

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2018



COREVIH Guyane

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

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	PAGES
I–L’ORGANISATION COREVIH GUYANE	3
1.1-Identification du territoire de référence	3
1.2-Données administratives	3
1.3- Missions des Corevih arrêtées par décrets ministériels	4
II–LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE	5
2.1- Fonctionnement des Corevih basé sur un comité de coordination divisé en 4 collèges	5
2.2 – Déroulement des plénières et réunions du bureau du Corevih et autres réunions	8
2.3 – Ressources humaines allouées au Corevih	11
2.4 – Moyens logistiques mis à disposition	12
2.5 – Le Corevih « guyanais » dans son fonctionnement	12
III–LE COREVIH ET LA STRATEGIE GLOBALE DE LUTTE CONTRE LE VIH	18
3.1-Le Corevih et les TRODs au CHAR	18
3.2-Le Corevih et la coopération	18
IV – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	28
V– CONCLUSION ET PERSPECTIVES	69
5.1 – Conclusion	69
5.2 – Orientations du Corevih en 2019	69

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.

ELECTION DES MEMBRES DU NOUVEAU BUREAU DU COREVIH (mandat 2018 – 2022)

Le 20 mars 2018, les membres du 3^{ème} mandat du Corevih ont été conviés par l'ARS à participer à l'élection des nouveaux membres du bureau, selon le nouvel arrêté portant nomination des membres du Corevih Guyane (n°2018-35 du 16 février 2018).

Membres du Corevih (selon arrêté de février 2018)

collège 1 : 5 titulaires, 4 suppléants

collège 2 : 12 titulaires, 10 suppléants

collège 3 : 3 titulaires, 3 suppléants

collège 4 : 5 titulaires, aucun suppléants

NB : la liste des membres sera revue avec l'ARS car est déjà obsolète du fait du turn over des acteurs.

Particularité : 2 vices présidentes

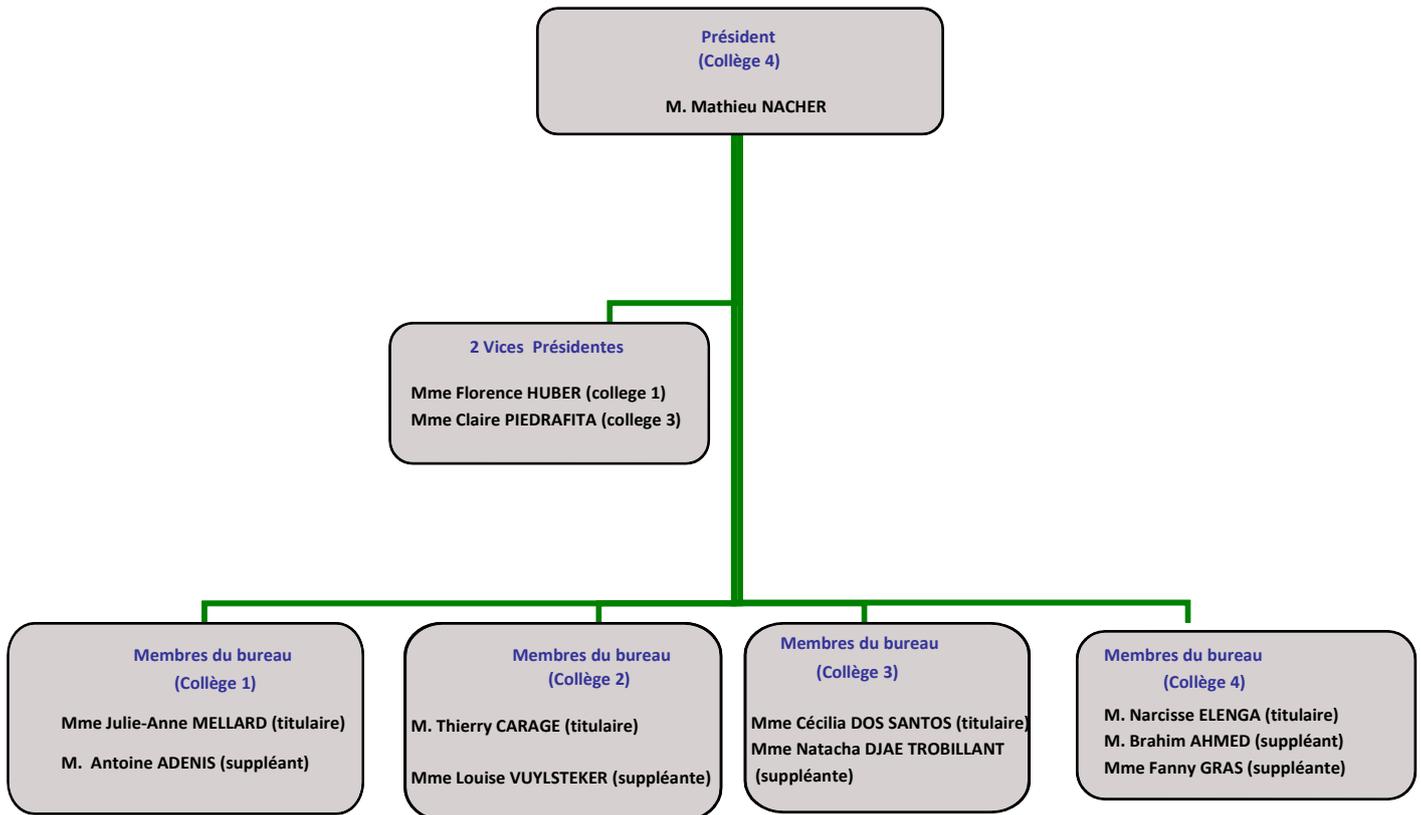
Voir ci-après, le tableau des membres.

Liste des membres du Corevih Guyane (mandat 2018 – 2022)

COLLEGES	TITULAIRE		SUPPLEANT	
	NOM	PRENOM	NOM	PRENOM
COLLEGE1	COUPPIE	PIERRE	ADENIS	ANTOINE
Représentants des Ets de santé sociaux et médico-sociaux	PEROTTI	FREDERIQUE	ADOISI	JOCELYNE
	HUBER	FLORENCE	BONIFAY	TIMOTHEE
	MELLARD	JULIE-ANNE		
	LORE	ISABELLE	OLIVIERO	CATHERINE
COLLEGE2			LABEDAN	LAETITIA
Professionnels de santé et de l'actionsociale	ABOUD	PHILIPPE	LUCARELLI	AUDE
	SELICKA	ELINA	SELE	PASCAL
	GRAS	FANNY		
	CHASSAGNON	PASCALE	CONSTANT	RICHARDSON
	LAMAISON	HELENE	SORIN	PASCALE
	RHODES	SOPHIE	AUZ	MARIE
	MAGNIEN	CHRISTIAN	VILLARD	CECILE
	DJOSSOU	FELIX		
	CARAGE	THIERRY	SUBLET	FABIEN
	GRENIER	CLAIRE	VUYLSTEKER	LOUISE
	ELESKY	FANNY	PIETTE	ALEXANDRA
COLLEGES	TITULAIRE		SUPPLEANT	
	NOM	PRENOM	NOM	PRENOM
COLLEGE3	PIEDRAFITA Y COSTA	CLAIRE	NAWANG	AGNES
Représentants des malades et des usagers du système desanté	DOS SANTOS OLIVEIRA	CECILIA	MENDIBIL	ELODIE
	DJAE TROBILLANT	NATACHA	WILLAERT	CORALIE
COLLEGE4	NACHER	MATHIEU		
Personnalitésqua lifiées	ALENGA	NARCISSE		
	CARLES	GABRIEL		
	AHMED	BRAHIM		
	GRANIER	DOMINIQUE		

MEMBRES DU BUREAU DU COREVIH GUYANE - élus en 2018

Bureau du Corevih 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. Comme souvent en Guyane, le turnover des personnes laisse de longues périodes avec des postes non pourvus ce qui est extrêmement nuisible à l'activité. Ainsi le poste de médecin coordinateur qui est important est resté vacant plusieurs mois faute de candidatures. L'animation des groupes de travail, notamment sur les thématiques médicales, en est handicapée : formation des médecins libéraux, suivi des trods en cabinet, rapport avec les laboratoires privés pour proposer systématiquement le dépistage en plus des bilans sanguins...

Tableau des réunions annuelles du COREVIH Guyane

2018	Réunions (nombre)	Participants (nombre)	Thèmes abordés	Compte rendu de réunion
3 réunions de Bureau	Le 24/04/2018 Lieu : salle DomusMédica (prêtée gracieusement)	Membres : 8 Remplaçants : 0 Observateurs : 5	Retour de données épidémiologiques Orientations 2018 Planification des plénières de l'année	Oui
	Le 24/09/2018 Lieu : salle DomusMédica (prêtée gracieusement)	Membres : 6 Remplaçants : 1 Observateurs : 6	Discuter des stratégies mises ou à mettre en place afin d'en faire part à la plénière Missions des coordinateurs territoriaux	Oui
	Le 23/11/2018 Lieu : salle DomusMédica (prêtée gracieusement)	Membres : 5 Remplaçants : 0 Observateurs : 2	Point sur l'OFFI Point sur la cours des comptes Point sur suites à donner à la formation de formateurs Trod VIH-VHC dispensée en septembre 2018 Projet « Journée mondiale 2019 » Dates prévisionnelles desprochaines réunions plénière et du bureau pour l'année 2019	Oui

3 séances plénières	Le 25/05/2018 Lieu : salle DomusMédica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 3 Collège 2 : 5 Collège 3 : 3 Collège 4 : 2 Invités : 20	Rappel des missions du Corevih Retour de données épidémiologiques Orientations et objectifs 2018 Discussion sur le dépistage pour amorcer les travaux Point en lien avec l'OFFI	Oui
	Le 24/09/2018 Lieu : salle DomusMédica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 3 Collège 2 : 4 Collège 3 : 3 Collège 4 : 3 Invités : 22	Missions des coordinateurs territoriaux Commissions et groupes de travail Etat des lieux sur la PREP en Guyane Projet OCS de l'association IDsanté	Oui
	Le 23/11/2018 Lieu : salle DomusMédica (prêtée gracieusement)	Membres Collège 1 : 3 Collège 2 : 3 Collège 3 : 1 Collège 4 : 1 Invités : 12	Projet carcéral « dedans/dehors » Kairos Présentation des cascades de soins du Brésil et du Surinam Le renoncement aux soins	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 médicaux interservices :

Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et Staffs médicaux interservices

STAFF ENCEINTES	FEMMES	2018	2017
Nombre de dossiers présentés		262	182
Nombre de staffs		11	10
Nombre de participants		59	59

Invités : soignants de l'HDJA, du pôle femme-enfant, 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	2018	2017
Nombre de dossiers présentés	209	37
Nombre de staffs	35	7
Nombre de participants	248	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. Staff mensuel en 2017, devenu hebdomadaire en 2018.

COMITE DES THERAPEUTIQUES	2018	2017
Nombre de dossiers présentés	9	22
Nombre de RCP	3	9
Nombre de participants	13	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)	Précision
Président Corevih	0,5 ETP	1 praticien Hospitalier
Coordination médicale	1 ETP	1 médecin (de fin janvier à fin septembre 2018)
Coordination territoriale	2 ETP	1 pour l'Ile de Cayenne et le secteur Est 1 pour l'Ouest guyanais (de janvier à décembre 2018)
TEC	5 ETP	<u>Affectées sur Cayenne</u> : 4 ETP <u>Kourou</u> : Pas de TEC depuis mi 2016 <u>Saint-Laurent du Maroni</u> : 1 ETP à compter du 3 septembre 2018
Secrétariat	1 ETP	Un agent
Interne	1 interne/semestre	Aucun en 2018

2.4-Moyens logistiques mis à disposition :

Etablissement siège : **Cayenne, Centre Hospitalier Andrée Rosemon**

8 ordinateurs fixes, 1 PC portable,

1 imprimante et 1 multifonction,

1 Destructeur de papier,

3 lignes extérieures, 2 lignes internes,

1 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,

Mise à disposition de locaux avec mobilier et fournitures de bureau (x3).

Autres établissements **Kourou, Centre Hospitalier de Kourou :**

Néant.

Saint-Laurent du Maroni, Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais :

1 ordinateur,

Mise à disposition d'un local avec mobilier et fournitures de bureau.

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 doit s'organiser tout au long de l'année autour de réunions avec ces partenaires : commissions et groupes de travail.

Ci-dessous, les commissions créées en 2018 :

Présentation des différentes commissions:

Commission de travail	Responsable
Commission PARCOURS DE SANTE	Le président du Corevih
Commission DEPISTAGE	Le Médecin coordinateur du Corevih
Commission PREVENTION-COMMUNICATION	La Coordination territoriale

Membres et personnes non membres du Corevih peuvent intégrer ces commissions.

Difficultés :

Un Turn over au niveau des coordinateurs médicaux, et non médicaux du Corevih, y compris au niveau des TEC de Kourou et l'Ouest guyanais ; met à mal le fonctionnement du Corevih et la remise en route des commissions et groupes de travail.

Actions effectuées :

Commission PARCOURS DE SANTE

Réflexion sur l'actualisation de protocole (IST) en Gynécologie et en Chirurgie viscérale : 3 réunions
Préparation des sessions de formations « Formation VIH/IST » à l'intention des bénévoles : 2 réunions

Commission DEPISTAGE

Mise en place du Trod mobile au CHAR : 11 réunions
Rencontre avec la cellule de formation du CHAR pour organisation de formations par le Corevih : 2 réunions

Commission PREVENTION-COMMUNICATION

Groupe de travail évènementiel :
Organisation du sidaction 2018 : 12 réunions (+ tenu d'un stand au CHAR + action externe)
Organisation de la JCD 2018 (Journée Caribéenne de Dépistage) : 5 (+ tenu d'un stand au CHAR + action externe)
Mise en place de la JMS : 2 réunions (actions sur le territoire +marche dans la ville de Cayenne)

Prévention :

Outils de prévention et/ou de réduction des risques : 3 réunions

Réunion interne organisation/fonctionnement des commissions (RA, budget, communication externe) :
2 réunions

Action de formation ou de prévention

Formation :

« Formation VIH/IST » à l'intention des bénévoles associatifs : 2 sessions d'une journée (18 et 24 mai 2018)

Formation trodeurs - à l'intention de bénévoles associatifs - septembre 2018

Formation de formateurs – à l'intention de bénévoles associatifs - septembre 2018

Formation STATA en juillet 2018 (par Pr Nacher)

Prévention :

Intervention sur la santé sexuelle en lien avec le Rectorat, dans un collège (Estelle le 01/06/2018)

Rencontre IDE scolaire de St-Georges (Estelle- coordo territoriale 16-18 /07/2019)

Intervention sur les violences sexuelles avec une association (ID santé) à St-Georges, dans un collège (Estelle le 12-14/11/2018)

➤ 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. ; présentation de nouveaux acteurs sur le territoire et retour sur des actions effectuées
- 1 bulletin diffusé

Newsletter :

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

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
- Liste des structures locales de dépistage et de prévention
- Bulletins d'informations de 2015 et 2016
- Outils de travail à destination des professionnels de santé
- Liste des articles et/ou thèses concernant le VIH
- Contact COREVIH : contacts externes réguliers pour recherche de documentation (thèses, mémoires...) par mails ou par téléphone

NB : accès au site aléatoire, voire impossible depuis peu

➤ Participation au réseau E-Nadis en 2017 :

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	9		

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

➤ Participation au réseau E-Nadis en 2018 :

Nbre de structures participant au réseau E-nadis		
2018	CHAR	CHOG
Total	2	

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

Nbre de patients inclus dans le réseau E-nadis		
	CHAR	CHOG
	Corevih Dermato Gynécologie HDJA Pédiatrie UMIT	Médecine Gynécologie
	1303	599
Total	1902	

Nbre d'indicateurs renseignés par le programme standard d'analyse de la base e-nadis	
Total	Très nombreux mais on peut citer : nouveaux patients, %CD4 au dépistage<200, %succès thérapeutique, perdus de vue, décès, SIDA, infections classantes, statégies thérapeutiques...

NB : Toujours pas de TEC à Kourou. Il n'y a donc pas de saisie de données VIH dans Nadis concernant le Centre Hospitalier de Kourou.

➤ **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 territoriale	2 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	
- des Coordinateurs territoriaux	
- des TEC	
EN METROPLE : transport, hébergement, restauration, inscription congrès / formations	
- du Président	
- du Médecin coordonnateur	
- des Coordinateurs territoriaux	
- des TEC/secrétariat	
- Autres (dont formations stratégiques)	
<u>ORGANISATION REUNIONS DU COREVIH / FORMATIONS COREVIH</u>	
- Réunions COREVIH (collation et buffet)	
- 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 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 mi 2017, et une commande effectuée durant l'année 2018 pour un montant de 9187,50 euros (1400 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 OBSTETRIC AL)	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
2018	240	483	30	102	1649	25	20	2774

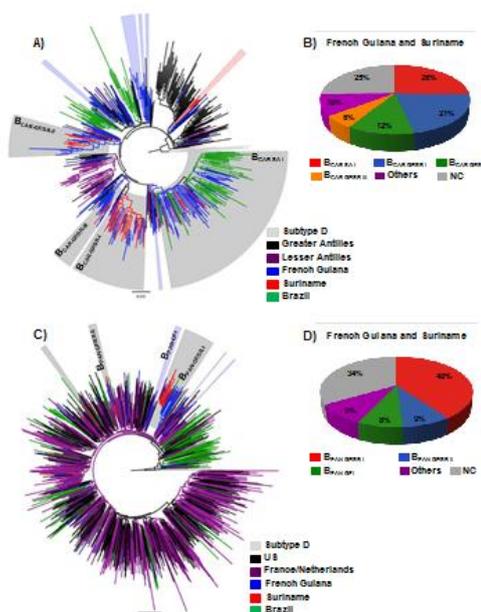
3.2-Le Corevih et la coopération :

Il existe divers projets de coopération. A l'Ouest le projet Takari de AIDES se fait en partenariat transfrontalier. Le Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (Dr Jolivet) a obtenu un financement PCIA pour un projet de coopération transfrontalier qui devrait démarrer en 2019. A l'Est le projet Oyapock Coopération Santé IDSANTE, également financé sur fonds Européens, rassemble les acteurs Guyanais et Brésiliens, avec depuis 2019 la prise en charge de patients Brésiliens à Oiapoque. Des incertitudes liées aux élections au Brésil et à l'attitude du nouveau gouvernement vis-à-vis des populations à risque. Ainsi la directrice du programme SIDA (Adèle Schwartz Belzakem) a été licenciée, il semblerait que les programmes du ministère vis-à-vis des LGBT sont dans le colimateur.

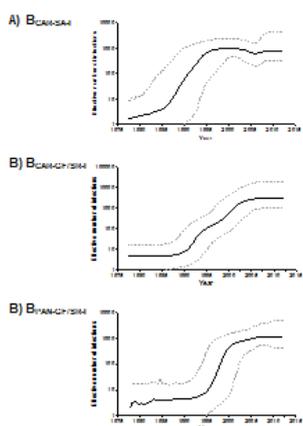
En 2018 une réunion ANRS a eu lieu à Sao Paulo, avec la directrice du programme SIDA et le Directeur de l'ANRS. Cette réunion évoquait la coopération transfrontalière et un contrat d'initiation de recherche.

En Juillet 2018 lors de la conférence mondiale du SIDA a eu lieu une session Caraïbes où a été présenté VIH et migration, utilisant notamment les données publiées sur l'épidémiologie moléculaire et la phylodynamique du VIH dans la Caraïbe et en Amérique du Sud. Ce projet est une collaboration avec la Fiocruz de Rio (Gonzalo Bello, spécialiste mondial des virus B_{car}). En cours de publication, avec les souches des Antilles étude cherchant à affiner les débuts de l'épidémie à Haïti et en République Dominicaine.

Phylogénie des souches B_{CAR} (haut) et B_{Pandemic} (Bas)

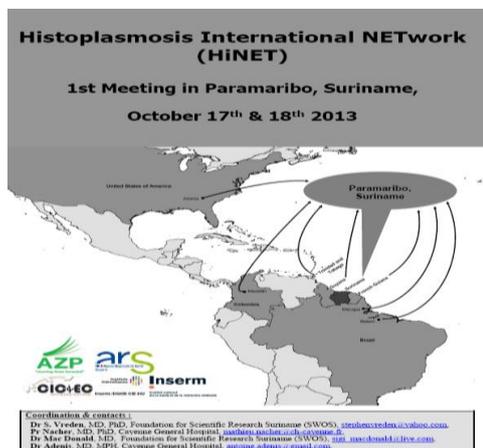


Phylodynamique des principales lignées de virus B_{CAR} et B_{Pandemic} qui situe les débuts de l'épidémie à la fin des années 1970 avec une augmentation exponentielle pendant les années 90. Le taux de croissance annuelle était de (0.30–0.46 nouvelle infection par an par patient).



Par ailleurs, assez discrète en Guyane, mais particulièrement visible au niveau mondial, on trouve l'expertise histoplasmosse dans une perspective de Santé Globale.

Pour mémoire, grâce aux fonds de coopération de l'ARS (malheureusement disparus depuis quelques années...), de l'AFD, et de l'OPS (TCC technical cooperation between countries), doublés de financements recherche ANRS/FEDER. Un programme de formation labo et clinique a abouti aux premiers diagnostics d'histoplasmose disséminée par culture au Suriname et au Guyana (où cette pathologie est sans doute le plus grand tueur de patients vivant avec le VIH). Le projet recherche a montré que 25% des patients VIH+ hospitalisés au Suriname étaient infectés par les histoplasmes (le chiffre de référence était zéro, la pathologie étant souvent prise pour une tuberculose...). Ainsi une première réunion histoplasmose a été organisée par les Guyanais en 2013 à Paramaribo (7 pays essentiellement financée par l'ARS et l'OPS).



En 2015, une deuxième réunion histoplasmose essentiellement financée par l'OPS s'est tenue à Paramaribo (13 pays), en 2019 s'est tenue une 3ème réunion à Manaus (23 au 25 Mars 2019, 25 pays représentés essentiellement financée par l'OPS et les CDC d'Atlanta).



80
2020

2013. Reducing histoplasmosis-related deaths in patients with advanced HIV disease

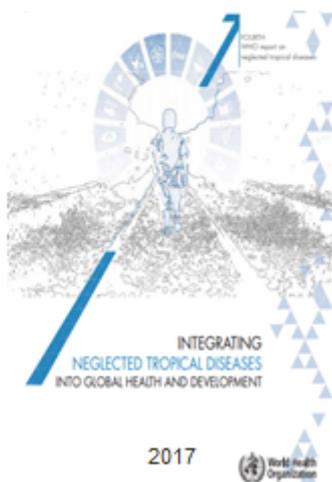


Mars 2019: Manaus

Entre ces 3 réunions au fil des publications alertant sur l’histoplasmosse en Amérique Latine, l’histoplasmosse et les infections fongiques profondes font maintenant partie des maladies négligées.

OPEN ACCESS freely available online
PLOS ONE
 Editorial
Disseminated Histoplasmosis in HIV-Infected Patients in South America: A Neglected Killer Continues on Its Rampage
 Mathieu Kacher^{1,2}, Antoine Adenis^{1,2}, Sigrid Mc Donald¹, Margarete Do Socorro Mendonca Gomes³, Shanti Singh⁴, Ivina Lopes Lima⁵, Rosilene Malcher Leite⁶, Sandra Hermelijn⁷, Merrill Wongsoekijjo⁸, Marja Van Er⁹, Sílvia Marques De Silva¹⁰, Maurimella Mesquita Da Costa¹¹, Maricette Silva¹², Maria Calvacante¹³, Terezinha do Menino Jesus Silva Leitao¹⁴, Beatriz L. Gómez¹⁵, Angela Restrepo¹⁶, Angela Tobon¹⁷, Cristina E. Canteros¹⁸, Christine Aznar¹⁹, Denis Blanchet²⁰, Vincent Vanticka²¹, Cyrille Vautrin²², Rachida Boukhar²³, Tom Chiller²⁴, Christina Scheel²⁵, Angela Ahlquist²⁶, Monika Ray²⁷, Olivier Lortholary^{28,29}, Bernard Carme^{3,30}, Pierre Couppie³¹, Stephan Vredes³²

2013



2017



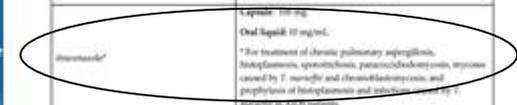
Grâce au partenariat avec GAFFI, l’itraconazole fait maintenant partie de la liste des médicaments essentiels (le Guyane n’en a pas il est très important que le médicament y figure (depuis 2017)).

WHO 2017: 20th essential medicines list



WHO Model List of Essential Medicines 20th edition

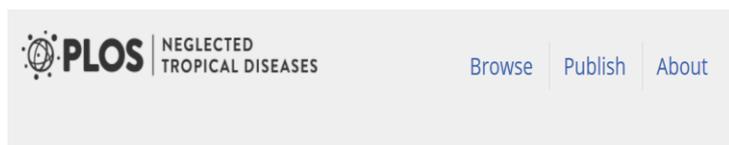
ampicillin/B	Powder for injection: 50 mg in vial (as sodium benzylpenicillin lysozymal complex)
chloramphenicol	Vaginal cream: 1%, 10% Vaginal tablet: 100 mg, 500 mg
fluconazole	Capsule: 50 mg Injection: 2 mg/ml in vial Oral liquid: 50 mg/5 ml
flucytosine	Capsule: 250 mg Injection: 2.5 g in 250 ml
gabapentin	Oral liquid: 125 mg/5 ml, [E] Solid oral dosage form: 125 mg, 250 mg
isoniazid*	Capsule: 100 mg Oral liquid: 10 mg/ml *For treatment of chronic pulmonary tuberculosis, histoplasmosis, sporotrichosis, paracoccidioidomycosis, mycoses caused by <i>T. marneffei</i> and chromoblastomycosis, and prophylaxis of histoplasmosis and infectious mononucleosis, <i>in vitro</i> sensitive organisms
erythromycin	Lozenge: 500 000 IU Oral liquid: 50 mg/5 ml, [E], 100 000 IU/ml, [E] Powder: 100 000 IU Tablet: 100 000 IU, 500 000 IU
retikonevle*	Tablet: 50 mg, 200 mg Powder for injection: 200 mg in vial Powder for oral liquid: 40 mg/ml *For treatment of chronic pulmonary aspergillosis and acute invasive aspergillosis
Complementary List	
procaine-adapt	Adapted solution



En 2017, la Guyane figurait dans le panel international d'experts du VIH avancé (<200 CD4) et l'histoplasmose, auparavant ignorée, est maintenant citée dans les recommandations OMS de 2017.



En 2018, à Kampala Ouganda une autre réunion organisée par GAFFI en présence de l'OMS a permis de faire une revue systématique de la littérature publiée (cosignée par des auteurs de 11 pays (France, Royaume Uni, Espagne, Suriname, Guyana, Venezuela, Brésil, Inde, Afrique du Sud, Cameroun, Nigéria, Ouganda) demandant à ce que les tests antigéniques fassent partie de la liste des tests biologiques essentiels (réponse avril 2019, ce serait bien parti...).



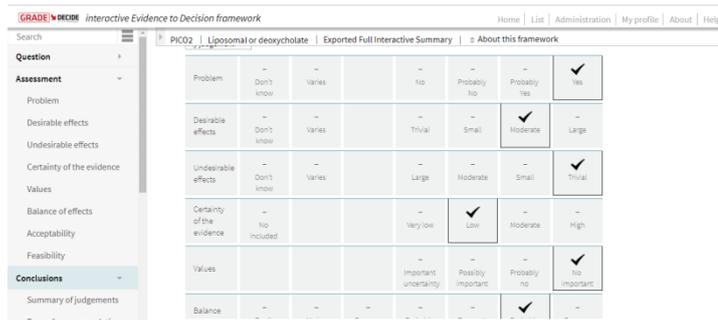
OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

RESEARCH ARTICLE

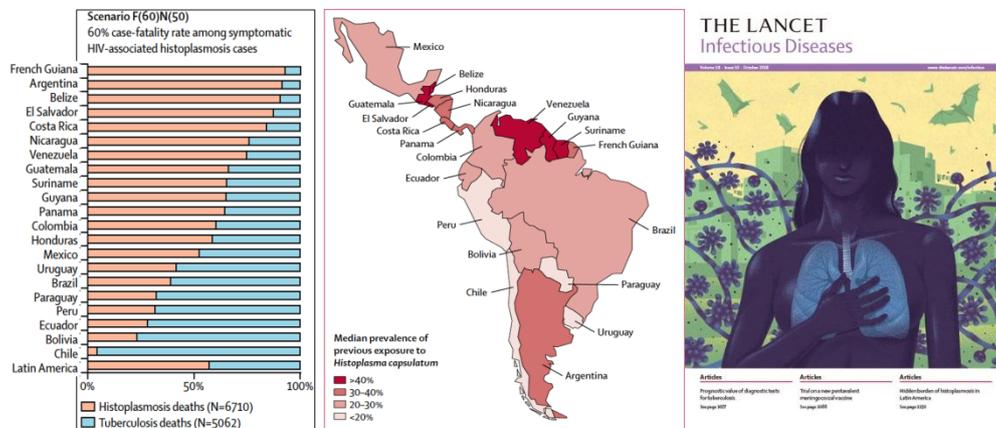
Histoplasma capsulatum antigen detection tests as an essential diagnostic tool for patients with advanced HIV disease in low and middle income countries: A systematic review of diagnostic accuracy studies

Mathieu Nacher, Denis Blanchet, Felix Bongomin, Arunaloke Chakrabarti, Pierre Couppié, Magalie Demar, David Denning, Félix Djossou, Loïc Epelboin, Nelesh Govender, Terezinha Leitão, Sigrid Mac Donald, Christine Mandengue, Silvia Helena Marques da Silva, Rita Oladele, Maria Mercedes Panizo, Alessandro Pasqualotto, Ruth Ramos, Subramanian Swaminathan, Juan Luis Rodriguez-Tudela, Stephen Vreden, Rosely Zancopé-Oliveira, Antoine Adenis

Enfin en Mars 2019, en préambule de la réunion de Manaus s'est tenue une réunion pour établir les recommandations OMS/OPS concernant le diagnostic et le traitement de l'histoplasmose du patient VIH (coorganisée par les Guyanais, un membre du panel international d'experts et méthodologiste de la réunion(méthodologie OMS/Grade Evidence to Decisionframework) sous la houlette de l'OMS.



En 2018 sont parues dans la prestigieuse revue *Lancet infectious diseases* les premières estimations et cartographies par pays du poids de l’histoplasmose en Amérique Latine (Adenis A). L’éditorial associé à l’article, qui a eu l’honneur d’être l’objet de la première page, la conclusion était « l’histoplasmose détrône la tuberculose en Amérique Latine ».



Les chercheurs Guyanais ont été invités à Amsterdam, Kampala, Capetown pour parler de ce sujet. Les pays Africains, alertés par ces travaux sont en train de trouver que leurs patients meurent aussi d’histoplasmose disséminée (Cameroun 15% des patients auraient une histoplasmose, en Afrique du Sud ce serait les mêmes taux, ce qui laisse envisager un poids considérable en termes de mortalité vu le nombre de patients infectés par le VIH en Afrique Sub Saharienne).

Alors que l’histoire de l’histoplasmose était « bottom-up » avec des médecins et chercheurs alertant les autorités (OPS/OMS/ONUSIDA) qui avait complètement omis ce tueur ignoré du fait de l’absence de test diagnostique et donc de données. Désormais l’histoplasmose est en voie d’être « normalisée » elle figure dans les documents de référence internationaux, largement grâce aux efforts de quelques Guyanais depuis de nombreuses années (dermatologues, épidémiologistes, infectiologues, et mycologistes, une belle histoire d’équipe). Alors que 5000-10000 personnes infectées par le VIH meurent encore de cette pathologie chaque année, alors qu’arrivent de nouveaux tests diagnostiques bientôt recommandés par l’OMS, alors que les médicaments pour traiter cette pathologie deviennent accessibles (ambisome générique serait prochainement autorisée pour l’histoplasmose, source OMS, une autre retombée des efforts de la Guyane) le bout du tunnel semble proche. Les crédits de coopération de l’ARS mis en place par Philippe Damie et son approche volontariste de la coopération ont porté leurs fruits bien au-delà de ce que l’on aurait pu prévoir et **il est bien malheureux qu’ils aient disparu...**

Une doctorante de l’UG (financée par contrat doctoral MESR et financement ministère de l’outre-mer) a mis en évidence grâce à une collaboration américano-brésilienne (Marcus Teixeira, Bridget Barker) 3 nouvelles espèces phylogénétiques d’histoplasmes à partir de séquençages génomes entiers de Guyane du Suriname et du Venezuela (financement CDC Atlanta).

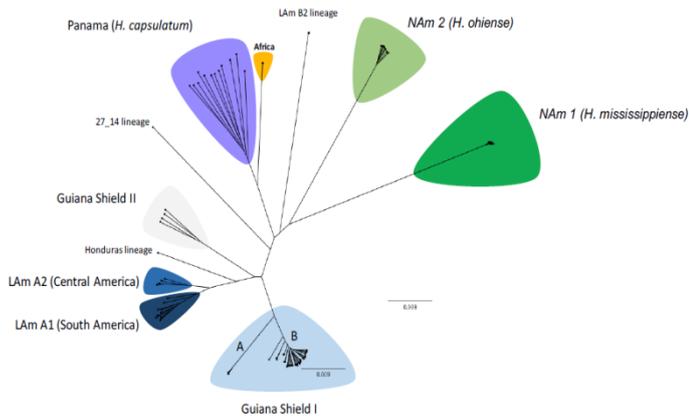


Figure : 3 espèces phylogénétiques nouvelles isolées en Guyane (Guianashield 1 A et 1 B et Guianashield 2).

Enfin participation au groupe d'experts pour le chapitre prévention dépistage rapport Morlat 2018.

Publications scientifiques 2018 autour du VIH.

Bien que cela paraisse détaché de la réalité quotidienne, la plupart des choses que l'on sait sur le VIH viennent de petits et de plus grands travaux qui permettent d'asseoir les interventions sur des faits. Les recettes métropolitaines ne sont pas forcément transposables en Guyane il est donc essentiel de « connaître son épidémie pour la combattre », et c'est aux acteurs locaux de le faire. L'épidémie est qualitativement et quantitativement différente de celle en métropole. Comme on l'a vu les infections opportunistes sont également différentes.

1: Nacher M, Huber F, Adriouch L, Djossou F, Adenis A, Couppié P. Temporal trend of the proportion of patients presenting with advanced HIV in French Guiana: stuck on the asymptote? BMC Res Notes. 2018 Nov 26;11(1):831. doi: 10.1186/s13104-018-3944-y. PubMed PMID: 30477588; PubMed Central PMCID: PMC6258272.

2: Nabet C, Belzunce C, Blanchet D, Abboud P, Djossou F, Carme B, Aznar C, Demar M. Histoplasma capsulatum causing sinusitis: a case report in French Guiana and review of the literature. BMC Infect Dis. 2018 Nov 26;18(1):595. doi: 10.1186/s12879-018-3499-5.Review. PubMed PMID: 30477434; PubMed Central PMCID: PMC6258161.

3: Nacher M, Blanchet D, Bongomin F, Chakrabarti A, Couppié P, Demar M, Denning DW, Djossou F, Epelboin L, Govender N, Leitão T, Mac Donald S, Mandengue C, Marques da Silva SH, Oladele R, Panizo MM, Pasqualotto A, Ramos R, Swaminathan S, Rodriguez-Tudela JL, Vreden S, Zancopé-Oliveira R, Adenis A. Histoplasma capsulatum antigen detection tests as an essential diagnostic tool for patients with advanced HIV disease in low and middle income countries: A systematic review of diagnostic accuracy studies. PLoSNegl Trop Dis. 2018 Oct 19;12(10):e0006802. doi: 10.1371/journal.pntd.0006802. eCollection 2018 Oct. PubMed PMID: 30339674; PubMed Central PMCID: PMC6209380.

4: Mosnier E, Epelboin L, Guiraud N, Huber F, Adriouch L, Guarmit B, Brousse P, Terraz A, Boser A, Gaillet M, Djossou F, Adenis A, Nacher M. Spatial dynamics and epidemiology for AIDS in remote areas in French Guiana. AIDS Care. 2019 Apr;31(4):498-504. doi: 10.1080/09540121.2018.1524111. Epub 2018 Oct 4. PubMed PMID: 30286608.

5: Nacher M, Ayhan G, Arnal R, Huber F, Basurko C, Pastre A, Falissard B, About V. Prevalence and predictors of penile nodules in French Guiana's sole prison facility. PLoS One. 2018 Sep 27;13(9):e0204808. doi: 10.1371/journal.pone.0204808. eCollection 2018. PubMed PMID: 30261063; PubMed Central PMCID: PMC6160200.

6: Bello G, Nacher M, Divino F, Darcissac E, Mir D, Lacoste V. The HIV-1 Subtype B Epidemic in French Guiana and Suriname Is Driven by Ongoing Transmissions of Pandemic and Non-pandemic Lineages. Front Microbiol. 2018 Jul 31;9:1738. doi: 10.3389/fmicb.2018.01738. eCollection 2018. PubMed PMID: 30108576; PubMed Central PMCID: PMC6079251.

7: Nacher M, Adenis A, Huber F, Hallet E, Abboud P, Mosnier E, Bideau B, Marty C, Lucarelli A, Morel V, Lacapère F, Epelboin L, Couppié P. Estimation of the duration between HIV seroconversion and HIV diagnosis in different population groups in French Guiana: Strategic information to reduce the proportion of undiagnosed infections. PLoS One. 2018 Jun 22;13(6):e0199267. doi: 10.1371/journal.pone.0199267. eCollection 2018. PubMed PMID: 29933374; PubMed Central PMCID: PMC6014655.

8: Eubanks A, Parriault MC, Van Melle A, Basurko C, Adriouch L, Cropet C, Nacher M. Factors associated with sexual risk taking behavior by precarious urban migrants in French Guiana. BMC Int Health Hum Rights. 2018 Jun 8;18(1):24. doi: 10.1186/s12914-018-0164-4. PubMed PMID: 29884188; PubMed Central PMCID: PMC5994113.

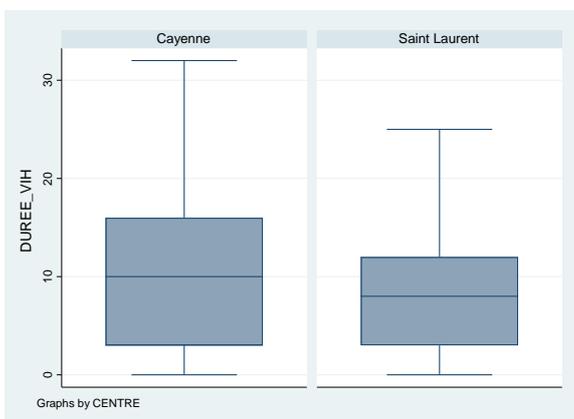
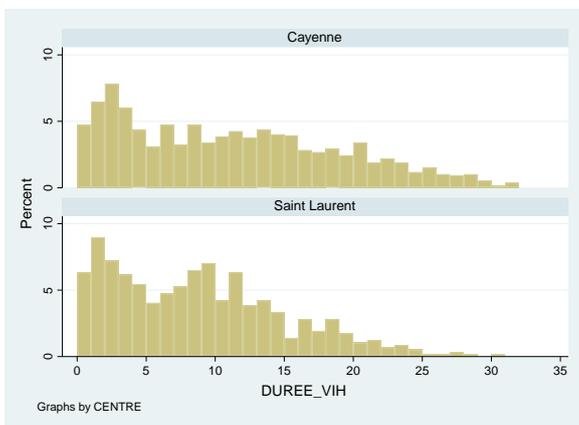
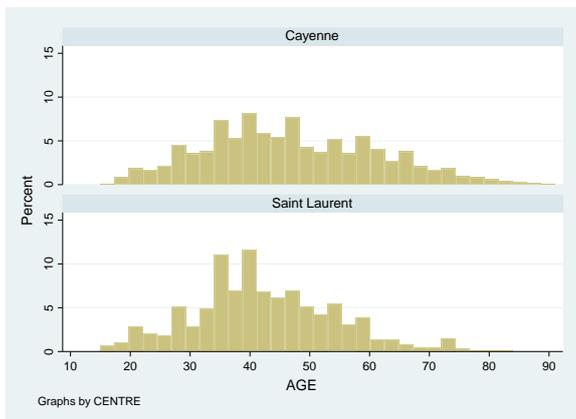
9: Nacher M, Adriouch L, Huber F, Vantilcke V, Djossou F, Elenga N, Adenis A, Couppié P. Modeling of the HIV epidemic and continuum of care in French Guiana. PLoS One. 2018 May 24;13(5):e0197990. doi: 10.1371/journal.pone.0197990. eCollection 2018. PubMed PMID: 29795698; PubMed Central PMCID: PMC5967714.

10: Nacher M, Adriouch L, Van Melle A, Parriault MC, Adenis A, Couppié P. Country of infection among HIV-infected patients born abroad living in French Guiana. PLoS One. 2018 Feb 8;13(2):e0192564. doi: 10.1371/journal.pone.0192564. eCollection 2018. PubMed PMID: 29420591; PubMed Central PMCID: PMC5805311.

11: Chroboczek T, Dufour J, Renaux A, Aznar C, Demar M, Couppie P, Adenis A. Histoplasmosis: An oral malignancy-like clinical picture. Med Mycol Case Rep. 2018 Jan 17;19:45-48. doi: 10.1016/j.mmcr.2017.11.001. eCollection 2018 Mar. PubMed PMID: 29379706; PubMed Central PMCID: PMC5775070.

12: Adenis AA, Valdes A, Cropet C, McCotter OZ, Derado G, Couppie P, Chiller T, Nacher M. Burden of HIV-associated histoplasmosis compared with tuberculosis in Latin America: a modelling study. Lancet Infect Dis. 2018 Oct;18(10):1150-1159. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30354-2. Epub 2018 Aug 23. PubMed PMID: 30146320.

IV-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES



Centre 1=Cayenne, Centre 2=Saint Laurent

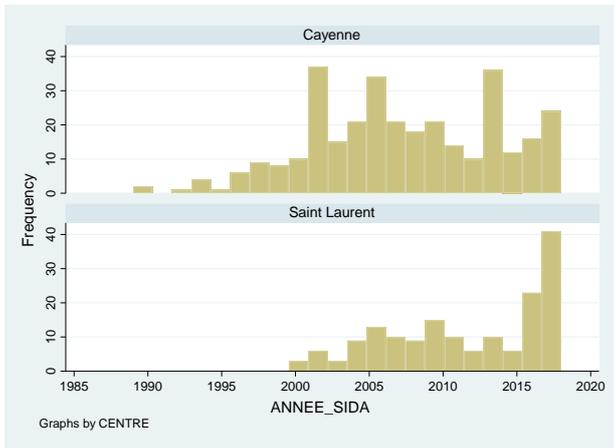
-

-> CENTRE = 1

PAYS_NAISS	Freq.	
BENIN	1	
BRÉSIL	135	*****
BURUNDI	1	
CAMEROUN	1	
CAP-VERT	1	
COLOMBIE	3	
CONGO (REPUBLIQUE DU)	1	
COTE D'IVOIRE	3	
DOMINIQUE (ILE)	1	
FRANCE	140	*****
GAMBIE	2	
GUINEE-BISSAU	7	*
GUYANA	120	*****
Guadeloupe	2	
Guyane française	27	**
HAÏTI	567	*****
NR	177	*****
PAKISTAN	1	
PEROU	5	
PORTUGAL	2	
REPUBLIQUE DOMINICAINE	32	**
Réunion	1	
SAINTE-LUCIE	9	*
SENEGAL	3	
SIERRA LEONE	1	
SURINAM	59	****
THAÏLANDE	1	
YOUgoslavie	1	
Total	1,304	

-> CENTRE = 2

PAYS_NAISS	Freq.	
BRÉSIL	30	****
DOMINIQUE (ILE)	2	
FRANCE	58	*****
GUINEE-BISSAU	1	
GUYANA	39	****
Guyane française	34	****
HAÏTI	50	*****
NR	51	*****
REPUBLIQUE DOMINICAINE	4	*
SAINTE-LUCIE	1	
SURINAM	329	*****
Total	599	



A Saint Laurent on observe une augmentation des cas de SIDA. Ceci est concordant avec le dépistage tardif qui y est régulièrement observé. Ceci est également concomitant du pic migratoire de 2015, mais si l'on regarde la nationalité ce sont essentiellement des patients surinamais.

```
. bysort CENTRE: tab ANNEE_SIDA, plot
```

```
-> CENTRE = 1
```

ANNEE_SIDA	Freq.
1989	1 *
1990	1 *
1992	1 *
1993	3 ***
1994	1 *
1995	1 *
1996	6 *****
1997	4 ****
1998	5 *****
1999	8 *****
2000	10 *****
2001	15 *****
2002	22 *****
2003	15 *****
2004	21 *****
2005	18 *****
2006	16 *****
2007	21 *****
2008	18 *****
2009	11 *****
2010	10 *****
2011	14 *****
2012	10 *****
2013	21 *****
2014	15 *****
2015	12 *****
2016	16 *****
2017	19 *****
2018	5 *****
Total	320

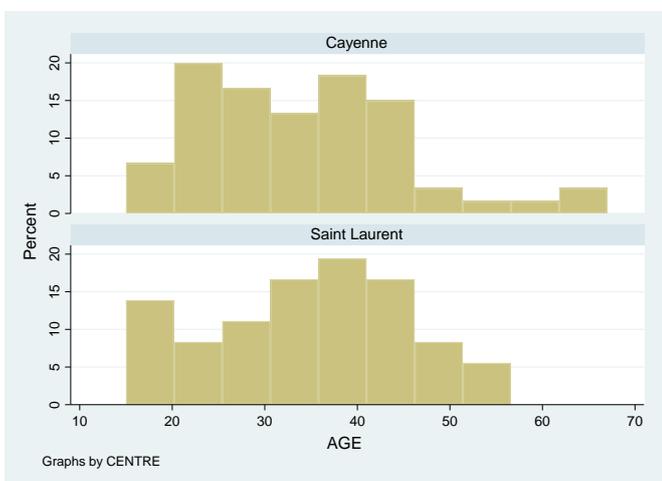
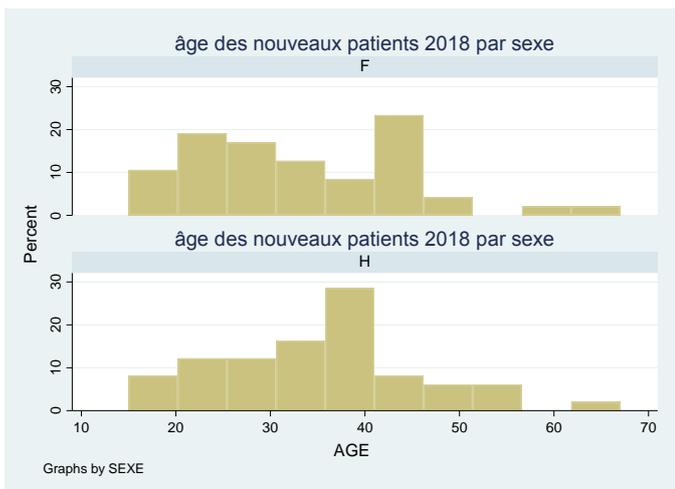
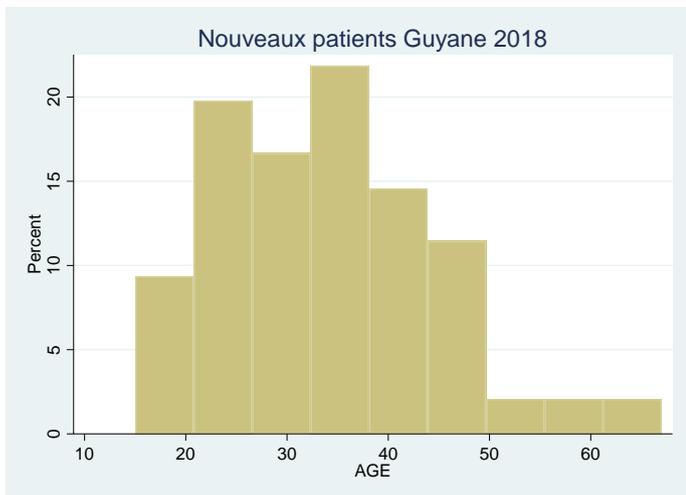
```
-> CENTRE = 2
```

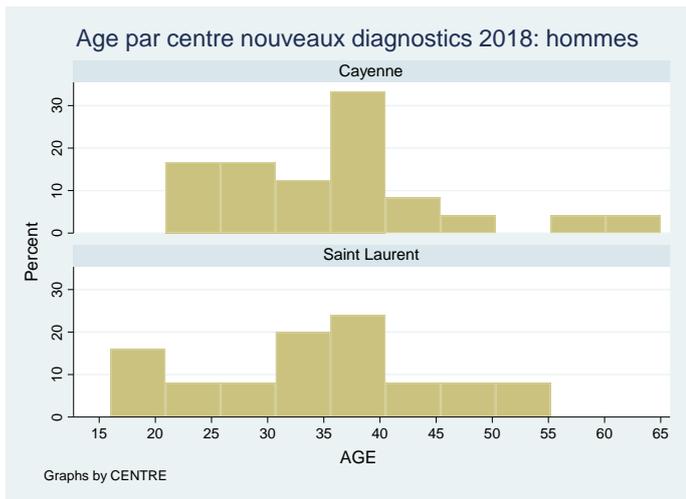
ANNEE_SIDA	Freq.
2000	3 ***
2001	4 ****
2002	2 **
2003	3 ***
2004	9 *****
2005	7 *****
2006	6 *****
2007	10 *****
2008	9 *****
2009	7 *****
2010	8 *****
2011	10 *****
2012	6 *****
2013	3 ***
2014	7 *****
2015	6 *****
2016	23 *****
2017	25 *****
2018	16 *****
Total	164

Décès

- 2018: 17 décès (6 lié au vih, 3 cardiovasculaire, 1 complication hepatite non VHC, 3 indéterminé, 3 autre)

Nouveaux patients





Nationalité des nouveaux patients

```
. bysort CENTRE: tab PAYS if NVX=="Oui" & PAYS!="NR", missing
```

```
-> CENTRE = 1
```

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
BRÉSIL	8	15.09	15.09
CONGO (REPUBLIQUE DU)	1	1.89	16.98
FRANCE	2	3.77	20.75
GUYANA	2	3.77	24.53
Guyane française	3	5.66	30.19
HAÏTI	27	50.94	81.13
REPUBLIQUE DOMINICAINE	6	11.32	92.45
SURINAM	3	5.66	98.11
YOUgoslavie	1	1.89	100.00
Total	53	100.00	

```
-> CENTRE = 2
```

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
BRÉSIL	4	17.39	17.39
FRANCE	2	8.70	26.09
Guyane française	6	26.09	52.17
HAÏTI	1	4.35	56.52
SURINAM	10	43.48	100.00
Total	23	100.00	

Nouveaux patients par centre (1 Cayenne, 2 SLM)

. bysort CENTRE: tab NVX

-> CENTRE = 1

NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	1,205	95.26	95.26
Oui	60	4.74	100.00
Total	1,265	100.00	

-> CENTRE = 2

NVX	Freq.	Percent	Cum.
Non	532	93.66	93.66
Oui	36	6.34	100.00
Total	568	100.00	

. bysort CENTRE: tab ANNEE_VIH, plot

-> CENTRE = 1

ANNEE_VIH	Freq.
1986	2 *
1987	3 **
1988	2 *
1989	7 ****
1990	13 *****
1991	12 *****
1992	13 *****
1993	19 *****
1994	15 *****
1995	24 *****
1996	28 *****
1997	24 *****
1998	43 *****
1999	31 *****
2000	37 *****
2001	34 *****
2002	36 *****
2003	50 *****
2004	51 *****
2005	55 *****
2006	48 *****
2007	54 *****
2008	49 *****
2009	43 *****
2010	60 *****
2011	41 *****
2012	60 *****
2013	39 *****
2014	55 *****
2015	76 *****
2016	99 *****
2017	82 *****
2018	60 *****
Total	1,265

-> CENTRE = 2

ANNEE_VIH	Freq.	
1987	1	*
1990	1	*
1991	2	**
1992	1	*
1993	1	*
1994	3	***
1995	5	*****
1996	4	****
1997	7	*****
1998	6	*****
1999	10	*****
2000	16	*****
2001	11	*****
2002	16	*****
2003	8	*****
2004	19	*****
2005	24	*****
2006	22	*****
2007	36	*****
2008	24	*****
2009	40	*****
2010	37	*****
2011	30	*****
2012	27	*****
2013	23	*****
2014	31	*****
2015	35	*****
2016	41	*****
2017	51	*****
2018	36	*****
Total	568	

On note une vague de nouveaux diagnostics autour de 2015 dans les centres de Cayenne et Saint Laurent. Cependant on note que sur le long terme les choses semblent plus stables à Cayenne qu'à Saint Laurent où le nombre de nouveaux cas par an a doublé en 15 ans. Ceci est concordant avec la fréquence du dépistage tardif à l'Ouest, et avec le fait que jusqu'à récemment la majorité des patients Surinamais n'étaient pas sous antirétroviraux (seuil de début 200 CD4 jusqu'à récemment) et donc une charge virale communautaire élevée et une épidémie active. Dépister et traiter des deux côtés du fleuve est capital.

DO VIH.

Beaucoup de données manquantes sur le dépistage tardif, les infections récentes après un pic en 2015 les nouveaux diagnostics seraient en baisse mais il faut attendre que les déclarations tardives remontent à la CIRE.

	Année de diagnostic							Total
	2012	2013	2014	2015	2016 *	2017 *	2018 jan-juin *	
Dépistage tardif								
Oui	15	24	31	28	9	21	3	131
Non	44	76	77	83	41	24	15	360
Inconnu	42	72	88	88	199	112	37	638
Total	101	172	196	199	249	157	55	1129

On retrouve un dépistage d'environ 30% des patients à moins de 200 CD4 à Cayenne, comme depuis 20 ans, comme en Europe, et près de la moitié à moins de 200 CD4 comme constaté depuis très longtemps à Saint – Laurent.

```
. bysort CENTRE: tab RECODE_CD4_DEPISTAGE if NVX=="Oui"
```

```
-> CENTRE = 1
```

RECODE_CD4_ DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	11	21.15	21.15
350-500	17	32.69	53.85
<200	8	15.38	69.23
>500	16	30.77	100.00
Total	52	100.00	

```
-> CENTRE = 2
```

RECODE_CD4_ DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	5	15.15	15.15
350-500	6	18.18	33.33
<200	15	45.45	78.79
>500	7	21.21	100.00
Total	33	100.00	

DO VIH et stade clinique.

	Année de diagnostic											Total
	<2009	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 *	2017 *	2018 jan-juin *	
Stade clinique												
.	526	105	93	79	101	74	96	89	202	114	37	1516
1-Primo Infection	11	.	2	4	2	1	1	1	2	2	2	28
2-Asymptomatique	385	78	69	71	68	75	72	87	39	24	12	980
3-Sympt.non sida	94	27	25	20	14	14	22	11	2	6	1	236
4-Stade sida	165	20	24	19	10	8	5	11	4	11	3	280
Total	1181	230	213	193	195	172	196	199	249	157	55	3040

	Année de diagnostic											Total
	<2009	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 *	2017 *	2018 jan-juin *	
Motif de dépistage												
.	542	90	70	73	95	72	102	107	197	112	33	1493
Signes cliniques et biologiques	223	48	52	41	24	21	21	23	4	18	5	480
Expo VIH	135	21	31	27	20	6	13	20	.	2	1	276
Prise en charge	15	14	9	5	.	1	1	45
Bilan systématique	107	23	20	25	30	44	37	20	28	6	5	345
Grossesse	97	19	10	9	7	6	9	6	6	12	.	181
Dépistage orienté	7	5	13	9	11	15	9	16	10	4	9	108
Autre	55	10	8	4	8	7	4	7	4	3	2	112
Total	1181	230	213	193	195	172	196	199	249	157	55	3040

Figure issue de modélisation de l'épidémie avec SPECTRUM, AIM le modèle de l'ONUSIDA qui estime l'incidence (taux et nombre d'infections), la prévalence, nombre total de PVVIH en Guyane (diagnostiquées et non diagnostiquées).

Fig 1a. Estimated number of persons living with HIV in French Guiana (Spectrum)

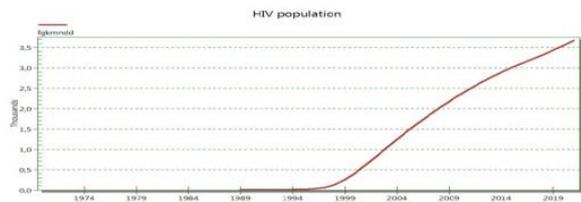


Fig 1b. prevalence of HIV in persons 15-49 years in French Guiana (Spectrum)

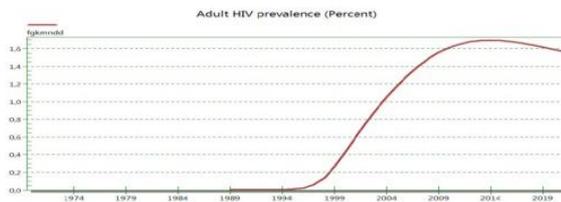


Fig 1c. Incidence of HIV per 1000 susceptible persons (Spectrum)

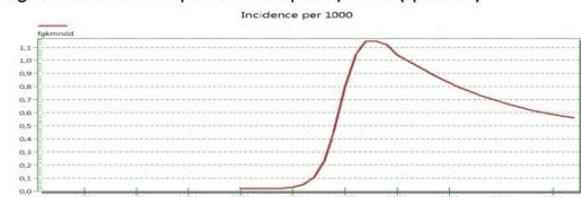


Fig 1d. Estimated number of incident infections by year (Spectrum)

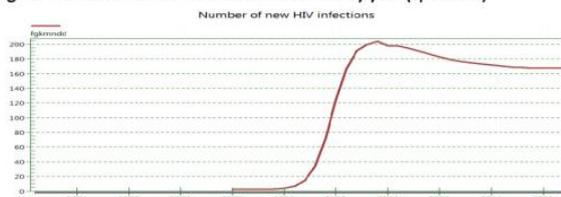


Fig 1. Spectrum modeling of total numbers of HIV-infected persons, prevalence, incidence rate, and number of incident infections in French Guiana. (a) Estimated number of persons living with HIV in French Guiana (Spectrum); (b) prevalence of HIV in persons 15–49 years in French Guiana (Spectrum); (c) Incidence of HIV per 1000 susceptible persons (Spectrum); and (d) Estimated number of incident infections by year in French Guiana (Spectrum).

On retrouve comme toujours un sexe ratio équilibré à Cayenne et un surcroit de femmes à Saint Laurent.

-> CENTRE = 1

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	664	50.92	50.92
H	640	49.08	100.00
Total	1,304	100.00	

-> CENTRE = 2

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	358	59.77	59.77
H	241	40.23	100.00
Total	599	100.00	

. tab DERNIER_SERO_VHB_AGHBS

DERNIER_SERO_VHB_AGHBS	Freq.	Percent	Cum.
Douteux	2	0.11	0.11
Negatif	1,704	96.71	96.82
Positif	56	3.18	100.00
Total	1,762	100.00	

. tab DERNIER_SERO_VHC

DERNIER_SERO_VHC	Freq.	Percent	Cum.
Douteux	9	0.51	0.51
Negatif	1,731	98.52	99.03
Positif	17	0.97	100.00
Total	1,757	100.00	

. tab DERNIER_SERO_TOX

DERNIER_SERO_TOXO	Freq.	Percent	Cum.
Douteux	13	0.81	0.81
Negatif	636	39.48	40.29
Positif	962	59.71	100.00
Total	1,611	100.00	

RECODE_DERNIER_CD4	CDC_2			Total
	A	B	C	
200-350	115	26	83	224
	51.34	11.61	37.05	100.00
	12.64	12.81	19.21	14.50
350-500	160	38	94	292
	54.79	13.01	32.19	100.00
	17.58	18.72	21.76	18.90
<200	50	12	91	153
	32.68	7.84	59.48	100.00
	5.49	5.91	21.06	9.90
>500	585	127	164	876
	66.78	14.50	18.72	100.00
	64.29	62.56	37.96	56.70
Total	910	203	432	1,545
	58.90	13.14	27.96	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Concernant les 3 stratégies thérapeutiques les plus fréquentes :

1/2 inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase + 1 Inhibiteur non nucléosidique

2/2 inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase + 1 inhibiteur de la protéase boosté

3/2 inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase + 1 Inhibiteur de l'intégrase.

A Saint Laurent les stratégies sont plus basées sur les inhibiteurs de protéases dont la barrière génétique est plus importante ce qui est peut-être le motif de ce choix en contexte d'isolement et de ruptures.

. tab SCHEMA_DERNIER_EVT

SCHEMA_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
1II	11	1.44	1.44
1IP	46	6.02	7.46
1IPb	12	1.57	9.03
1IPb+1II	14	1.83	10.86
1IPb+1II+1IE	1	0.13	10.99
1N	6	0.79	11.78
1N+1II	1	0.13	11.91
1N+1IPb	15	1.96	13.87
1N+1IPb+1II	19	2.49	16.36
1N+1NN+1II	10	1.31	17.67
1N+1NN+1IPb	6	0.79	18.46
1N+2IPb	1	0.13	18.59
1NN	4	0.52	19.11
1NN+1II	8	1.05	20.16
1NN+1IP	1	0.13	20.29
1NN+1IPb	8	1.05	21.34
1NN+1IPb+1IE	1	0.13	21.47
1NN+1IPb+1II	6	0.79	22.25
2N+1II	121	15.84	38.09
2N+1IP	3	0.39	38.48
2N+1IPb	223	29.19	67.67
2N+1IPb+1II	4	0.52	68.19
2N+1NN	234	30.63	98.82
2N+1NN+1IPb	2	0.26	99.08
3N	4	0.52	99.61
3N+1II	1	0.13	99.74
3N+1IPb	2	0.26	100.00
Total	764	100.00	

. bysort CENTRE : tab SCHEMA_DERNIER_EVT

-> CENTRE = 1

SCHEMA_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
1II	8	1.42	1.42
1IP	23	4.08	5.50
1IPb	10	1.77	7.27
1IPb+1II	12	2.13	9.40
1IPb+1II+1IE	1	0.18	9.57
1N	3	0.53	10.11
1N+1II	1	0.18	10.28
1N+1IPb	14	2.48	12.77
1N+1IPb+1II	16	2.84	15.60
1N+1NN+1II	10	1.77	17.38
1N+1NN+1IPb	6	1.06	18.44
1N+2IPb	1	0.18	18.62
1NN	3	0.53	19.15
1NN+1II	8	1.42	20.57
1NN+1IP	1	0.18	20.74
1NN+1IPb	8	1.42	22.16
1NN+1IPb+1IE	1	0.18	22.34
1NN+1IPb+1II	5	0.89	23.23
2N+1II	106	18.79	42.02
2N+1IP	3	0.53	42.55
2N+1IPb	128	22.70	65.25
2N+1IPb+1II	4	0.71	65.96
2N+1NN	187	33.16	99.11
2N+1NN+1IPb	1	0.18	99.29
3N	3	0.53	99.82
3N+1II	1	0.18	100.00
Total	564	100.00	

-> CENTRE = 2

SCHEMA_DERNIER_EVT	Freq.	Percent	Cum.
1II	3	1.50	1.50
1IP	23	11.50	13.00
1IPb	2	1.00	14.00
1IPb+1II	2	1.00	15.00
1N	3	1.50	16.50
1N+1IPb	1	0.50	17.00
1N+1IPb+1II	3	1.50	18.50
1NN	1	0.50	19.00
1NN+1IPb+1II	1	0.50	19.50
2N+1II	15	7.50	27.00
2N+1IPb	95	47.50	74.50
2N+1NN	47	23.50	98.00
2N+1NN+1IPb	1	0.50	98.50
3N	1	0.50	99.00
3N+1IPb	2	1.00	100.00
Total	200	100.00	

A l'aire des traitements en une prise le motif d'arrêt d'un traitement est la simplification thérapeutique.

. tab _TABLE_TRT_VIH_FINALMOTIF_ARRE, missing

_TABLE_TRT_VIH_FINALMOTIF_ARRE _PRECEDENT	Freq.	Percent	Cum.
	400	21.02	21.02
Adaptation pharmacologique	8	0.42	21.44
Autre toxicité biologique	3	0.16	21.60
Autres effets secondaires cliniques	16	0.84	22.44
Autres motifs thérapeutiques	59	3.10	25.54
Dyslipidémie	9	0.47	26.01
Décision du patient	104	5.47	31.48
Désir de grossesse	20	1.05	32.53
Echec immunologique	3	0.16	32.69
Echec immunologique ET virologique	8	0.42	33.11
Echec virologique	75	3.94	37.05
Effets secondaires cardiovasculaires	4	0.21	37.26
Effets secondaires cutanés	10	0.53	37.78
Effets secondaires digestifs	41	2.15	39.94
Effets secondaires neurologiques	42	2.21	42.14
Effets secondaires psychiatriques	16	0.84	42.98
Effets secondaires rénaux	33	1.73	44.72
Fin de grossesse	60	3.15	47.87
Fin de protocole	3	0.16	48.03
Fin de traitement	12	0.63	48.66
Grossesse en cours	17	0.89	49.55
Hyperbilirubinémie	1	0.05	49.61
Inconnu	25	1.31	50.92
Intensification thérapeutique	12	0.63	51.55
Interaction médicamenteuse	35	1.84	53.39
Intolérance aux traitements	23	1.21	54.60
Lipodystrophie	3	0.16	54.76
Non observance	48	2.52	57.28
Prévention de toxicité	209	10.98	68.26
Simplification thérapeutique	513	26.96	95.22
Suspension thérapeutique programmée	6	0.32	95.53
Toxicité hématologique	9	0.47	96.01
Toxicité hépatique	11	0.58	96.58
Toxicité mitochondriale / myosite	1	0.05	96.64
Toxicité pancréatique	2	0.11	96.74
Toxicité rénale	48	2.52	99.26
Traitement provisoire	14	0.74	100.00
Total	1,903	100.00	

. tab _TABLE_DONNEES_FINRECODE_MOTIF_

_TABLE_DONNEES_ FIN.RECODE_MOTIF_ARRET_ARV_PRECEDENT	Freq.	Percent	Cum.
Autre	585	38.92	38.92
EIS	307	20.43	59.35
Echec	86	5.72	65.07
Intensification	12	0.80	65.87
Simplification	513	34.13	100.00
Total	1,503	100.00	

Nombre de lignes thérapeutiques.

```
. bysort CENTRE: tab N_LIGNE_REC, missing
```

```
-> CENTRE = 1
```

N_LIGNE_REC	Freq.	Percent	Cum.
>L5	423	32.44	32.44
L1	154	11.81	44.25
L2	238	18.25	62.50
L3	190	14.57	77.07
L4	140	10.74	87.81
L5	93	7.13	94.94
NR	66	5.06	100.00
Total	1,304	100.00	

```
-> CENTRE = 2
```

N_LIGNE_REC	Freq.	Percent	Cum.
>L5	88	14.69	14.69
L1	110	18.36	33.06
L2	124	20.70	53.76
L3	102	17.03	70.78
L4	65	10.85	81.64
L5	56	9.35	90.98
NR	54	9.02	100.00
Total	599	100.00	

Traitements les plus prescrits

- Cayenne
 - Genvoya (333)
 - Triumeq (246)
 - Eviplera (118)
- Saint Laurent
 - Genvoya (224)
 - Triumeq (117)
 - Odefsey (54)

Près de 81% des patients (traités ou non traités) ont une charge virale indétectable. Plus de 89% ont moins de 400 copies/ml.

```
. tab RECODE_DERNIER_ARNVIH
```

RECODE_DERN IER_ARNVIH	Freq.	Percent	Cum.
10-30K	30	1.90	1.90
1K-10K	57	3.61	5.51
400-1000	21	1.33	6.84
51-400	131	8.30	15.15
>30K	62	3.93	19.07
≤ 50	1,277	80.93	100.00
Total	1,578	100.00	

A Cayenne le taux de succès thérapeutique des patients sous un régime ARV depuis plus de 6 mois qui ont eu une charge virale est de près de 95% de succès virologique. A Saint Laurent c'est près de 93%. Le problème des mauvais résultats thérapeutiques d'il y a quelques années a disparu avec les nouvelles molécules plus puissantes et mieux tolérées, l'éducation thérapeutique, et le réseau ville hôpital pour les patients en échec virologique dont près de 80% passent en succès thérapeutique.

```
. bysort CENTRE: tab EchecM6_CV_Controle if EchecM6_CV_Controle != "ND"
```

```
-> CENTRE = 1
```

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	18	2.18	2.18
EchecNC	26	3.14	5.32
Succes	783	94.68	100.00
Total	827	100.00	

```
-> CENTRE = 2
```

EchecM6_CV_ Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	14	4.71	4.71
EchecNC	7	2.36	7.07
Succes	276	92.93	100.00
Total	297	100.00	

Les perdus de vue restent un problème même si cela semble moins que par le passé. Il faudra requantifier l'incidence une fois que le transfert de la base dans DOMEVIH sera effectif (un vrai calvaire pour les TECS qui font et refont au gré des mises à jour du DOMEVIH et des passerelles).

year	CHAR Ca..	CHOG St..	COREVIH	Hôpital..	Total
2011	1	0	0	0	1
2013	5	0	0	0	5
2014	10	0	0	0	10
2015	61	2	0	78	141
2016	136	27	1	60	224
2017	146	70	0	0	216
2018	44	18	0	0	62
Total	403	117	1	138	659

DIM CHAR

VIH 2018

Source CORA, 11/03/2019

Question	Critère de sélection	Séjours	DMS	Commentaires
1-Liste des patients (nom prénom, date de naissance, date d'hospitalisation, service) accueillis en hospitalisation complète	DUREE > 0	308	16,7 jours	
2-Liste des patients (nom prénom, date de naissance, date d'hospitalisation, service) accueillis en hospitalisation de jour	DUREE= 0	48		
total		356	14,4 jours	
3- Liste des patients (nom prénom, date de naissance, date de décès , service) décédés	Décès = 1	9		
4- Liste des patientes (nom prénom, date de naissance, date d'hospitalisation, service) qui ont accouché	= 1 + libellé GHM	3		6 séjours en obstétrique, 3 accouchement dont 1 mort-né, 2 avortements et un séjour ante-partum
5-La durée moyenne de séjour en 2018				voir lignes 1/2 + feuille DMS
6-Liste des patients (nom prénom, date de naissance) accueillis en consultation				Non renseignée

File active Médecine de ville

FA de 2018 : 239 patients

FA de 2017 : 248 patients

Cartes de séjour pour soins : premières analyses des refus.

Les premiers refus de cartes de séjours concernaient notamment des élite-controllers dont la charge virale est spontanément indétectable et qui souvent ne sont pas traités. Cependant, les études montrent qu'au court du temps une proportion non négligeable dégrade son immunité, et que certains auteurs recommandent donc de traiter les elite-controllers ne serait-ce que pour limiter l'hyperstimulation immunitaire.

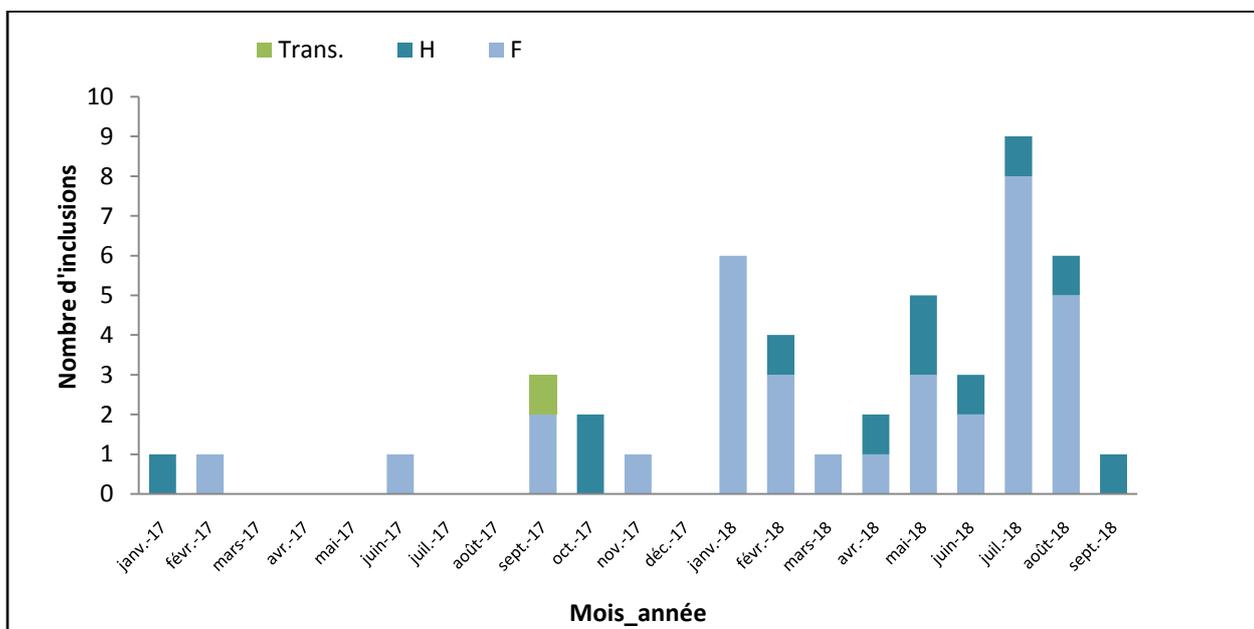
Certains patients étaient sous atripla une molécule disponible partout ce qui justifiait pour l'OFII le refus.

Enfin, certains avaient déjà eu de nombreuses cartes de séjour et étaient refusés par l'OFII qui renvoyait vers une carte de séjour normale.

Prep

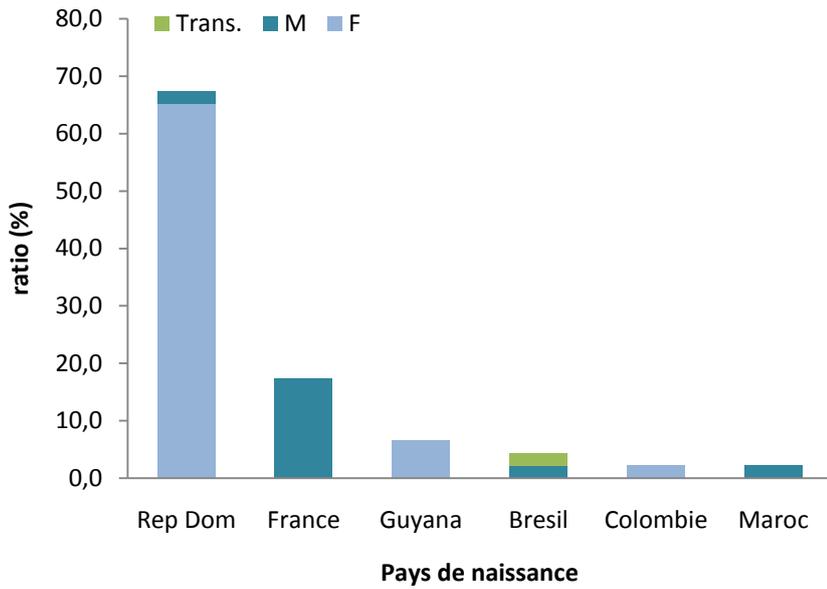
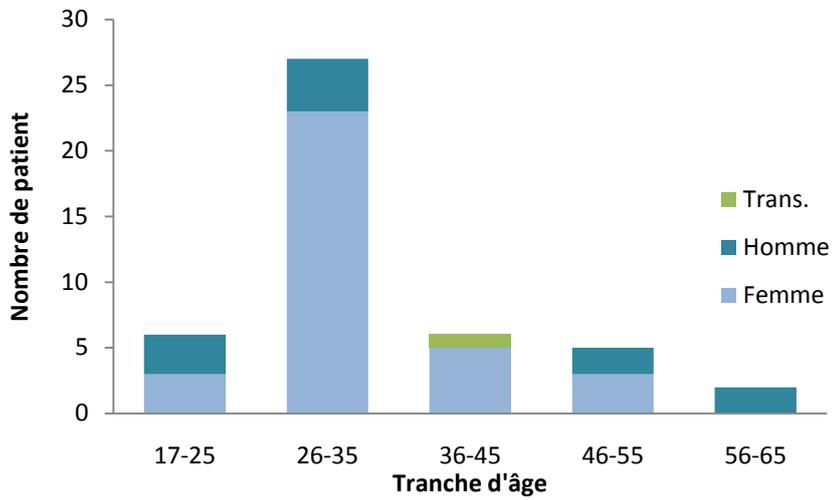
La prep est montée en charge à Cayenne, (HDJa, UMIT) dans les CDPS (avec des difficultés pour les personnes sans titre de séjour), à Saint Laurent (CHOG), mais pas à Kourou.

Graphiques Aude Lucarelli décrivant l'activité PrepHDJa.

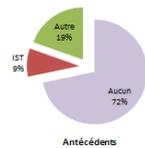
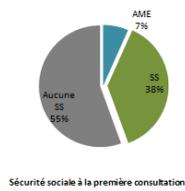
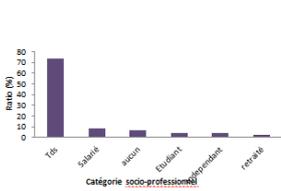


46 patients suivis :

- 34 femmes / 11 hommes / 1 transexuel
- Sex ratio moyen est de 0.3
- Age moyen= 34.7 (IC95%= [31.83-37.56])

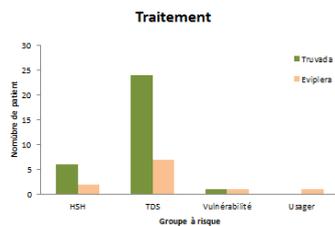
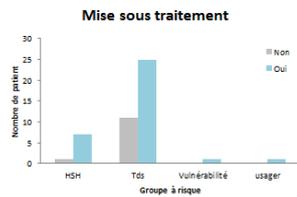
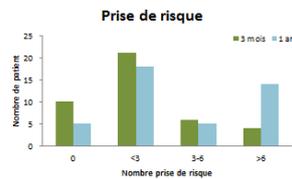
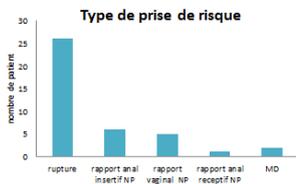
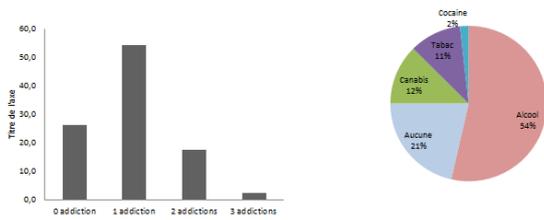


Population



Addiction

- 74% ont une conduite addictive



Situation en sept 2018

- 129 consultations en 18 mois
- 46 patients ont initié un suivi
- 7 patients ont été perdus de vue
- 31 patients ont reçu la PREP
- 6 perdus de vue sous PREP
- 14 patients en attente de mise sous PREP
- Plus de 70% de travailleuses du sexe
- 55% n'ont pas de sécu à la première consultation

L'offre de PrEP n'est pas déployée sur l'ensemble du territoire. Une solution pour Kourou serait de s'appuyer sur le CEGIDD Kourou qui n'a pas de financement pour ces traitements. Par ailleurs, le public concerné est souvent sans droits au début alors qu'il y a prise de risques, le remboursement des ARV est donc problématique. Il serait utile d'entamer des discussions pour lever ces points de blocage propres à la Guyane.

Données VIH des associations

Synthèse des tests trods VIH réalisés par des associations (2862 tests dont 22 positifs)

2018	Akatij	Entraides	Ader	Aides	MDM	TOTAL
Tests faits	38	121	267	2043	393	2862
Nveau VIH +	2	1	0	18	1	22

Données VIH des Laboratoires

CHOG :

Nombre de sérologies réalisées : 7901

Nombre de tests positifs : 93

NB : nous sommes en attente de données des autres structures.

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

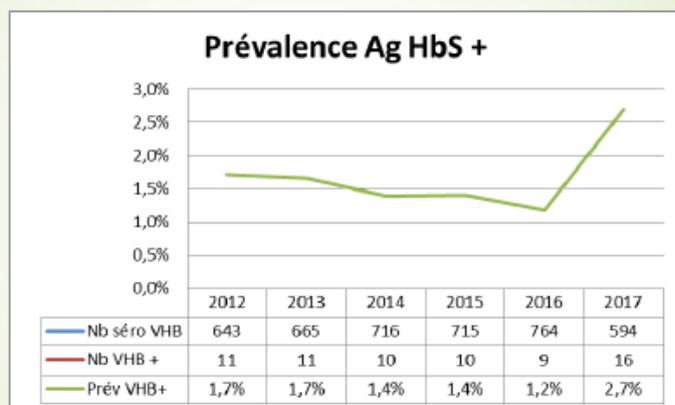
CHOG CEGIDD données présentées par Dr Jolivet en 2018.

Publics accueillis en 2017 (n= 754)

Publics accueillis	n	%
HSH	7	1%
Multipartenaires	275	36%
Migrants	313	42%
UDIV	18	2%
Pers qui se prostitue	9	1%
Pers en situation précarité	425	56%
JF < 25 ans ou JH < 30 ans	368	49%
Mineurs	106	14%

Source : CUPIDON

Données sur les IST : VHB



→ Explication potentielle et partielle de l'augmentation en 2017 :
Dépistages plus ciblés du fait du non anonymat (recherche des bilans antérieurs)

VHB + : des différences selon le genre?

	2016	2017
H	2,2%	3,5%
F	0,6%	2,3%

-> Prévalence plus élevée chez les hommes?

Données sur les IST : VIH

Prévalence Sérologies VIH+

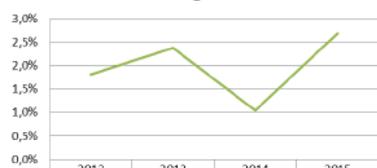


	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb séro VIH	643	665	716	715	764	713
Nb VIH +	7	11	11	11	8	10
Prév VIH+	1,1%	1,7%	1,5%	1,5%	1,0%	1,4%

	2016	2017
H	1,1%	2,0%
F	1,0%	1,1%

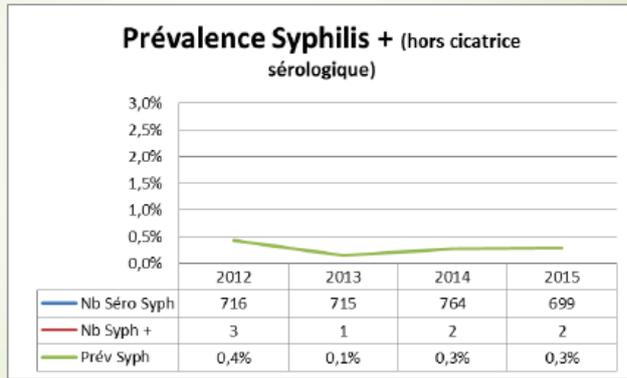
Données sur les IST : HTLV

Prévalence Sérologies HTLV+



	2012	2013	2014	2015
Nb Séro HTLV	716	715	764	522
Nb HTLV +	13	17	8	14
Prév HTLV+	1,8%	2,4%	1,0%	2,7%

Données sur les IST : Syphilis



Gonocoque (NG) et Chlamydiae (CT)

- Depuis le 1^{er} février 2017 : dépistage par PCR NG/CT de toutes les femmes et tous les hommes, indépendamment de leur âge et pratiques sexuelles
- Chez les femmes : auto-prélèvements Vaginal + Pharynx + Rectal
 - Février/juillet 2017 : 3 écouvillons, 3 tubes, 3 PCR
 - Aout/décembre 2017 : 3 écouvillons, 1 seul tube, 1 PCR
- Chez les hommes : prélèvement urinaire
 - Chez les HSH : en + auto-prélèvements Pharynx + Rectal
- PCR envoyés au laboratoire Cerba (Paris), délais 15j rendu résultats
- Fusion base de données CERBA + CUPIDON du 01/02/17 au 31/12/17
 - N=530 (338 F et 192 H)
- Analyses prévalence + facteurs associés en cours (Maria-Francesca Manca, interne santé publique Dijon / InterCHU)
- A Noter : depuis mai 2018 les PCR sont réalisées au CHOG un seul prélèvement vaginal chez les femmes car pooling non possible avec technique GeneXpert; délai 2 à 3j pour les rendus de résultats

Prévalence NG/CT : 1ers résultats

Prevalence	Prévalence élevée CT et NG chez les femmes et les hommes	Among Women (n=338)			Among men (n=192)		
		Participants (N)	CT pos N (%)	NG pos N (%)	Participants (N)	CT pos N (%)	NG pos N (%)
		338	82 (24.3%)	45 (13.3%)	192	23 (12.0%)	14 (7.3%)
Women (1st period)							
	Total	212	53 (25.0%)	33 (15.6%)			
	Vaginal	212	45 (21.2%)	23 (10.9%)			
	Isolated Extragenital	212	8 (3.8%)	10 (4.7%)			
Women (2nd period)	3 sites testing	126	29 (23.0%)	12 (9.5%)			

En France :

- En population générale en France : Prévalence CT = 1-3% (enquête Natchia 2006, bulletin des réseaux de surveillance 2017)
- Enquête dans un CeGIDD à Montpellier (H et F < 30 ans) : CT = 7.6% et NG = 0.36% (Clarivet, 2014)

Prévalences très élevées dans notre population CeGIDD similaire à celles retrouvées dans des populations à risque dans pays à moyens/bas revenus

Prévalence NG/CT : 1ers résultats

Prevalence	Among Women (n=338)			Among men (n=192)		
	Participants (N)	CT pos N (%)	NG pos N (%)	Participants (N)	CT pos N (%)	NG pos N (%)
	338	82 (24.3%)	45 (13.3%)	192	23 (12.0%)	14 (7.3%)
Women (1st period)						
Total	212	53 (25.0%)	33 (15.6%)			
Vaginal	212	45 (21.2%)	23 (10.9%)			
Isolated Extragenital	212	8 (3.8%)	10 (4.7%)			
Women (2nd period)						
3 sites testing	126	29 (23.0%)	12 (9.5%)			

Les localisations extragenitales isolées comptent pour 13% et 30% de l'ensemble des PCR + à CT et NG chez les femmes

Literature review : 10% to 25% of all CT and 20% to 40% of all GC cases in women are missed with standard cervicovaginal or urine screening (Trebach, Sex transm Dis 2015)

Prévalence NG/CT : 1ers résultats

Prevalence	Among Women (n=338)			Among men (n=192)		
	Participants (N)	CT pos N (%)	NG pos N (%)	Participants (N)	CT pos N (%)	NG pos N (%)
	338	82 (24.3%)	45 (13.3%)	192	23 (12.0%)	14 (7.3%)
Women (1st period)						
Total	212	53 (25.0%)	33 (15.6%)			
Vaginal	212	45 (21.2%)	23 (10.9%)			
Isolated Extragenital	212	8 (3.8%)	10 (4.7%)			
Women (2nd period)						
3 sites testing	126	29 (23.0%)	12 (9.5%)			

Pas de différence significative de prévalence entre les 2 périodes (3 écouvillons vs 1seul), quoique le pooling semble moins sensible pour dépister NG (voir Sultan, J Clin Microbiol 2016)

 The "3 in 1" Study: Pooling Self-Taken Pharyngeal, Urethral, and Rectal Samples into a Single Sample for Analysis for Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in Men Who Have Sex with Men
B. Sultan^{1,2}, J. A. White³, S. Fish⁴, G. Carrick⁵, N. Bhatt⁶, A. Cepni⁷, A. Robinson⁸, R. Gilroy⁹, D. Mezey¹⁰, H. Biner¹¹
¹ MRC Centre for Genitally Transmitted Infections, London, United Kingdom; ² Research Department of Infection and Population Health, University College London, London, United Kingdom; ³ Department of Communicable Medicine, Queen's and Sir Thomas' Hospitals, London, United Kingdom

FDR NG/CT : 1ers résultats

- Peu de facteurs de risque retrouvés :
 - Age chez les femmes**
 - Prévalence CT ou NG = 49,4% chez les moins de 20 ans !! (=44/89) ;
36,4% chez les 20-24 ans (=24/66)
 - Mais la prévalence reste élevée chez les plus de 35 ans (12,2%)
 - Présence de symptômes cliniques chez les hommes** (pour CT ou ++ NG)

- Quelles populations dépister?
 - Poursuite d'un dépistage large au CeGIDD indépendamment âge, sexe, symptômes, pratiques sexuelles
 - Dépistage NG/CT dans le cadre des AES au CeGIDD (dépistage à J0 et S6)
 - Femmes enceintes? Femmes consultant les planning familiaux ? Centres d'orthogénie?

- Comment dépister?
 - Prélèvement rectal/pharyngé chez les F ?
 - Intérêt au niveau individuel et collectif controversé (*Dombrowski, Sex Transm Dis 2015*), coût-efficacité? : peu d'études
 - Intérêt de pooler les prélèvements ? bonne VPN et coût moindre vs perte de sensibilité
 - Limites de la PCR: perte des données et de la veille épidémiologique sur la résistance des gonocoques; détection d'ADN vs. bactérie vivante/culture

- Harmonisation des protocoles de dépistage et de PEC entre CeGIDD?

- Importance de la prévention primaire et de l'information : ++ populations scolarisées, et jeunes

- Information et sensibilisation des médecins généralistes et des professionnels de santé

Activité AIDES SLM (C Piedrafitta)

PERSONNEL		
Nombre total de personnel participant à l'ensemble de l'activité de dépistage		
➤ dont nombre de professionnels de santé.....		
➤ dont nombre de non professionnels de santé.....		[_25 _]
RECOURS A L'INTERPRETARIAT		
Nombre total d'entretiens ayant conduit à un dépistage par TROD (VIH et/ou VHC) chez des personnes non francophones, et ayant nécessité l'utilisation d'une langue étrangère		595
➤ dont nombre d'entretiens avec un interprète professionnel		0
ACTIVITE DE DEPISTAGE PAR TROD VIH ET VHC		
	VIH	VHC
Nombre total de TROD réalisés (A1= VIH et A2=VHC)	A1= 2043	A2= 131
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Hommes	1061	50
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Femmes	982	81
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Trans	0	0
Nombre d'entretien de dépistage avec réalisation de TROD combinés (VIH + VHC)	119	

REPARTITION DES TROD VIH ET VHC REALISES, SELON L'AGE		
Quel est le nombre de TROD VIH et VHC réalisés chez des personnes âgées de ?	VIH	VHC
➤ Moins de 18 ans	80	7
➤ 18 ans à 24 ans	649	27
➤ 25 ans à 49 ans	1101	84
➤ 50 ans et plus	213	13

ANTECEDENTS DE RECOURS AU DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES TESTEES		
• Nombre de TROD chez des personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du VIH ou du VHC au cours de leur vie (sérologie, TROD, autotest)	VIH	VHC
	390	87
• Nombre de TROD chez des personnes dont le dernier dépistage date de plus de 12 mois (sérologie, TROD, autotest)	504	14
• Nombre de TROD chez des personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois (sérologie, TROD, autotest)	1135	27
• Nombre de TROD chez des personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD	1105	26

RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATION DES PERSONNES		
	VIH	VHC
Nombre total de TROD positifs (B1= VIH et B2= VHC) :	B1=23	B2=0
➤ dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité (détailler les raisons en commentaires).	5	0
➤ dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui ne connaissaient pas leur séropositivité	18	0
- dont nombre de TROD positifs dont on sait qu'ils ont été confirmés par sérologies classiques	18	0
- pour le VHC : nombre de TROD positifs confirmés par PCR	///////	
- dont nombre de TROD positifs pour lesquels on ne sait pas s'il y a eu une confirmation sérologique (ou par PCR pour le VHC)	0	0
- dont nombre de TROD non confirmés par sérologies classiques (faux positifs)	0	0
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de leur infection (VIH ou VHC) dans les 3 mois suivant la date du TROD positif	VIH	VHC
	18	0
Nombre de personnes ayant un TROD positif et qui n'ont jamais réalisé de dépistage VIH ou VHC au cours de leur vie	VIH	VHC
	5	0

REPARTITION DES TROD VIH SELON LES PUBLICS				
	Nombre de TROD réalisés dans le local de la structure	> dont nombre de TROD positifs	Nombre de TROD réalisés au cours d'actions menées dans les lieux de vie ou locaux de partenaires	> dont nombre de TROD positifs
Chez les HSH	29	3	21	1
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les personnes migrantes	418	11	354	2
- dont nombre d'Hommes	142	3	178	0
- dont nombre de Femmes	276	8	176	2
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les UD et UDI	5	0	5	0
- dont nombre d'Hommes	3	0	4	0
- dont nombre de Femmes	2	0	1	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les personnes qui se prostituent	4	0	18	1
- dont nombre d'Hommes	3	0	9	1
- dont nombre de Femmes	1	0	9	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez autres personnes en situation de précarité	23	0	15	0
- dont nombre d'Hommes	11	0	11	0
- dont nombre de Femmes	12	0	4	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Autres publics	540	3	611	2
- dont Personnes transgenres, avec autres facteurs de risque	0	0	0	0
- dont Personnes détenues	0	0	0	0
- dont Hétérosexuels multipartenaires (autres que migrants)	229	2	219	2
- Autres non listés (détailler dans la partie commentaire)	311	1	392	0
Totaux	1019	17	1024	6

REPARTITION DES TROD VHC SELON LES PUBLICS				
	Nombre de TROD réalisés dans le local de la structure	> dont nombre de TROD positifs	Nombre de TROD réalisés au cours d'actions menées dans les lieux de vie ou locaux de partenaires	> dont nombre de TROD positifs
Chez les UDIV/UD	3	0	6	0
- dont nombre d'Hommes	2	0	4	0
- dont nombre de Femmes	1	0	2	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	1	0	0	0
- dont nombre d'Hommes	0	0	0	0
- dont nombre de Femmes	1	0	0	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les personnes migrantes	47	0	22	0
- dont nombre d'Hommes	7	0	10	0
- dont nombre de Femmes	40	0	12	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les personnes détenues	0	0	0	0
- dont nombre d'Hommes	0	0	0	0
- dont nombre de Femmes	0	0	0	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Chez les HSH	1	0	1	0
- dont nombre de Trans	0	0	0	0
Autres publics	23	0	27	0
- Antécédent Transfusion (avant 1992)	ND	ND	ND	ND
- Personnes en situation de précarité	1	0	3	0
- Pratiques sexuelles traumatiques (ne rentrant dans aucun des publics)	ND	ND	ND	ND
- Tatouage, Piercing	ND	ND	ND	ND
- Autres non listés (détailler dans la partie commentaire)	22	0	24	0
Totaux	75	0	56	0

DELIVRANCE DES AUTOTESTS VIH

1- Nombre total d'autotests VIH délivrés.....	10
2- Raisons pour lesquelles les autotests ont été délivrés :	
➤ Nombre de personnes exposées au VIH, avec prises de risque à répétition	0
➤ Nombre de personnes réticentes à effectuer un dépistage par sérologie ou par TROD	0
➤ Nombre de personnes en situation de précarité, avec accès aux soins difficiles	9
➤ Autres : préciser.....	1
3- Répartition des autotests selon les lieux de délivrance :	
➤ Nombre d'autotests délivrés dans le local de la structure	1
➤ Nombre d'autotests délivrés au cours d'actions dans les lieux de vie ou locaux de partenaires	9
➤ Nombre d'autotests envoyés par courrier	0
4- Répartition des autotests VIH, selon les publics cibles :	
➤ Nombre d'autotests délivrés à des HSH	0
➤ Nombre d'autotests délivrés à des personnes migrantes	7
➤ Nombre d'autotests délivrés à des UDI et UDIV	0
➤ Nombre d'autotests délivrés à des personnes qui se prostituent	0
➤ Nombre d'autotests délivrés à des personnes en situation de précarité	3
➤ Nombre d'autotests délivrés à d'autres publics (détailler dans la partie commentaire)	0
5- Nombre total de retours sur les résultats d'autotests VIH.....	0
➤ Dont nombre d'autotests VIH positif	0
6- Nombre d'entretiens ayant conduit à la délivrance d'un autotest chez des personnes non francophones, ayant nécessité un recours à l'utilisation d'une langue étrangère	8
➤ Dont nombre de recours à un interprète professionnel	0
7- Nombre d'entretiens de délivrance d'autotests ayant nécessité une demande d'aide (manipulation, prise en charge...)	9

Infirmière de dépistage mobile du VIH et des IST au CHAR

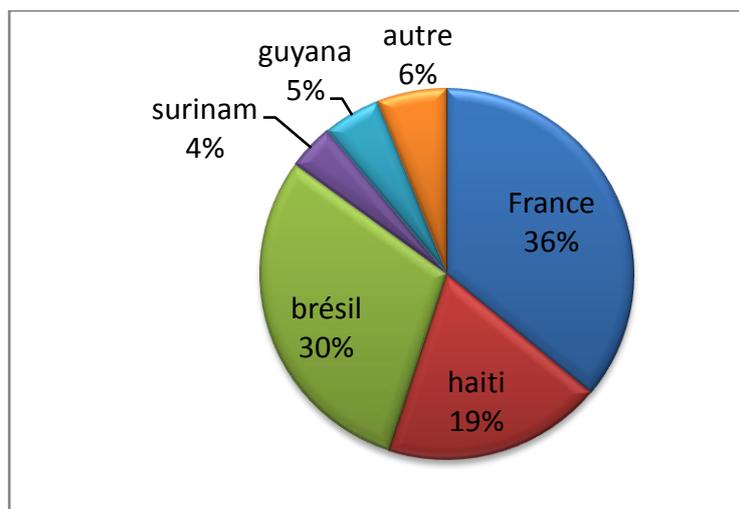
Résultats :

Depuis janvier 2018, **257** personnes ont été abordé dans les services de chirurgie viscérale et orthopédique sur **332** possibles (entre 18 et 70 ans). Cette différence est due au fait que certaines personnes ne se trouvent pas dans leur chambre au moment du passage de l'IMOD (absence, bloc, ...).

La moyenne d'âge des personnes vues est de **40**ans.

Il y a une légère majorité d'hommes **60** % contre **40**% de femmes.

Les origines des patients sont diversifiées :



Les résultats des tests :

194 patients ont donné leur accord pour la réalisation du dépistage.

Sur les **194** patients, **22** ont choisi le dépistage par TROD VIH, test rapide à orientation diagnostique. Ce nombre est limité car ce test ne peut être proposé qu'aux patients en chambre seule. Quelques essais ont été réalisés pour faire ces tests dans les salles de soins mais le lieu y est peu propice car non confidentiel.

Et **176** patients ont opté pour un dépistage par sérologie : (4 ont voulu le TROD et la sérologie).

Ainsi sur **176** prescriptions de bilan :

- **27** patients sont sortis sans avoir été prélevé, soit **15%**
- **149** patients prélevés, parmi lesquels nous avons découvert :
 - 12 hépatites b chroniques avec Ag Hbs positif dont 8 découvertes et 4 connues dont 3 suivies.
 - 2 sérologies VHC positives mais un contrôle charge virale n'ayant pu être réalisé et un contrôle charge virale en cours.
 - 1 découverte de VIH.

- 7syphilis nécessitant un contrôle à distance afin de différencier une primo infection d'une cicatrice sérologique, + 1 cicatrice déjà identifiée.
- 2HTLV nécessitant des contrôles ultérieurs : Western Blot et PCR HTLV pour confirmer le diagnostic.

Soit 16% des sérologies prélevées revenues positives.

Au total 60% des résultats ont pu être rendus aux patients avant leur sortie de l'hôpital.

Pour rappel :

- L'infirmière mobile de dépistage, IMOD, se déplace les lundis et mardis dans les services de chirurgies viscérale et orthopédique.
 - Après un court entretien et l'accord du patient, elle glisse la prescription nominative du prélèvement dans le dossier du patient.
 - Par la suite après réception des résultats l'IMOD ou le médecin de l'EMI (équipe mobile d'infectieux) portent les résultats des patients dans leur chambre
 - Si ces derniers sont sortis, ils ont en leur possession un bon leur permettant de récupérer les résultats aux urgences aux horaires suivants : lundi, mardi ou jeudi de 8h30 à 14h30.
- Donc même si le patient sort le jour du prélèvement il peut venir récupérer ses résultats. Si un résultat est positif il sera rappelé.

Hôpital de Jour Adultes Cayenne (année 2018)

Education Thérapeutique du Patient (ETP) :

Nombres de patients ayant été vu en ETP = 613

Nombre patients ayant débuté ETP = 204

Nombre total de séances d'ETP individuelles = 1848

Accident d'Exposition au Sang (AES) :

Nombre d'AES recueillis = 268

Gynécologie / Pédiatrie

FILE ACTIVE 2018 du CHAR :

File active pédiatrie 2018	21	
Nouveaux cas	1	Primo arrivants
Suivis ailleurs	1	MPS

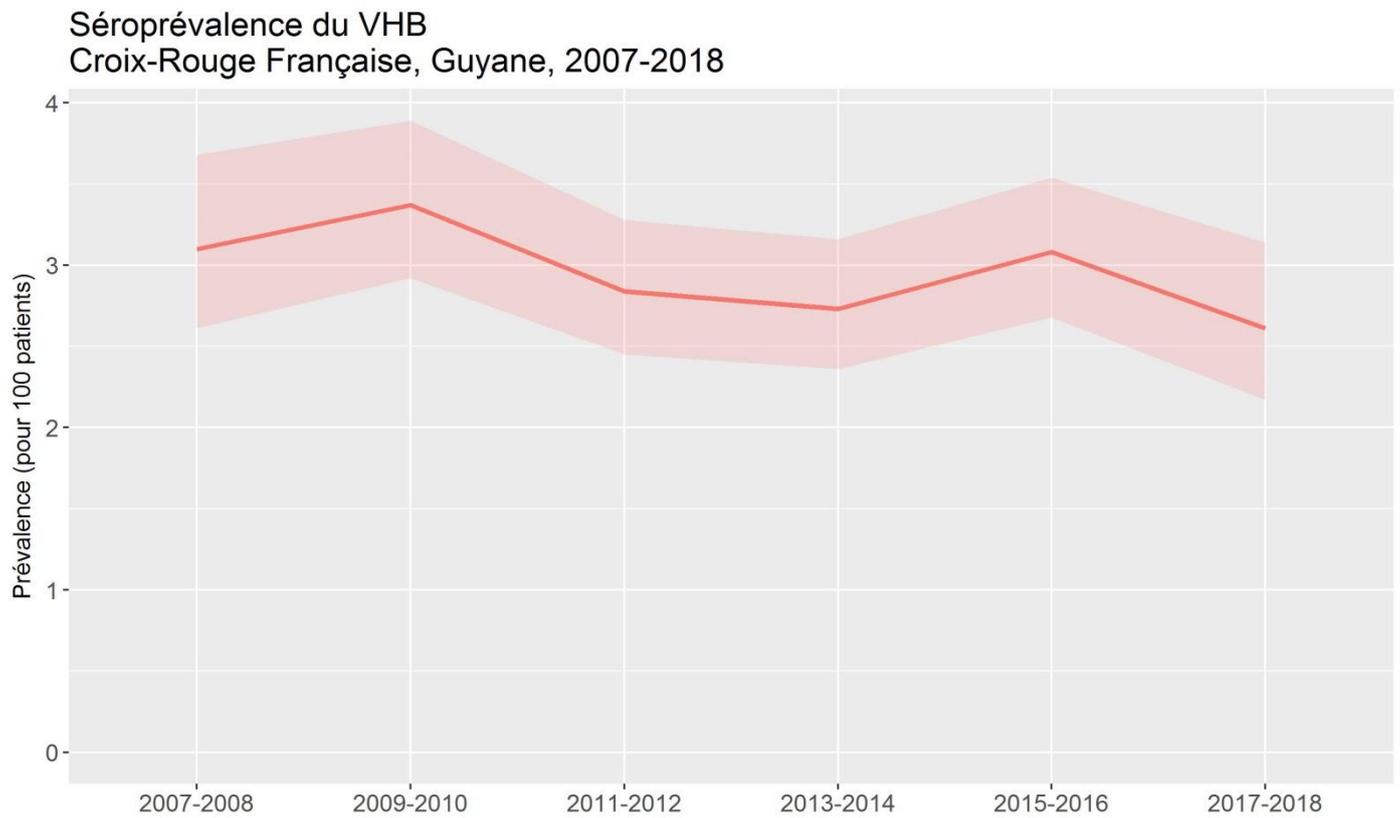
Nombre accouchements total au CHAR	4211	
Accouchements VIH CHAR	55	1 décès

Données VIH des CeGIDD

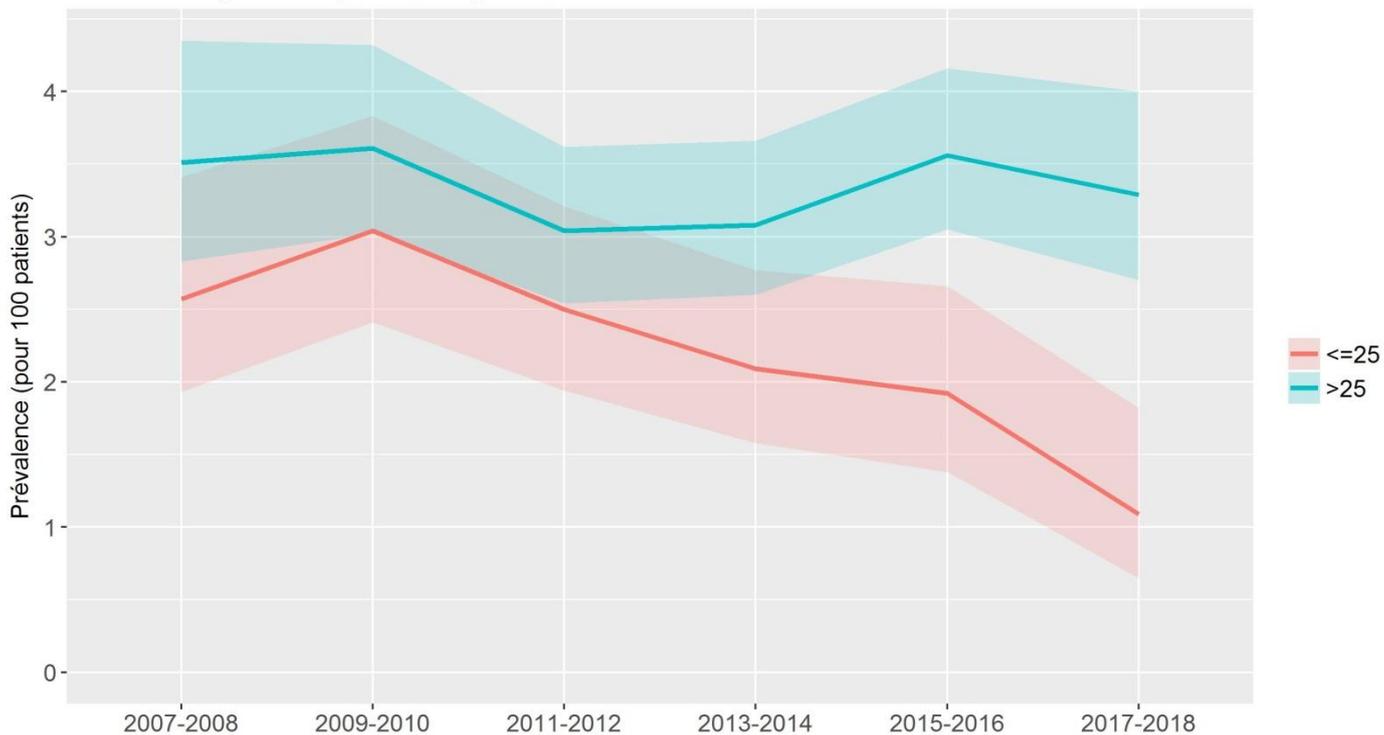
Croix rouge

Données VIH présentées à la plénière de septembre 2018 par Yann Lambert

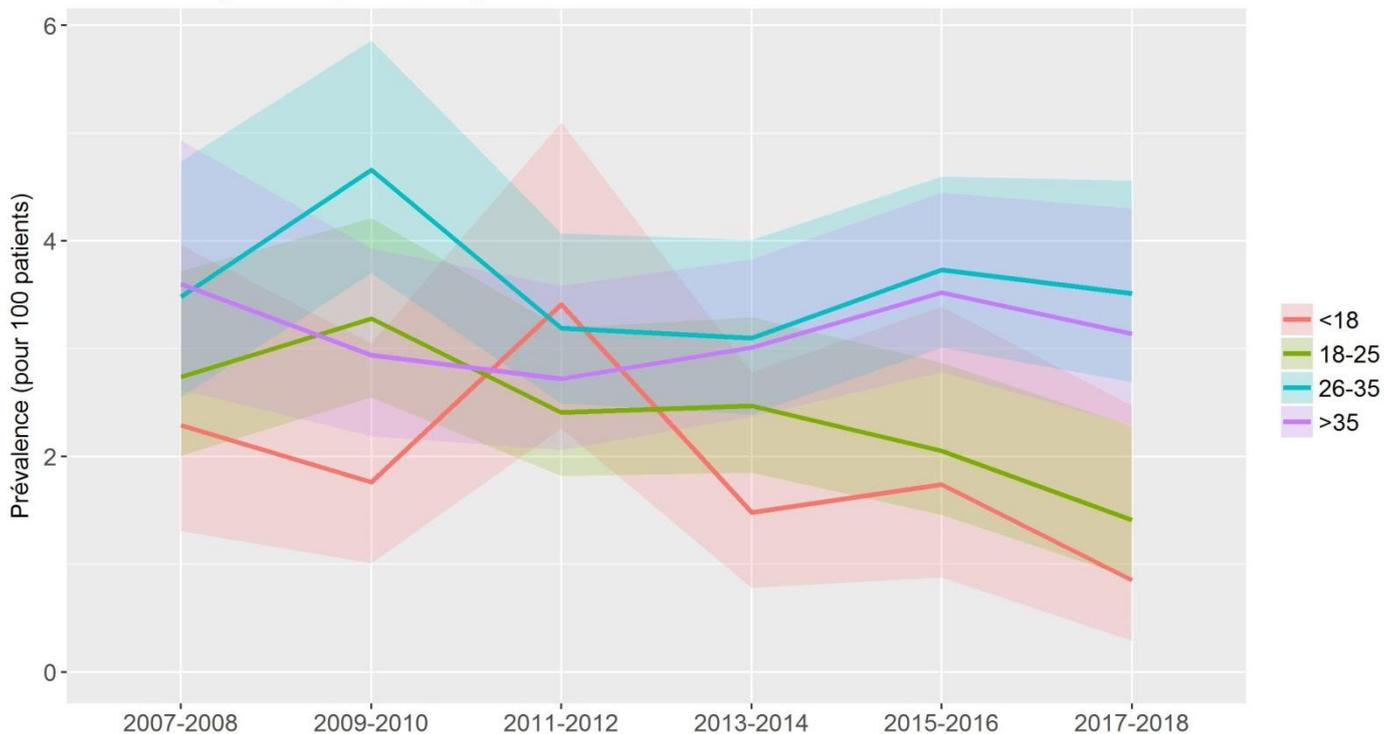
VHB : attention aux hommes >25 ans !



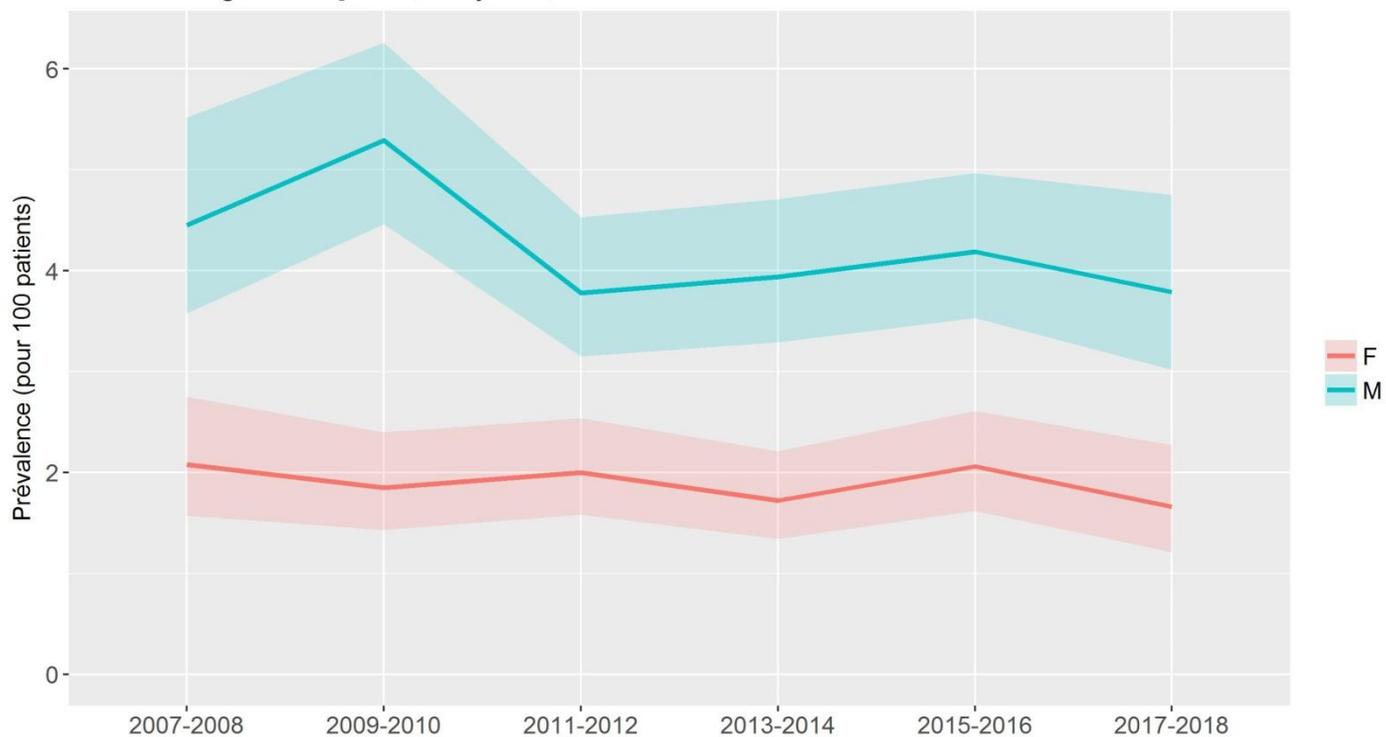
Séroprévalence du VHB Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



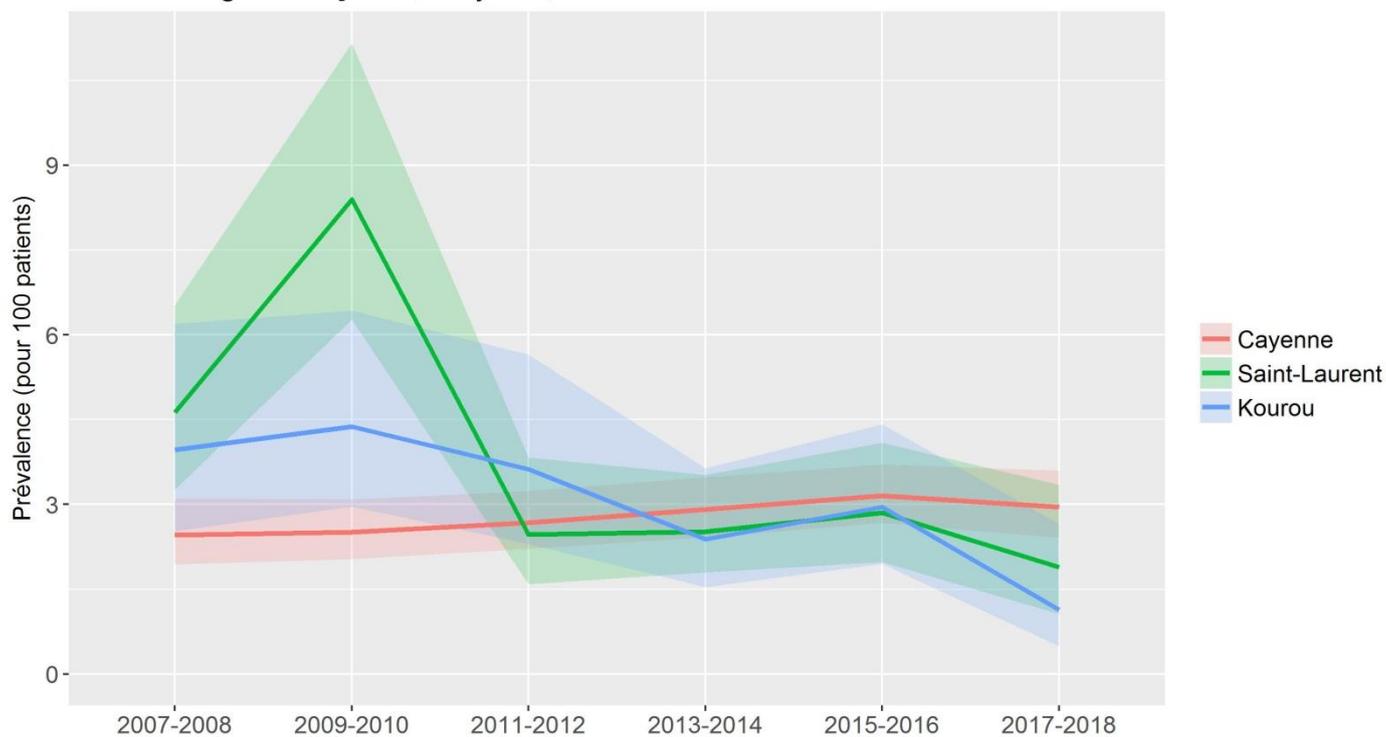
Séroprévalence du VHB Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



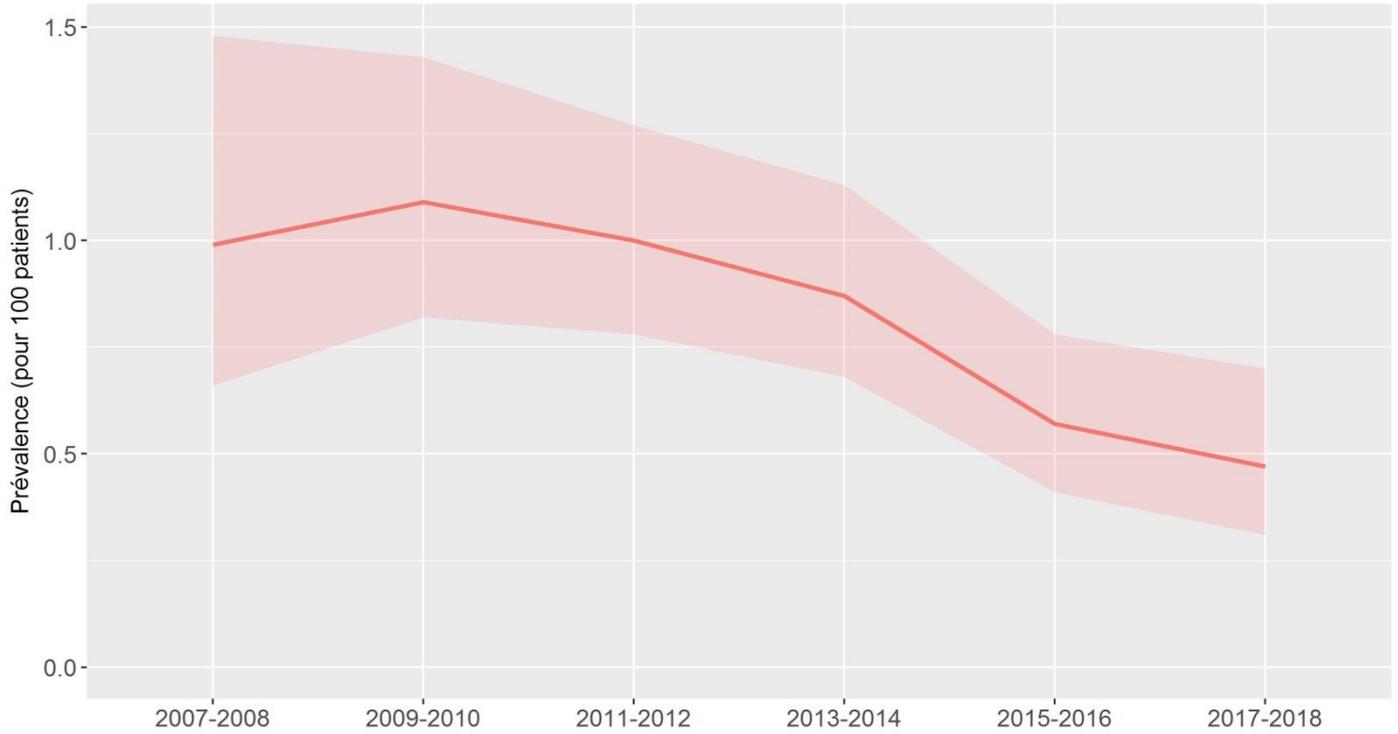
Séroprévalence du VHB Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



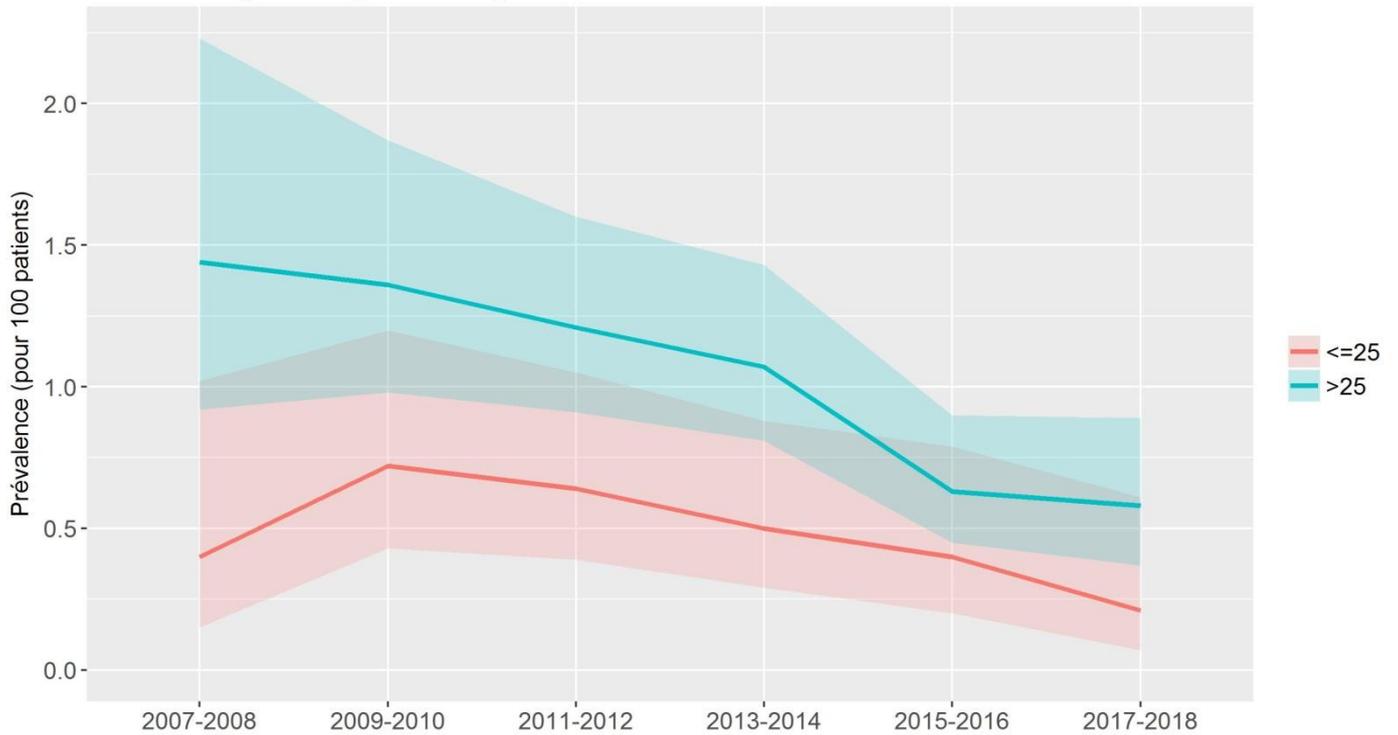
Séroprévalence du VHB Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



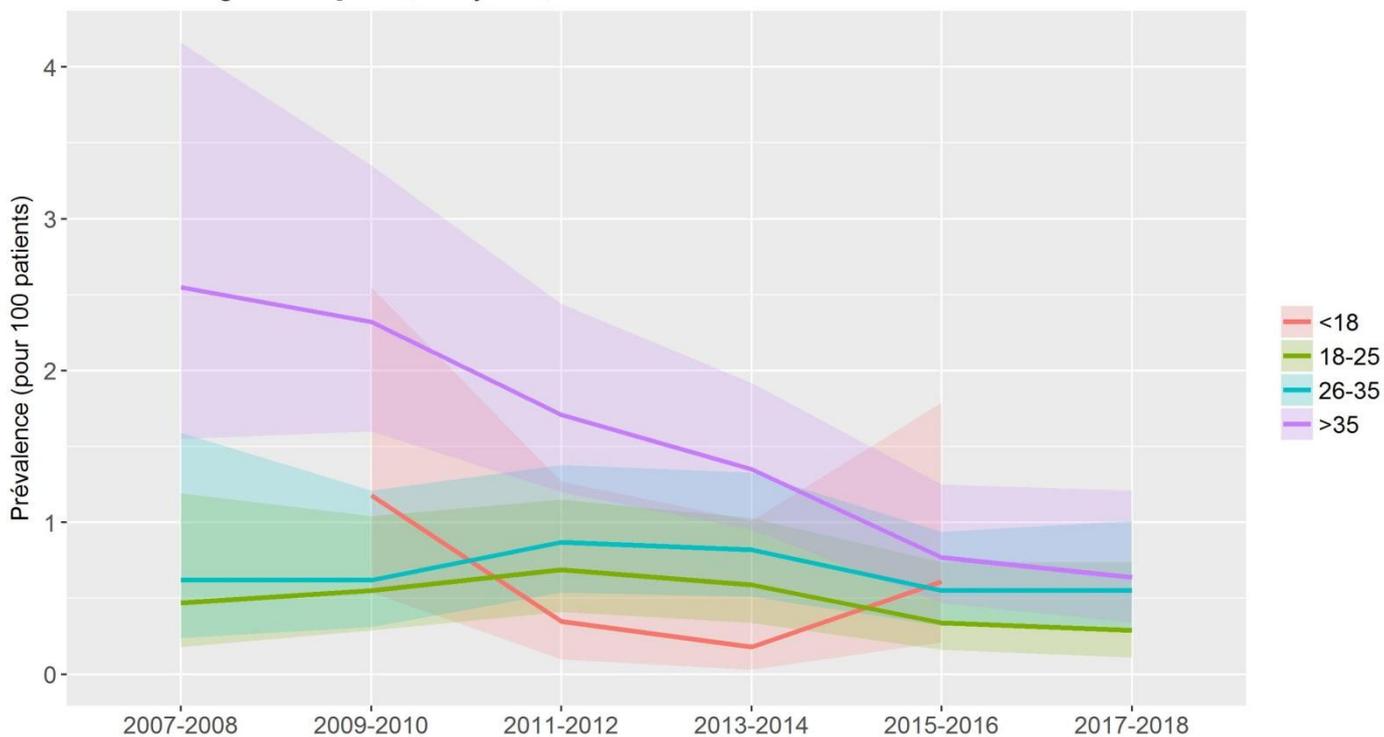
Séroprévalence du VHC
Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



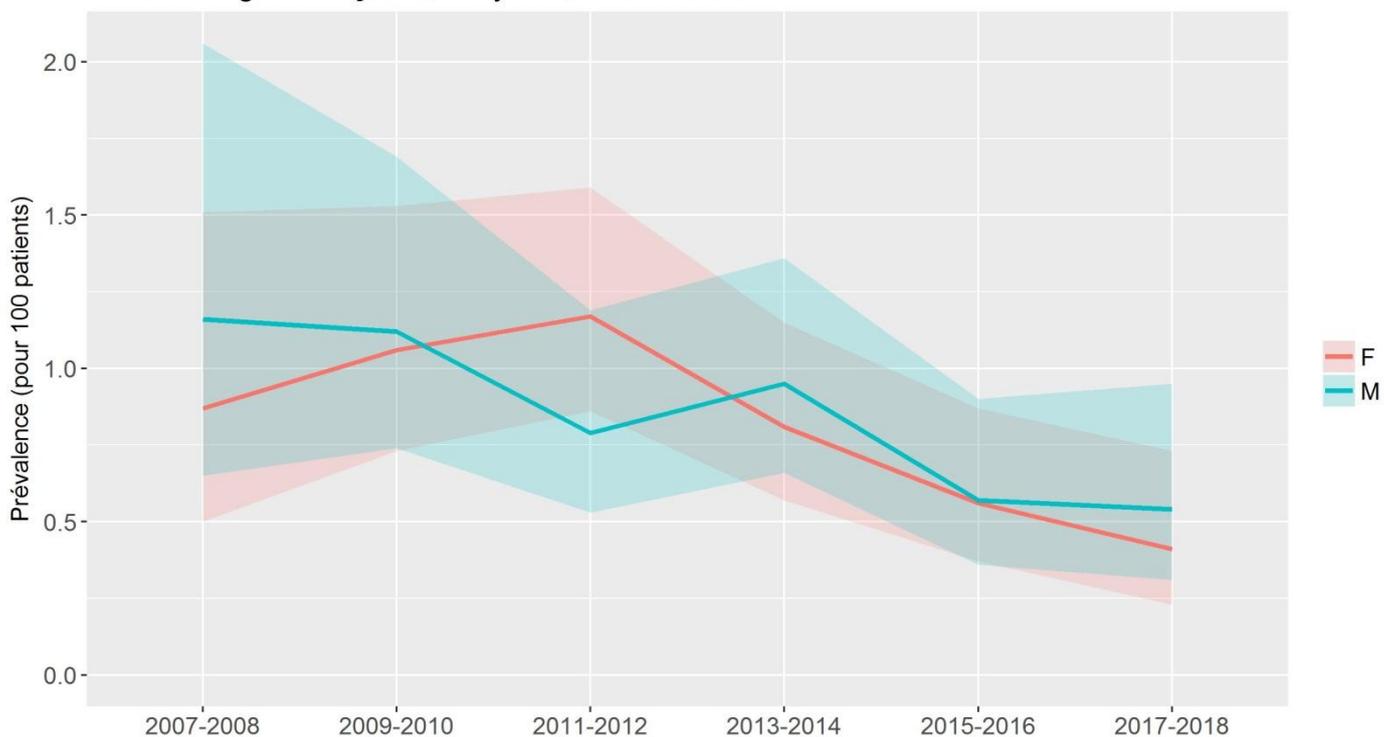
Séroprévalence du VHC
Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



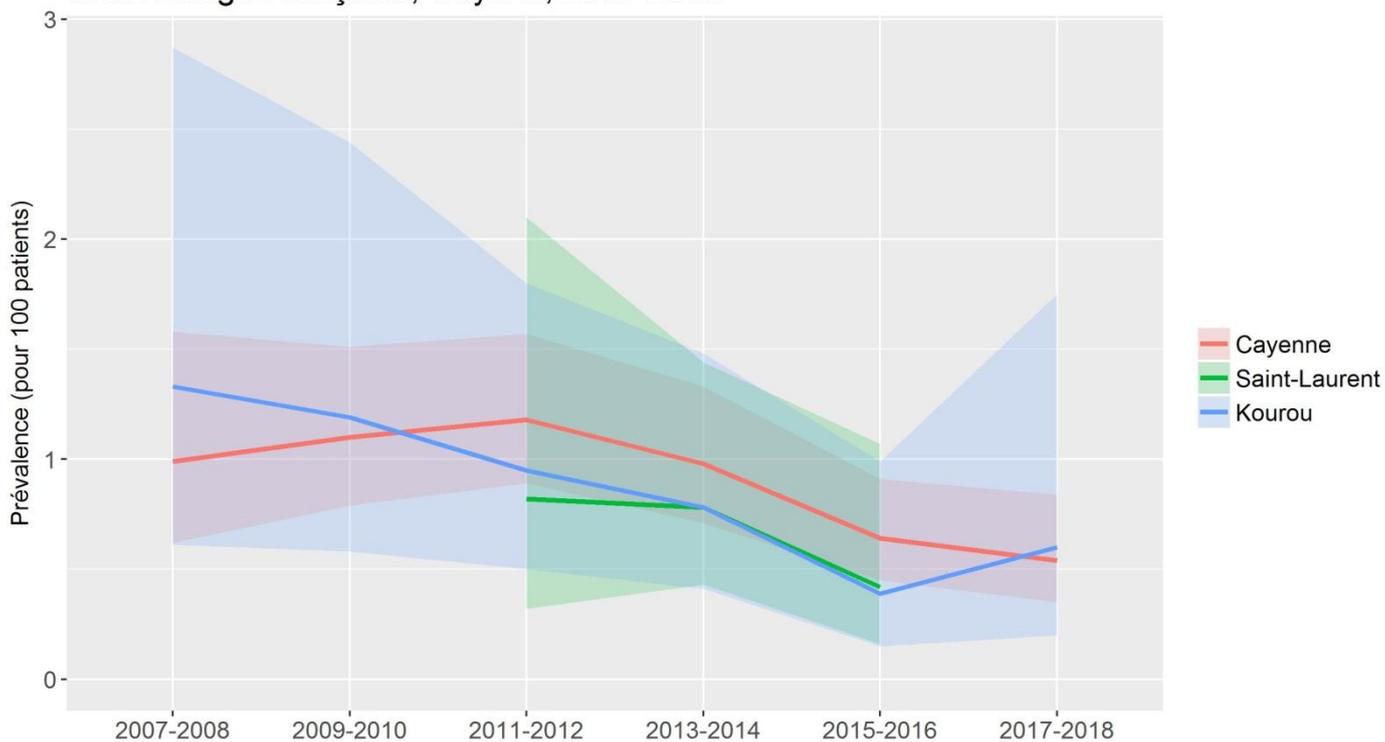
Séroprévalence du VHC Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



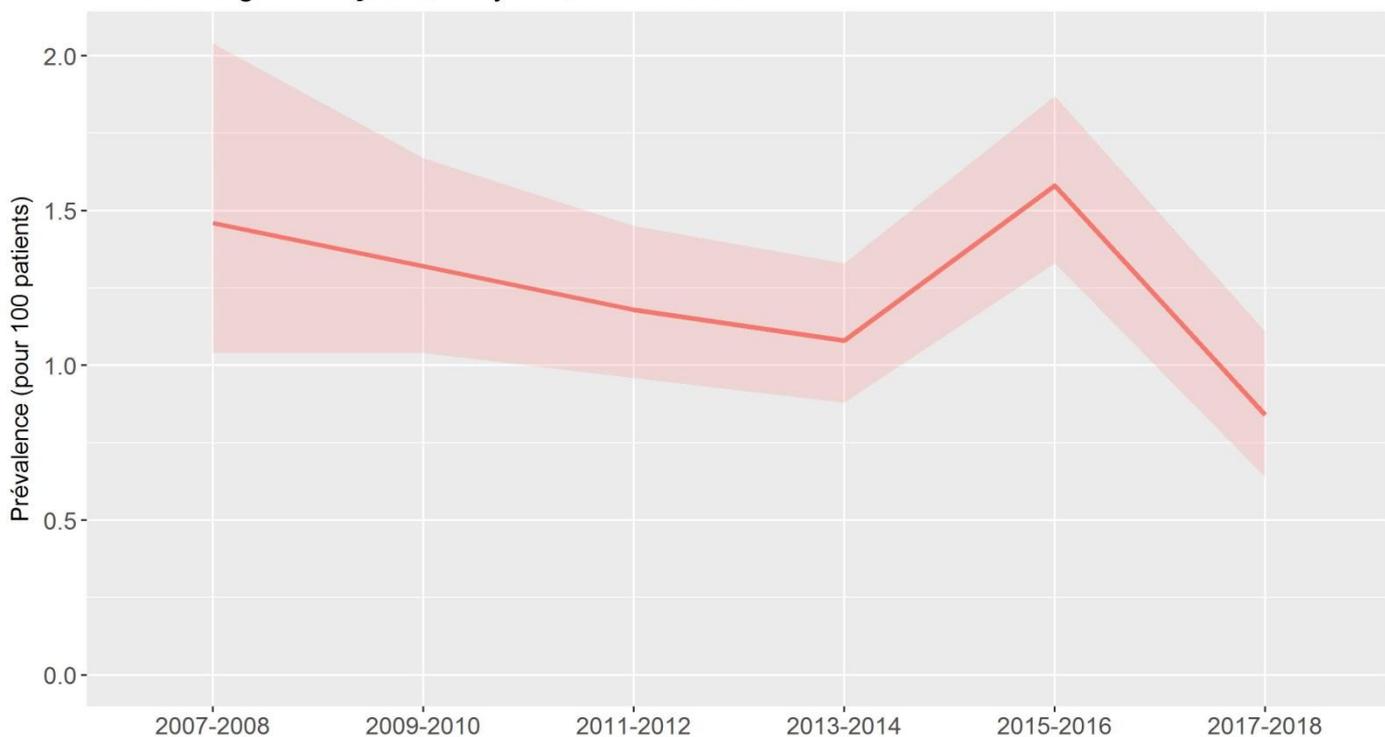
Séroprévalence du VHC Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



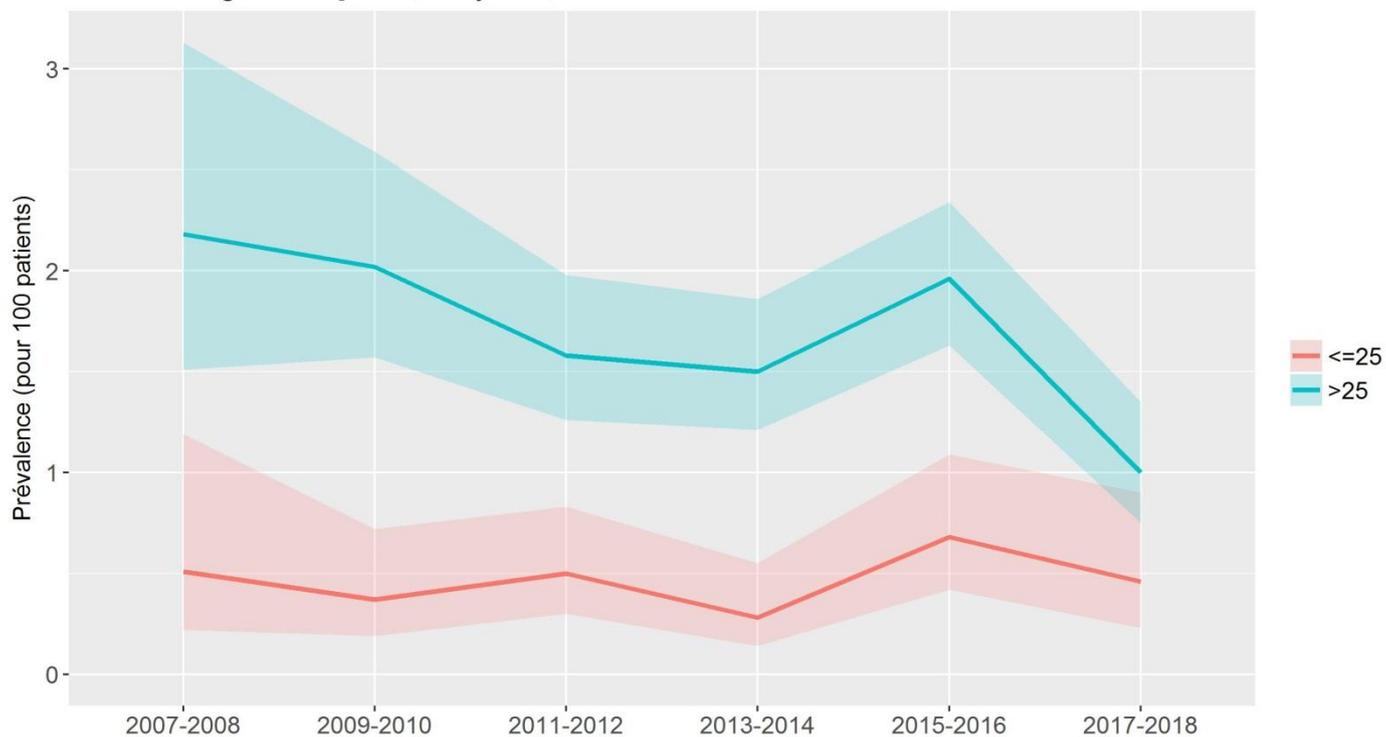
Séroprévalence du VHC
Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



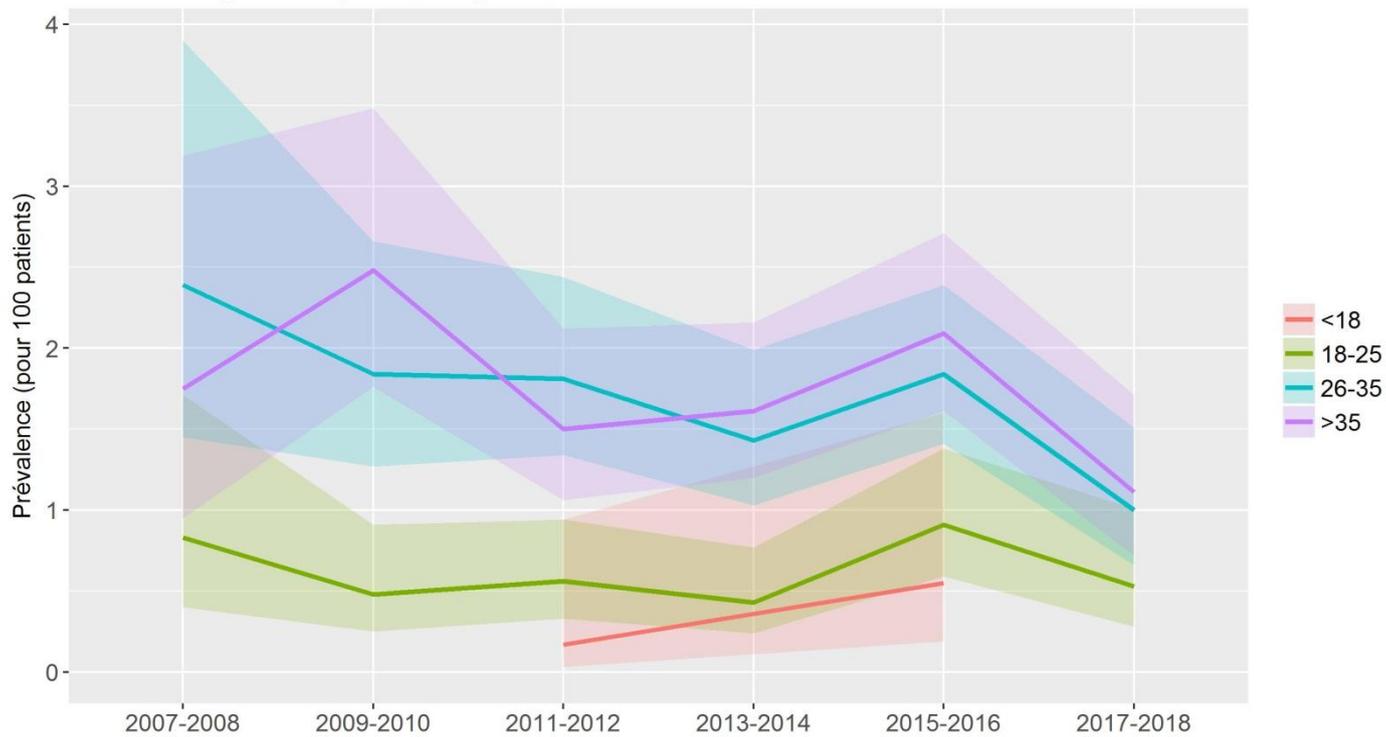
Séroprévalence du VIH
Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



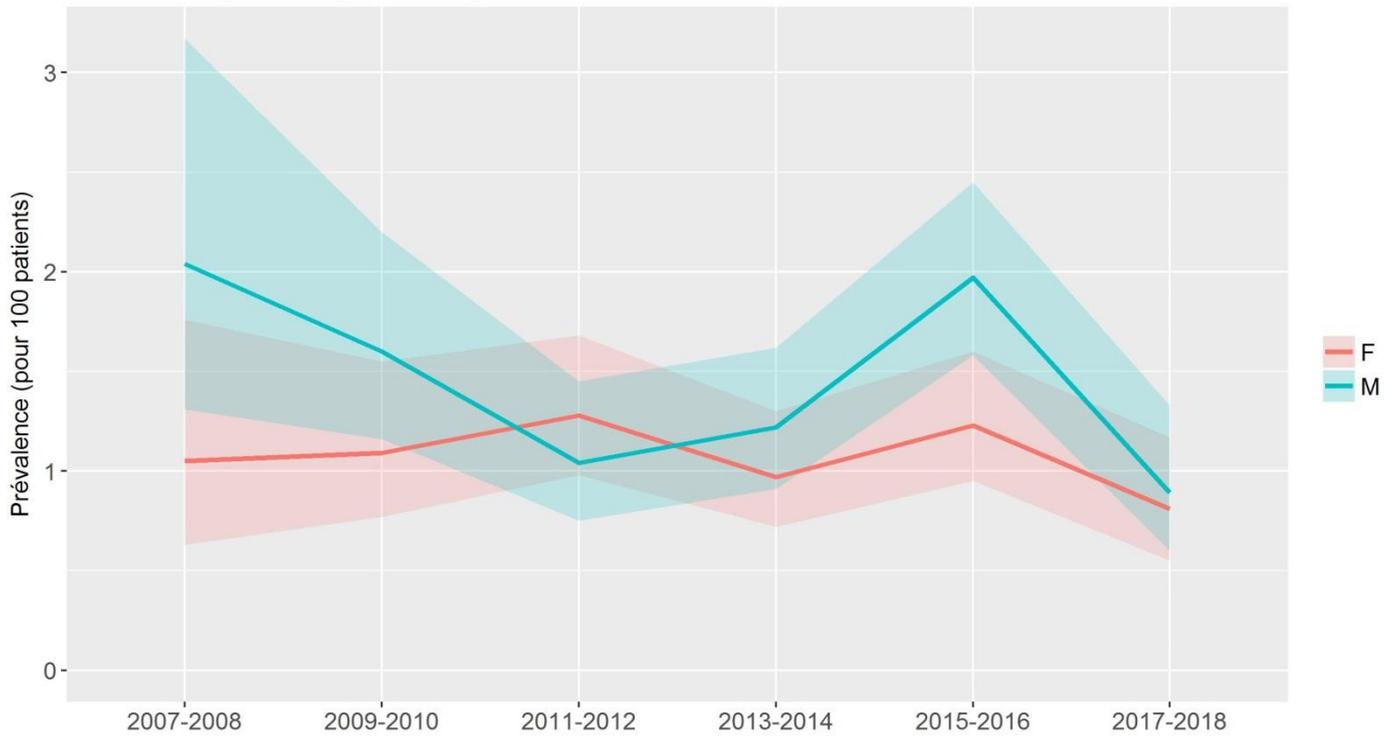
Séroprévalence du VIH Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



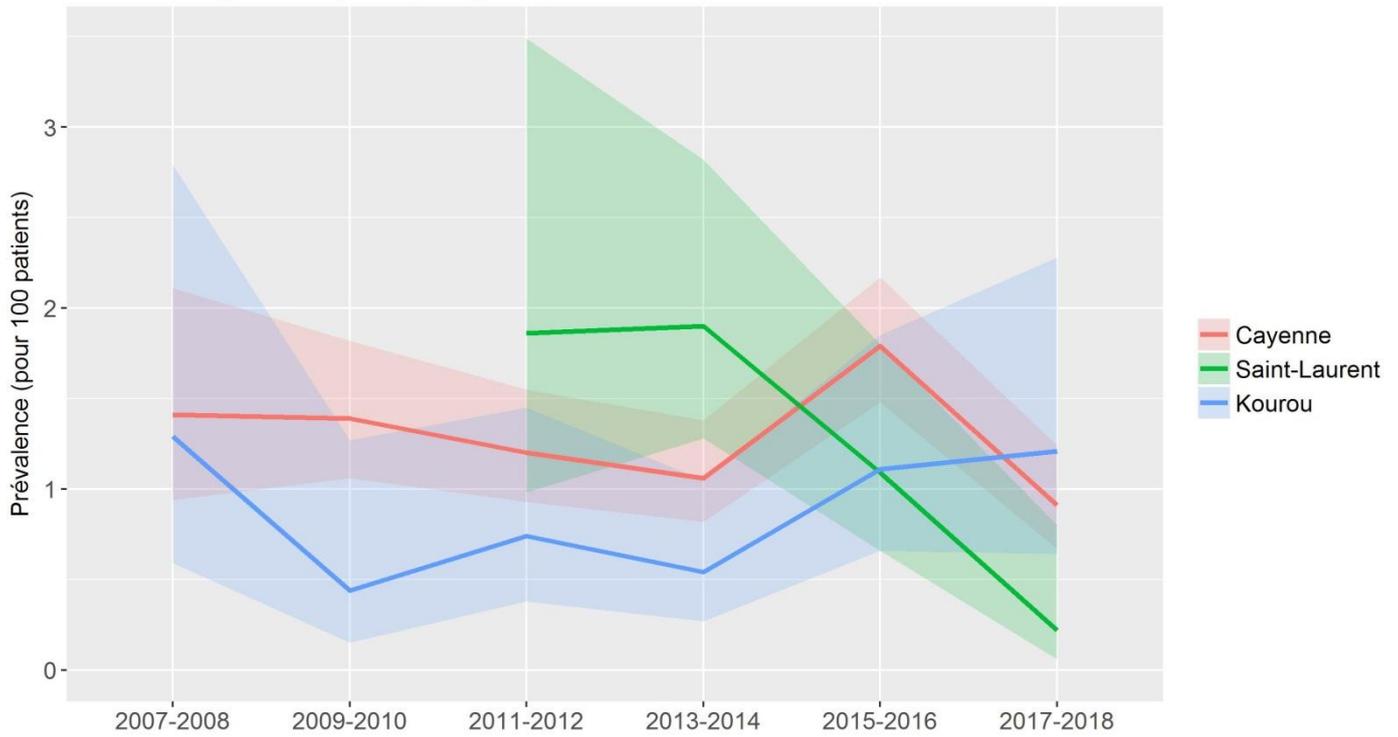
Séroprévalence du VIH Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



Séroprévalence du VIH
Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



Séroprévalence du VIH
Croix-Rouge Française, Guyane, 2007-2018



L'analyse des données des IST bactériennes à la croix rouge n'est pas terminée.

Ci-dessous une analyse des données CEGIDD qui montre que les gonococcies sont particulièrement fréquentes en Guyane.

Répartition par région des principales IST dépistées en CeGIDD, France, 2016

Régions	Nouveaux cas VIH (%)	Positifs VHB (%)	Positifs VHC (%)	Chlamydioses (%)	Gonococcies (%)	Syphilis (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	88 (0,21)	293 (1,38)	175 (0,80)	1 909 (7,71)	496 (2,89)	473 (2,05)
Bourgogne-Franche-Comté	19 (0,13)	98 (1,05)	34 (0,41)	748 (9,78)	72 (1,98)	99 (1,40)
Bretagne	24 (0,22)	61 (0,82)	32 (0,58)	390 (8,20)	51 (1,44)	78 (1,78)
Centre-Val-de-Loire	18 (0,39)	73 (1,20)	58 (1,69)	527 (7,73)	57 (1,04)	63 (1,25)
Corse	4 (0,30)	5 (0,40)	6 (0,42)	47 (5,02)	1 (0,10)	2 (0,28)
Grand Est	24 (0,21)	212 (3,40)	58 (0,95)	562 (6,75)	123 (1,76)	88 (1,31)
Guadeloupe	30 (0,40)	20 (0,39)	30 (0,62)	639 (15,21)	105 (3,17)	51 (0,78)
Guyane	91 (1,48)	129 (2,65)	28 (0,58)	436 (8,58)	125 (12,16)	69 (1,13)
Hauts-de-France	75 (0,36)	151 (1,01)	228 (1,62)	1 043 (7,88)	216 (2,92)	182 (1,43)
Île-de-France	598 (0,65)	804 (1,35)	445 (0,86)	5 484 (7,44)	2 271 (3,22)	842 (1,42)
La Réunion	3 (0,16)	11 (0,50)	15 (0,65)	121 (6,30)	10 (0,91)	40 (1,65)
Martinique	18 (0,57)	4 (0,31)	10 (0,64)	294 (11,20)	121 (6,46)	18 (1,85)
Normandie	12 (0,12)	69 (0,82)	32 (0,48)	698 (9,60)	140 (2,51)	39 (0,70)
Nouvelle Aquitaine	54 (0,20)	110 (0,57)	47 (0,37)	1 668 (8,32)	204 (1,66)	166 (1,29)
Occitanie	155 (0,49)	205 (0,81)	233 (0,98)	1 898 (7,37)	503 (5,06)	374 (1,74)
Pays de la Loire	61 (0,28)	138 (1,27)	26 (0,33)	1 445 (8,95)	191 (1,32)	204 (1,66)
Paca	60 (0,34)	74 (0,65)	68 (0,61)	1 409 (7,30)	469 (5,24)	224 (1,91)
Total	1 334	2 457	1 525	19 318	5 157	3 012

Nombre de visites faisant l'objet d'un examen VHB/VHC/VIH, par année et établissement :

Année	Guyane	CRF Cayenne	CRF Saint Laurent	CRF Kourou	Maison médicale
2007	1792	1559	130	99	4
2008	2759	1606	528	438	187
2009	3291	2046	220	459	566
2010	3894	2455	354	415	670
2011	4666	2876	419	529	842
2012	4758	2688	523	776	771
2013	4886	2835	611	964	476
2014	5209	3111	1196	898	4
2015	4696	3228	733	735	0
2016	4775	3169	813	793	0
2017	4300	3062	673	565	0
2018*	2430	1845	302	283	0
2007-2018*	47456	30480	6502	6954	3520

*2018: Premier semestre uniquement

Publication IST

1: Adenis A, Dufit V, Douine M, Ponty J, Bianco L, Najjioullah F, KiliéO, Catherine D, Thomas N, Deshayes JL, Brousse P, Carles G, Grenier C, Lacoste V, Molinie V, Cesaire R, Nacher M. Predictors of abnormal cytology among HPV-infected women in remote territories of French Guiana. BMC Womens Health. 2018 Jan 24;18(1):25. doi: 10.1186/s12905-017-0493-9. PubMed PMID: 29368607; PubMed Central PMCID: PMC5784667.

V-CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

5.1- Conclusions :

A la date où ce rapport doit être livré, nous n'avons pas reçu toutes les données sollicitées (c'est toujours ainsi). Néanmoins les données présentées permettent de se faire une idée des tendances. Concernant le VIH léger déclin du nombre de nouveaux patients à confirmer. On retrouve les mêmes tendances : avec une proportion quasi constante de personnes dépistées à moins de 200 CD4 à Cayenne et SLM ce qui souligne que le réservoir caché reste une cible difficile à atteindre, alors que tous les enjeux, transmission, SIDA et décès y sont rattachés. Malgré les efforts diversifiés pour dépister ce groupe de patients semble bien difficile à atteindre. Des études qualitatives décrivant les trajectoires de ces patients pourraient permettre de progresser. Une note particulière concernant l'Ouest Guyanais où le nombre de nouveaux patients augmente régulièrement dans un contexte d'éloignement sur le fleuve et peut être surtout dans un contexte de charge virale communautaire très forte au Suriname après des années où moins de la moitié des patients Surinamais étaient traités. Il faut espérer que le changement des indications thérapeutiques au Surinam aboutira à freiner l'épidémie à la frontière.

Pour le traitement, les résultats thérapeutiques sont très bons. La rétention dans le soin semble améliorée depuis le traitement quasi systématique, mais cela sera à confirmer avec les données du DOMEVIH, en espérant que cela se concrétisera en 2019. Des incertitudes existent à la frontière brésilienne avec le changement de gouvernement. Il est trop tôt pour juger mais déjà au ministère on note apparemment un changement de cap.

Concernant les IST pendant longtemps il n'y avait aucun chiffre. Les premiers arrivent soulignant la prévalence de l'hépatite B, notamment chez les hommes, pathologie que l'on peut éviter par la vaccination. Sans doute faut-il sensibiliser la population. Il sera important de voir le poids de la morbidité et mortalité associée pour l'instant non précisées. Pour les IST bactériennes les données de la Croix Rouge ne sont pas encore disponibles mais elles seront utiles pour voir si cela confirme la forte prévalence de gonococcie et chlamydioses au CEGIDD du CHOG et leur évolution au cours des 13 dernières années, alors que la Prep se met en place, ce qui pourrait, en théorie, être associé à une recrudescence des autres IST. Reste le HPV, dont les études publiées en 2017 montraient la très forte prévalence justifiant la vaccination par un vaccin non valent pour cette infection qui se complique de cancer du col de l'utérus, le deuxième cancer féminin en Guyane.

5.2- Orientations du Corevih pour l'année 2019 :

Poursuite des efforts de dépistage, notamment par l'approche des laboratoires qui pourraient proposer systématiquement un test VIH aux personnes venant faire un bilan pour éviter les occasions ratées lors de contacts avec le système de santé. Affiner notre connaissance des tendances des IST en Guyane depuis 2006 et suivre leur évolution dans le temps. Faire un état des lieux des cohortes d'hépatites virales.

Faire un état des lieux du préservatif en Guyane. Optimiser la distribution du lait maternisé. Formations dépistage, TRODS, formation des généralistes sur le dépistage et la prise en charge.

Remerciements

Merci aux TECs (Ketty, Lidia, Karine, Sergine, Annie) à Rose Hélène pour leur aide, merci à Estelle, David, Elfie pour leur travail et leur énergie. Merci à Yann Lambert pour être parvenu à « sortir » les données du système de la Croix Rouge qui étaient un casse-tête qui l'attendait depuis 11 ans pour être résolu.