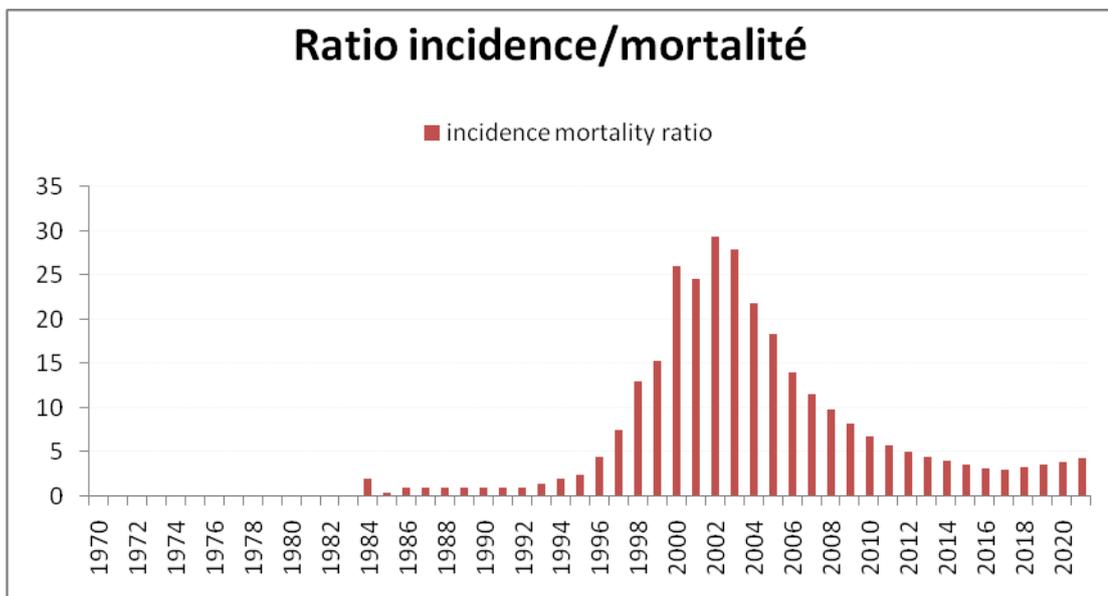
Les modèles SPECTRUM suggèrent que la prévalence VIH chez les 15-49 serait très élevée 1.6% mais en léger déclin. Chez les femmes enceintes SPECTRUM prédit 1.3% ce qui est ce que l'on observe dans les faits. Dans la population globale on serait entre 1.18 et 1.35%. Il paraît troublant que les acteurs du dépistage qui s'efforcent sans cesse de progresser ne trouvent pas de tels chiffres de prévalence. On peut faire 3 hypothèses : 1/ les modèles ne sont pas fiables ; 2/ les personnes les plus à risque, ignorant souvent leur séropositivité, sont particulièrement réticentes au

dépistage où difficiles à atteindre ; 3/si 85% des infections prévalentes sont déjà connues elles ne sont généralement pas redépistées (cela arrive bien sûr mais ce n'est pas la majorité) donc les prévalences que l'on obtient chez les acteurs du dépistage sont « basses » car en fait la prévalence des infections non diagnostiquées chez les 15-49 ans serait de façon très grossière de 500/la moitié de la population soit 0.38%. Lorsque l'on regarde les choses ainsi, les taux de prévalence de pas mal d'acteurs sont supérieurs au taux global ce qui signifierait qu'ils sont bien actifs là où il faut !

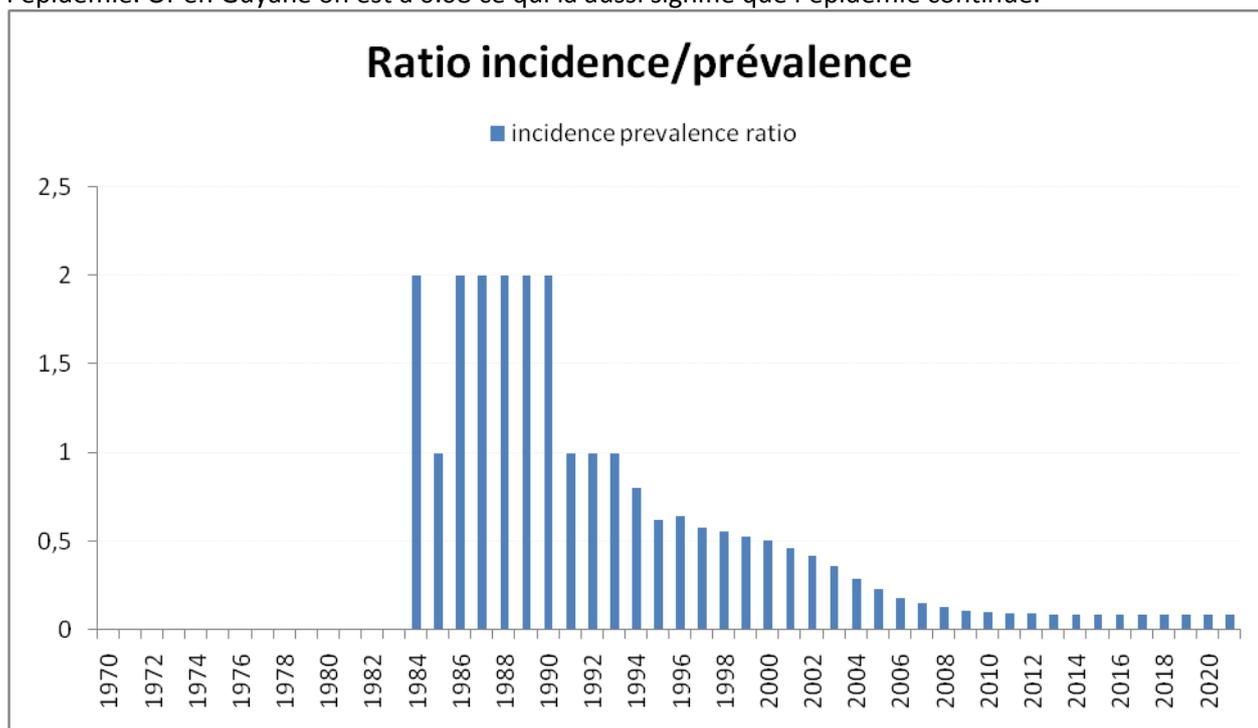
Prévalence 15-49 ans



L'ONUSIDA dans la perspective de l'éradication du VIH a proposé deux nouveaux indicateurs. Le ratio incidence sur mortalité qui a baissé et qui lorsqu'il est <1 signifie que l'épidémie s'éteint. En Guyane il est >3 ce qui signifie que l'épidémie est là pour rester.



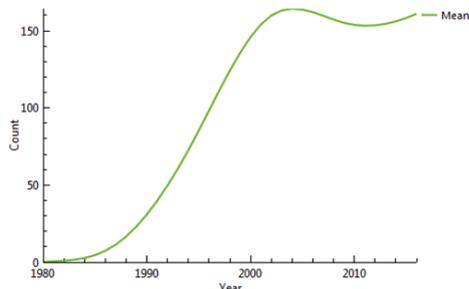
Le deuxième nouvel indicateur est le ratio incidence sur prévalence qui lorsqu'il est <0.03 signifie extinction de l'épidémie. Or en Guyane on est à 0.08 ce qui là aussi signifie que l'épidémie continue.



Enfin Spectrum indique que, chaque année, pas loin de 10 000 année sde vie sont sauvées grace à la prise en charge des patients.

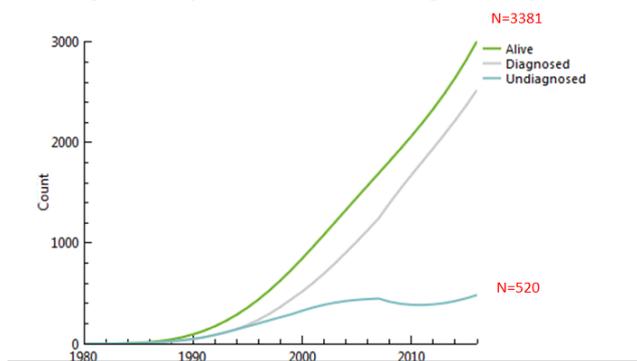
Le nombre de cas incidents avec le modèle ECDC qui utilise les données des files actives. La remontée de la courbe suggère que le modèle n'est pas très bon...

Incidence (nombre de cas estimé par an)



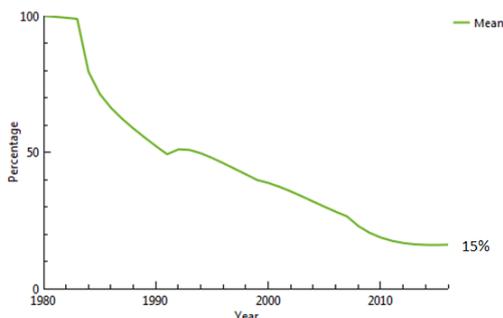
Cependant le modèle est intéressant car il estime le nombre de patients infectés total et le nombre d'infections non diagnostiquées, autrement dit notre cœur de cible.

Personnes vivant avec le VIH (diagnostiquées et non diagnostiquées)



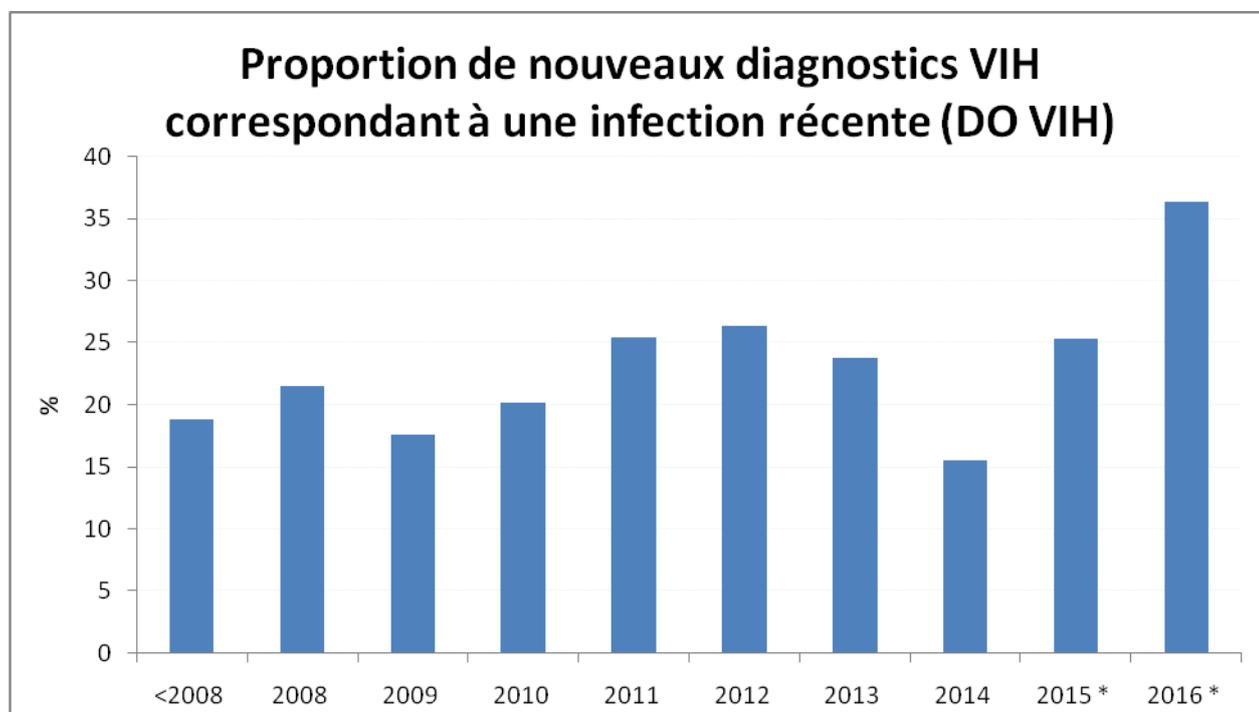
Le modèle ECDC suggère que la proportion de personnes ne connaissant pas leur diagnostic est en baisse avec un semblant de plateau sur les dernières années.

Proportion de patients ne connaissant pas leur diagnostic



Au total les modèles différents SPECTRUM et ECDC sont assez proches dans leurs estimations. Il faut souligner que la Guyane, pose sans doute des problèmes supplémentaires aux efforts de modélisation d'une épidémie Guyanaise, car les ¾ des patients sont d'origine étrangère et que près de la moitié auraient acquis l'infection hors de Guyane ceci rajoute donc une part d'incertitude aux modèles.

Lorsque l'on regarde l'évolution de la proportion d'infections récentes sur les déclarations obligatoires VIH on obtient environ ¼ des infections datant de moins de 6 mois avec, semble-t-il, un pic en 2016. En 2015 et 2016 l'arrivée de nombreux migrants pourrait avoir créé des conditions de vulnérabilité propices à la transmission de l'infection. Ce n'est qu'une interprétation...

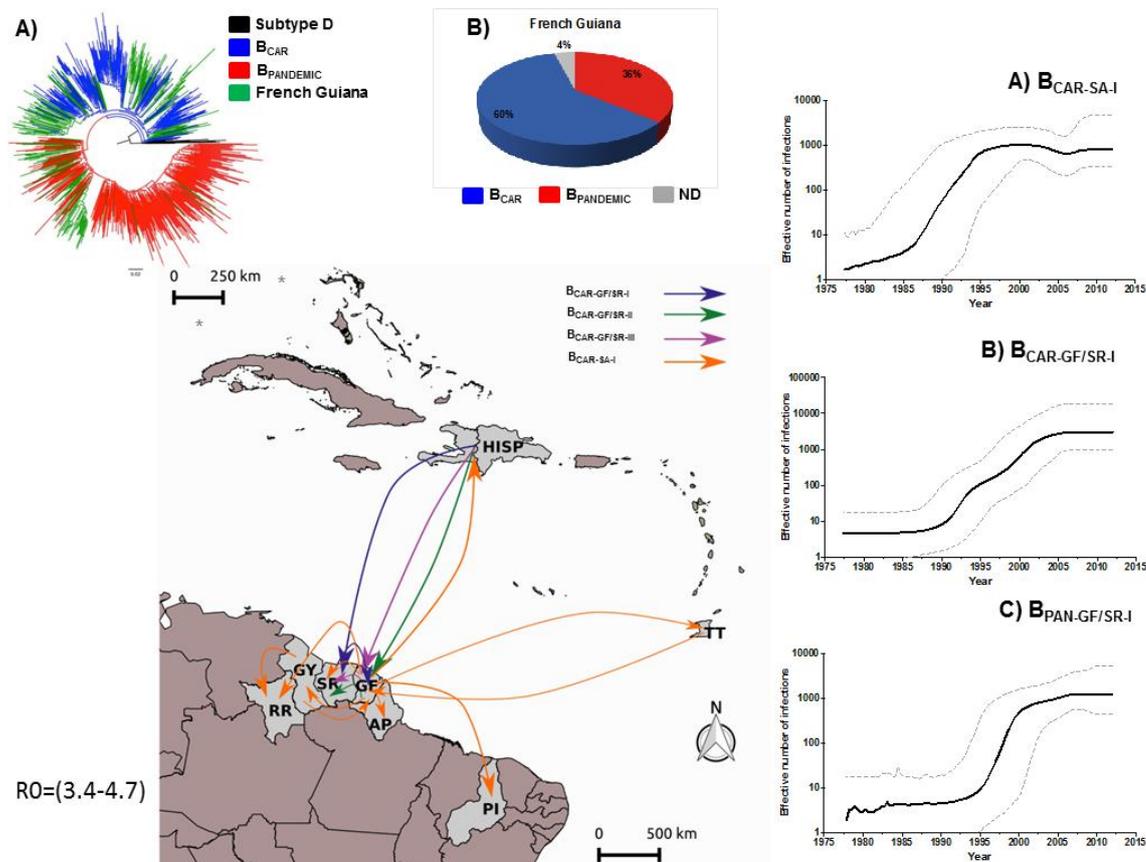


La cascade de soins serait ainsi pour la Guyane

Nombre estimé de PVVIH	Prevalence VIH globale	Proportion non diagnostiquée	Proportion de perdus de vue) 2016 (2017 à consolider)	Proportion de suivis sous ARV	Proportion sous ARV&ayant une charge virale indétectable	Proportion de tous les PVVIH (diagnostiqués et non diagnostiqués) ayant une charge virale indétectable
3110-3550	1.18%-1.35%	15%	17.8%	91%	92%	52.25%-52.26%

Les perdus de vue peuvent être non suivis non traités, ou bien suivis en ville et traités comme cela semble se passer pour certains patients désireux d'éviter d'être aperçus les services hospitaliers connus comme étant ceux du « SIDA », où bien les patients sont partis de Guyane voire décédés. Le chiffre de 52% est donc une sous-estimation de la proportion de patients infectés ayant une charge virale indétectable. Si on ne compte pas les perdus de vue (les perdus de vue ne sont pas comptés dans les modèles de cascade en France et en Europe) on obtient 71,16% de tous les patients infectés ayant une charge virale indétectable, des résultats superposables à ceux de la France métropolitaine (72%).

Quelques données venant de l'épidémiologie moléculaire des virus de patients naïfs d'antirétroviraux estimés comme étant récemment infectés.



Le VIH est un virus à ARN, matériel génétique moins stable que l'ADN. Aussi le virus mute beaucoup plus fréquemment. Cette constante évolution peut s'étudier pour essayer de reconstituer les chaînes de transmissions et guider la prévention. La fréquence des mutations par unité de temps constitue une horloge moléculaire permettant de dater l'épidémie. L'étude phylogénétique révèle que l'épidémie VIH-1 B en Guyane et au Suriname a été alimentée par diverses chaînes de transmissions actives B_{CAR} et B_{PANDEMIC} apparues de plusieurs sources indépendantes qui opèrent au Suriname et en Guyane. La plupart des séquences B_{CAR} ($\geq 59\%$) et B_{PANDEMIC} ($\geq 40\%$) de Guyane et du Suriname proviennent de clades monophylétiques régionaux comprenant des séquences des 2 pays. Une minorité des séquences (B_{CAR} ($\leq 10\%$) et B_{PANDEMIC} ($\leq 18\%$)) correspondaient à des séquences d'un seul pays. Ce haut degré de mixité phylogénétique des séquences VIH est tout à fait consistant avec l'importante migration transfrontalière entre le Suriname et la Guyane.

Sur le plan phylogéographique, le clade B_{CAR-SA-I} est la lignée B_{CAR} la plus répandue en Amérique du Sud. Ce clade aurait émergé à partir d'un clade B_{CAR-TT} de Trinidad et Tobago en Guyane dans les années 1970s, qui se serait ensuite transmis au Guyana et au Roraima au début des années 1980, étant à la source des sous clades B_{CAR-GY} et B_{CAR-BR-I}. Il y a peu de patients de Trinidad mais par contre il y a beaucoup de Guyanais à Trinidad ce qui explique sans doute le fait que 45% des Guyanais sont infectés par ce clade. La notion d'utilisation de crack était statistiquement liée au B_{CAR-SA-I}.

Les analyses phylogéographiques suggèrent que les clades majeurs B_{PANDEMIC} ont probablement émergé après la dissémination de virus d'Amérique du Nord jusqu'en Guyane (B_{PAN-GF/SR-I}) et au Suriname (B_{PAN-GF/SR-II}) autour des années 1980s, et d'Amérique du Sud jusqu'en Guyane (B_{PAN-GF-I}) au début des années 1990s. Malgré les liens historiques et la mobilité intense vers la France et les Pays Bas les analyses ne

suggèrent qu'un nombre limité de disséminations sporadiques de souches B_{PANDEMIC} entre ces régions. De même les B_{CAR} sont rares en France et au Pays Bas. De même les flux de B_{PANDEMIC} entre la Guyane et le Nord du Brésil sont faibles, malgré les migrations et les conditions sociales les virus de l'Amapa ne ressemblent pas du tout au profil plateau des Guyanes. Les disséminations sporadiques $B_{\text{CAR}}/B_{\text{PANDEMIC}}$ entre la Guyane et la France ou entre la Guyane et le Brésil suggèrent que les facteurs culturels ont plus d'importance que les flux humains. Ainsi, ces données suggèrent que les patients de France et du Brésil se sont principalement infectés localement.

Les clades $B_{\text{CAR-SA-I}}$ et $B_{\text{PAN-GF-I}}$ sont plus ancrés en Guyane et correspondent largement aux patients suivis à Cayenne alors que les clades $B_{\text{CAR-GF/SR-I}}$ et $B_{\text{PAN-GF/SR-II}}$, sont plus prévalentes au Surinam et correspondent surtout aux patients suivis à Saint Laurent.

L'étude des caractéristiques épidémiologiques a révélé que la proportion des virus B_{PANDEMIC} dans le groupe des HSH était 2 fois plus élevée (et ne faisait pas partie des B_{PANDEMIC} locaux) que dans le groupe hétérosexuel suggérant que nombre de patients HSH ont été infectés en métropole. Les patients ayant une infection par B_{PANDEMIC} avaient aussi des charges virales spontanément plus élevées que les B_{CAR} suggérant une virulence peut-être plus élevée. Le R_0 (abstraction qui indique le nombre de patients secondairement infectés par un patient index) serait de 3.4 à 4.7 ce qui est assez élevé. Les taux de croissance épidémique étaient similaires à ceux observés pour B_{CAR} et B_{PANDEMIC} dans les pays de la Caraïbe et de l'Amérique Centrale ($0.35-0.45 \text{ an}^{-1}$), mais plus faibles que les clades B_{PANDEMIC} dans les réseaux HSH à Cuba, Italie, Hong Kong, USA, Royaume Uni ($0.75-1.55 \text{ an}^{-1}$).

Au total, 60% des infections VIH-1 en Guyane et au Suriname résultant de l'expansion de souches multiples B_{CAR} et B_{PANDEMIC} introduites dans les années 1970 et au début des années 1990. L'épidémie a eu une croissance exponentielle pendant les années 1990 suivie par un plateau à partir de 2000. Les principales lignées locales B_{CAR} et B_{PANDEMIC} se sont disséminées indépendamment chez les hommes et les femmes d'âges différents et de caractéristiques épidémiologiques différentes et contribuent largement à l'épidémie actuelle. Il existe un cluster phylogéographique Guyane/Surinam/Guyana ce qui correspond aux mouvements de populations. Par contre, pour l'heure l'Amapa a des virus différents (à vérifier à Oïadoque où le virus se rapprochera peut être plus virus Guyanais). Alors que beaucoup d'endroit on des épidémies « encapsulées » avec des virus différents malgré des liens culturels (exemple Trinidad et Jamaïque anglophones, bien que très liés, ont des virus différents). Les Antilles ont un profil différent Guadeloupe moitié B_{CAR} moitié B_{PANDEMIC} et Martinique 2/3 B_{PANDEMIC} 1/3 B_{CAR} . Il reste à déterminer si les flux entre la Guyane et les Antilles se traduiront par une présence de clades de transmission plateau des Guyanes.

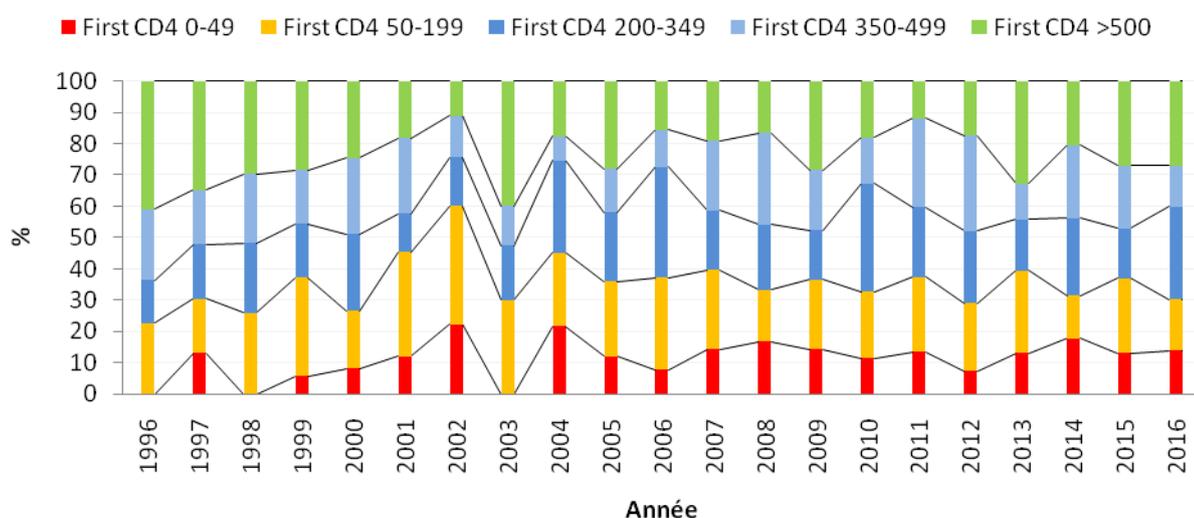
Cette digression soulignant le haut degré de mixité phylogénétique est un argument fort pour le soutien de la coopération régionale à l'heure où les enveloppes de coopération ont disparu. A l'heure où les procédures d'obtention de titres de séjour pour les étrangers malades deviennent de plus en plus compliqués, l'histoire racontée par les virus souligne qu'il faut agir à l'échelon régional et que de freiner l'accès aux soins serait une erreur.

Focus sur le retard au dépistage

Le mur des 30%

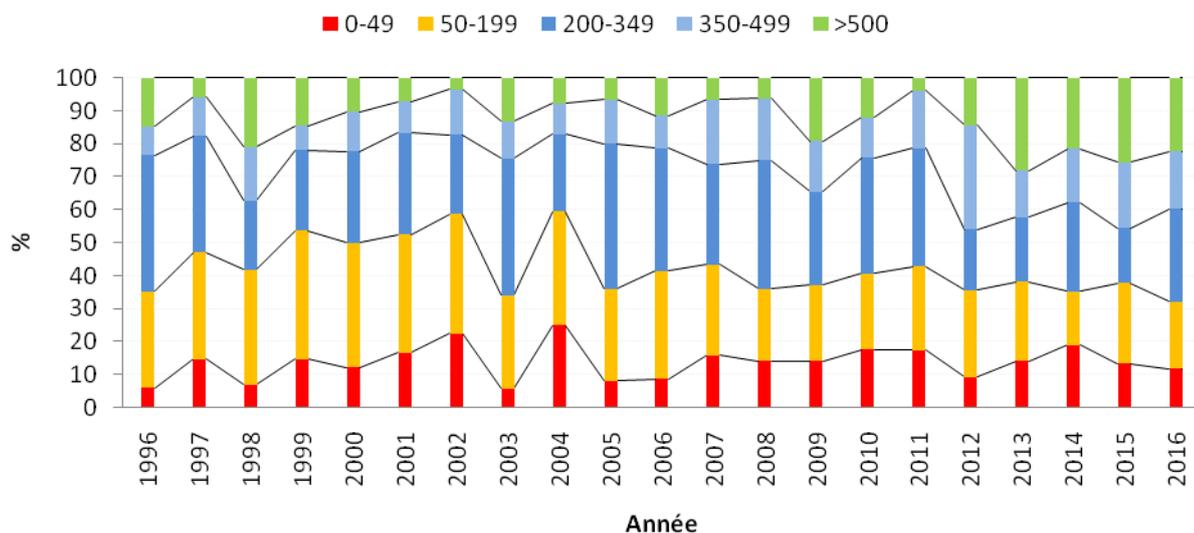
Lorsque l'on regarde l'évolution des CD4 au dépistage on observe un plateau autour de 30% de personnes dépistées à moins de 200 CD4 et entre 10 et 15% dépistés à moins de 50 CD4, malgré tous les efforts de dépistage réalisés (2 fois plus qu'en métropole relativement à la taille de la population, essais aux urgences, locaux associatifs, hors les murs...). Ce mur des 30% semble être retrouvé partout en Europe, en Afrique du Sud. Ainsi une explication est que dans une population il y a une partie des gens qui sont moins réceptifs à la prévention et au dépistage, par profil de personnalité où de par leurs contraintes de vie.

CD4 au moment du diagnostic en Guyane par année



Le dépistage tardif est naturellement répercuté sur les CD4 au moment de la mise sous traitement qui malgré les recommandations de débuter un traitement antirétroviral sans tarder.

CD4 à l'initiation du traitement antirétroviral en Guyane par année

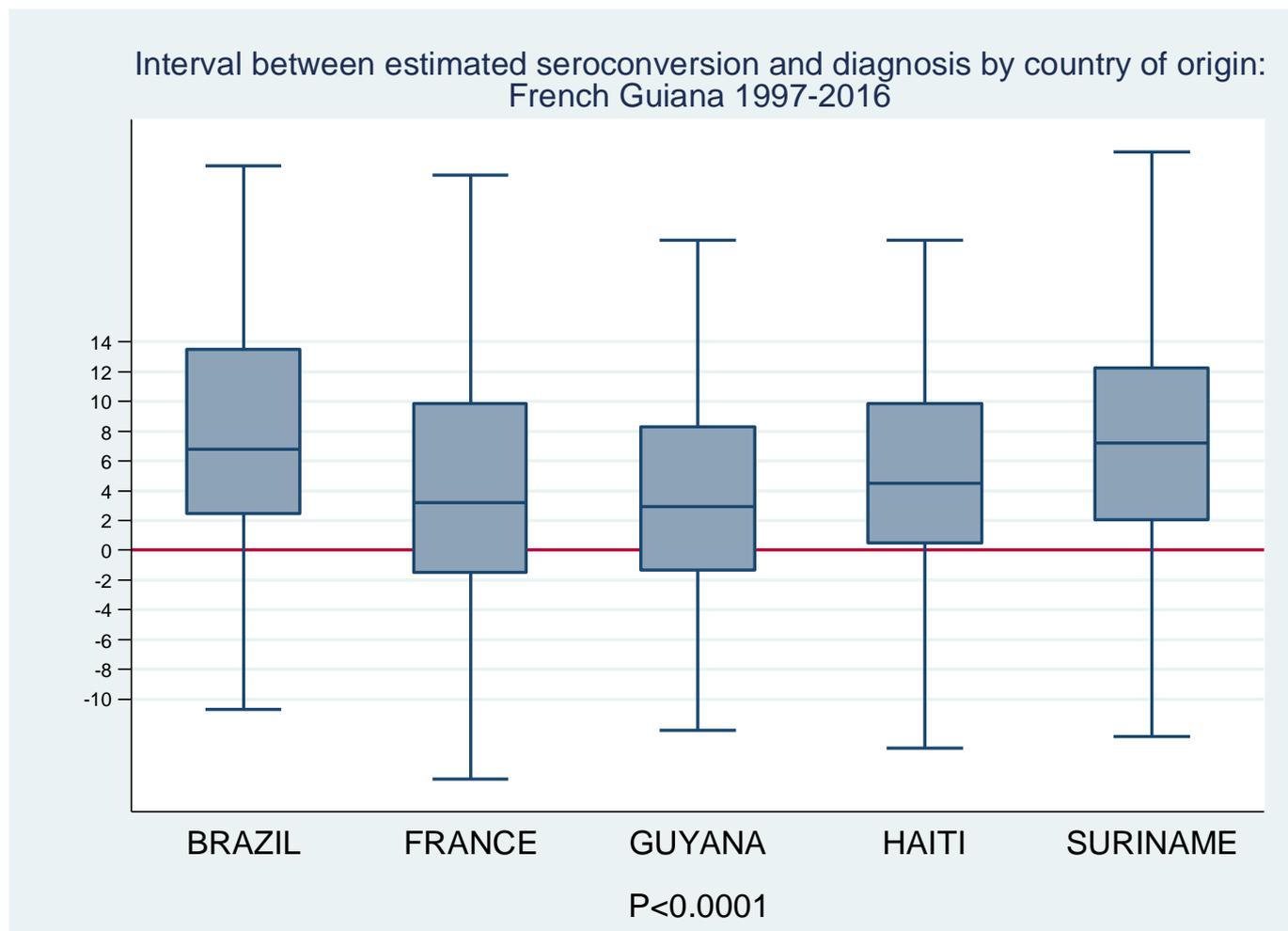


Albert Einstein disait que la folie était de penser qu'en faisant la même chose on aurait un résultat différent. La question est celle de que faut-il faire de différent en Guyane pour passer ce mur ?

Est-ce qu'il faut faire la même chose mais que le nombre de propositions de dépistages est encore insuffisant si l'on veut dépister le réservoir de personnes infectées qui l'ignorent et de ce fait continuent à alimenter l'épidémie ?

Les TRODS en cabinet de médecine libérale semblaient avoir ouvert une voie intéressante regrettamment interrompue, cette offre devrait être relancée en 2018. Il semblait lors de cette expérimentation que le dépistage annuel de tous n'était en pratique pas appliqué et que les médecins testaient de façon ciblée. La piste des occasions manquées lors de contacts de personnes consultant soit pour des symptômes peut être liés avec un début d'immunodépression, où bien avec des caractéristiques épidémiologiques évocatrices est probablement intéressante. Testant l'hypothèse que la traumatologie pourrait être épidémiologiquement liée

à la prise de risques sexuels et donc au VIH, l'analyse des données du laboratoire du CHAR suggérait que plus de 7% des sérologies VIH étaient positives. Le motif de prescription était inconnu, il ne s'agit donc pas à proprement parler de prévalence car tous les patients traumatologiques ne sont pas pour l'instant dépistés, et il est fort possible qu'il y ait un biais dans la décision de réaliser un test. De même en psychiatrie la proportion de tests VIH réalisés positifs était de plus de 4% avec les mêmes remarques que ci-dessus. Il faut noter que ce 4% est similaire à ce qui est observé au centre pénitentiaire où presque tous les détenus sont testés et où les $\frac{3}{4}$ ont au moins une pathologie psychiatrique. Malgré les limites de ces chiffres, si l'on veut progresser la systématisation de la *proposition* de test à tous les patients (au moins dans certains services) pourrait être une solution intéressante pour qu'un maximum de patients soient testés.



*le trait horizontal central dans la boîte représente la médiane, le bas du rectangle grisé le 25^{ème} percentile et le haut du rectangle grisé le 75^{ème} percentile. Ainsi tous sexes confondus la médiane entre l'infection et le diagnostic est autour de 7 ans. Ce sont des estimations d'une date théorique d'infection rétro calculées qui peuvent donner des résultats négatifs qui n'ont aucun sens il faut uniquement prendre la médiane.

Les estimations des délais entre séroconversion et diagnostics montrent des différences marquantes qui suggèrent que les patients Brésiliens et Surinamais sont dépistés particulièrement tard dans leur maladie. Une hypothèse serait qu'ils viennent de loin, des fleuves et qu'il faudrait donc faire plus de dépistage sur les fleuves frontaliers (OCS et Takari sont des initiatives qui pourraient améliorer cela). Une hypothèse complémentaire serait que contrairement aux patients Haïtiens qui ont été amenés par des passeurs avec des informations sur les conditions d'arrivée et les lieux de vaccination (carnet jaune...), les personnes venant du Brésil ou du Surinam par leurs propres moyens mettent plus de temps à trouver leur chemin vers le droit et les lieux de dépistage.

V-CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

5.1- Conclusion :

En conclusion, les résultats de la prise en charge du VIH sont très bons. Si l'on se base sur l'objectif 90*90*90 de l'ONUSIDA d'ici 2020, on serait en Guyane à 85*91*92 soit près des 72% de personnes infectées ayant une répllication virale supprimée.

Malgré ces énormes progrès, il faut progresser sur le dépistage faire plus faire plus efficace, passer le mur des 30% à moins de 200 CD4, faire fondre le nombre de personnes ignorant leur séropositivité. Plusieurs pistes se dessinent : éviter les occasions manquées de dépister des patients infectés lors de contacts avec le système de santé en relançant les trods en médecine libérale ; trods/voire proposition systématique de sérologie dans les services (notamment services gérant la traumatologie/psychiatrie/CMP...) ; à méditer proposition d'un dépistage organisé du VIH ; proposition du dépistage en *opt out* plutôt que *opt in*...

La coopération demeure essentielle, comme on l'a vue il faut agir à l'échelon régional, il faut se rencontrer (ce qui sous-entend des missions financées) harmoniser les stratégies si l'on veut avoir une action. Les projets OCS et Takari sont importants. Le durcissement des conditions de délivrance des cartes de séjours pour soins outre les souffrances psychologiques que cela entraîne, risque d'avoir des effets déstabilisants sur le suivi médical et il est important de surveiller les perdus de vue, ce qui est difficile si le recueil de données n'est pas exhaustif...

Pour bien connaître son épidémie il faut des bonnes données, il n'y a plus de techniciennes d'études cliniques à Saint Laurent et Kourou faute de candidats ce qui risque de se répercuter sur les financements du COREVIH qui sont déterminés au prorata des files actives saisies dans le DOMEVIH... Pour ce qui est des hépatites il n'y a pas de postes budgétaires dédiés donc l'état des lieux de la cohorte hépatites, qui est certainement conséquente est inconnu... Mais les temps sont durs et donc on fait l'impasse sur les hépatites, pour l'instant.

La conclusion principale peut se résumer ainsi :

Dépister

Dépister

Dépister

Dépister

Dépister

Ocs takari kairos crack

Cartographie zones dep tardif

5.2- Orientations du Corevih en 2018 :

L'axe prioritaire pour le VIH est de progresser sur le dépistage. La plupart des enjeux s'y concentrent. Pour les IST notamment les hépatites il est crucial d'avoir des données. Le département le plus touché par le VIH est incapable de fournir des chiffres sur les IST ce n'est pas acceptable.