

Rapport D'activité 2021



COREVIH Guyane

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

Table des matières

PARTIE I : ADMINISTRATIVE.....	4
I. DEFINITION DU COREVIH.....	5
II. LE COREVIH GUYANE	7
1. Données administratives :	7
2. Identification du territoire de référence - La Guyane Française	7
3. L'unité fonctionnelle.....	7
4. Les ressources humaines	8
5. Fond Investissement Régional.....	10
III. LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE.....	10
1. Comité de coordination:.....	10
2. Déroulement des plénières et réunions de bureaux du Corevih et autres réunions :	12
IV. CPOM 2021-2023.....	12
PARTIE II : MISSIONS DU COREVIH	14
I. LES COMMISSION DU COREVIH	15
1. Dépistage-Prévention-Santé Sexuelle	15
2. Prise en charge et parcours de soins	15
3. Populations vulnérables, situations socio-environnementales très spécifiques.....	15
4. Surveillance épidémiologique et données probantes en Santé Sexuelle.....	15
II. BILAN DE COMMUNICATION	16
III. FORMATION DU COREVIH GUYANE	16
1. Formations hospitalières et universitaires	16
2. Formations des professionnels de santé libéraux	17
3. Formations des acteurs associatifs et bénévoles impliqués dans les associations de lutte contre le VIH et les IST	17
IV. JOURNEE MODIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : 1 ^{er} décembre.....	18
V. REUNION DE COORDINATION DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	19
VI. PROJET DELIVRANCE TRIMESTRIELLE DES ARV	20
VII. PROJET LAIT MATERNISE	20
1. Histoire du projet.....	20
2. Objectifs du projet	21
3. Avancement du projet au 31/12/2021.....	21
VIII. PROJET DE RECHERCHE	22
1. La cohorte DOMEVIH.....	22
2. Épidémiologie moléculaire des hépatites B au centrehospitalier de Cayenne, Guyane française = EMOHCAY	23
3. Réduction des inégalités d'accès aux soins en Guyane : ISe-santé, une étude randomisée évaluant un modèle d'implémentation de l'e-Santé dans la prise en charge des patients VIH	24
4. Cartographier les IST à l'échelle régionale et infrarégionale pour évaluer et guider les programmes de prévention et de dépistage	27
5. Précarité et vulnérabilité sexuelle au cours du parcours de vie et de migration des personnes originaires d'Haïti vivant ou non avec le VIH en Guyane française = PARCOURS D'HAÏTI	27
6. Épidémiologie Étude de l'entrée et du maintien en soins des personnes vivant avec le VIH en Guyane = EMVIH	30
7. État de santé des femmes transgenres en Guyane et à Paris : regards croisés =TransGuyane.....	32

8. Etude transversale des vulnérabilités et des conduites à risques en santé sexuelle des patients accédant à la PREP lors des consultations hors les murs du Centre Hospitalier de Cayenne = CAYPREP....	34
9. Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux. Etude descriptive rétrospective monocentrique au Centre Hospitalier de Cayenne de 2013 à 2019.	35
IX. Présentation en congrès.....	37
1. Présentation orale	37
2. Communication écrite : poster.....	37
X. PARTICIPATION AUX SOCIETES SAVANTES	37
XI. ARTICLES PARUS EN 2021	38
PARTIE III : DONNEES NADIS 2021	40
I. Cohorte FHDH / DOMEVIH	41
II. Hépatite B	47
III. Hépatite C	49
PARTIE IV : DONNEES REGIONALES COLLECTEES AUPRES DES ACTEURS 2020	52
I. Dépistage par TROD VIH en 2020	53
1. Les Associations : AIDES , Entr’AIDES, Médecins du monde	53
2. Les activités IMOD	53
II. La PREP en Guyane en 2020	55
CONCLUSION	66
ANNEXES.....	67

PARTIE I :

ADMINISTRATIVE

I. DEFINITION DU COREVIH

Le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine prévoit la création de comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) implantés dans les établissements publics de santé couvrant un territoire de référence à un niveau infrarégional, régional ou interrégional.

Les COREVIH font suite aux Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) créés par lettre de la Direction des Hôpitaux DH/SPE n°72-23 du 2 juin 1988.

L'évolution des CISIH en CCOREVIH a été motivée par des modifications des caractéristiques épidémiologiques de l'infection à VIH et un nouveau cadre législatif, en particulier la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 20) et la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les missions des COREVIH sont les suivantes :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé.
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques.
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte FHDH-ANRS CO4).

Conformément à l'arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale les COREVIH sont financés au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les 28 COREVIH implantés selon un maillage national adapté aux contextes locaux doivent permettre une meilleure continuité des soins en améliorant le lien entre le secteur hospitalier et extra hospitalier et favoriser l'implication de nouveaux acteurs, notamment des associations des malades et des usagers du système de santé, des réseaux, du champ social et médico-social.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a constitué un comité de suivi national des Corevih composé de représentants des établissements de santé, des réseaux, des professionnels de santé, des associations de patients et de l'administration sanitaire et sociale.

Ce comité a pour mission de suivre de manière opérationnelle la mise en place des 28 Corevih sur le terrain et de répondre aux questions pratiques au fur et à mesure de la mise en place.

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 COREVIH 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 COREVIH GUYANE

1. Données administratives :

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

Adresse du siège :

Centre Hospitalier de Cayenne
Avenue des Flamboyants
BP 6006
97306 Cayenne cedex

N° FINESS (établissement) : 970300026

Numéro d'UF : 1600

2. Identification du territoire de référence - La Guyane Française



3. L'unité fonctionnelle

L'unité fonctionnelle (UF 1600) COREVIH est désormais intégrée au sein de Département de Recherche et de l'Innovation en Santé Publique, le DRISP, du Centre Hospitalier de Cayenne au sein du pôle Santé Publique Recherche.

Ceci constitue une opportunité et un atout important :

- Mutualiser et les ressources humaines et logistiques
- Favoriser une interface entre la Recherche et le terrain

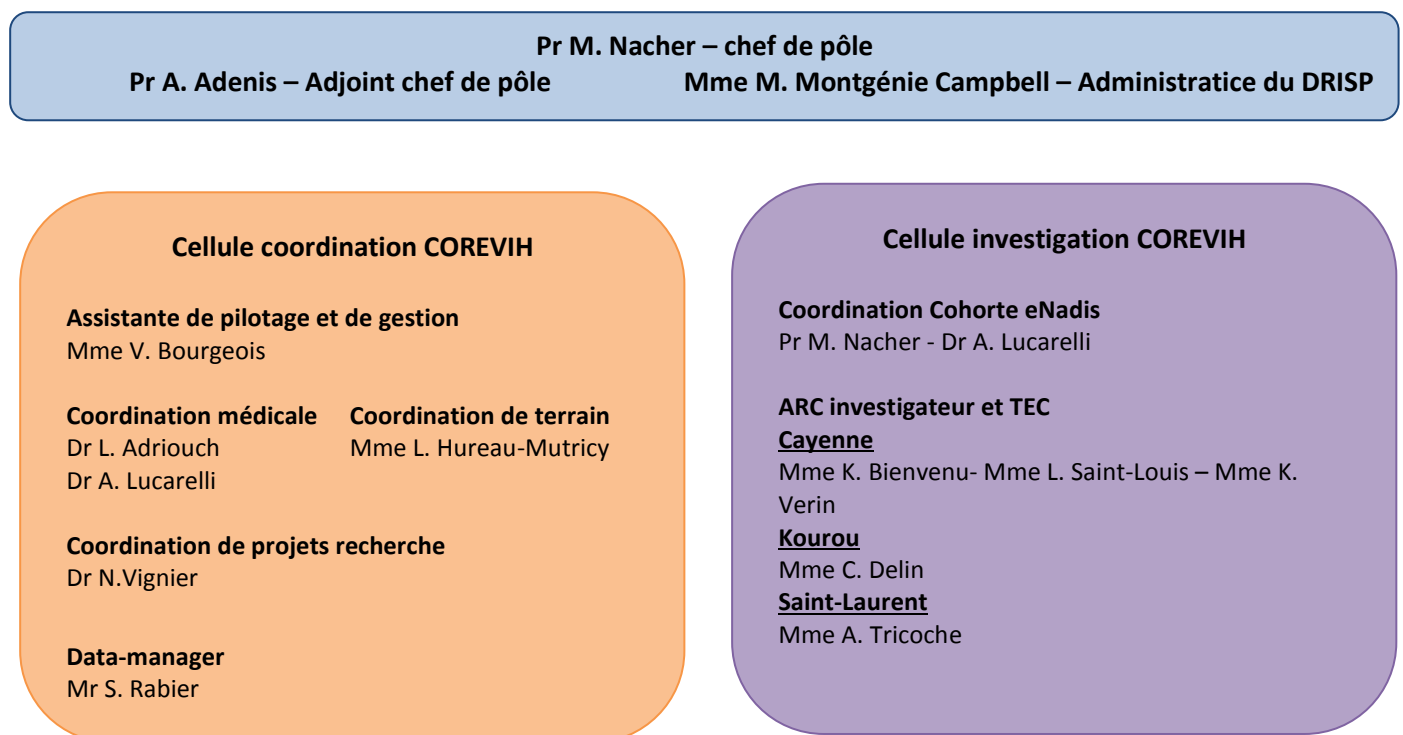
- Garantir un des objectifs prioritaires du COREVIH : améliorer le recueil et les données en Santé Sexuelle et mener des actions éclairées d'indicateurs probants
- Appuyer l'enjeu de la Santé Sexuelle, dans le cadre de la mise en place du GHT, et des objectifs d'universitarisation du Centre hospitalier de référence
- Développer les projets de recherche interventionnelle avec les acteurs de terrain (en utilisant les ressources, les compétences, et l'expertise du DRISP)
- Attirer et accueillir des chercheurs locaux, nationaux et internationaux œuvrant en Santé Sexuelle (le DRISP est une unité d'accueil et d'accompagnement des chercheurs)
- Travailler de manière transversale, le DRISP opère dans le domaine de la Santé globale : le COREVIH dispose ainsi de données précieuses territoriales pour mener ses actions.
- Augmenter en compétences le personnel du COREVIH pour plus d'efficacité (les formations internes du DRISP permettent par exemple à nos techniciennes d'études cliniques, TEC, d'améliorer leurs connaissances dans le domaine de la Recherche, d'harmoniser les pratiques, de créer et/ou utiliser des outils innovants...)

4. Les ressources humaines

Structurellement (locaux, outils logistiques...), administrativement (organe de direction) et fonctionnellement (réunions internes, systèmes d'organisation...), le COREVIH Guyane est inséré au sein du DRISP, Département de Recherche et de l'Innovation en Santé Publique, du Centre Hospitalier de Cayenne.

Deux cellules, encadrées par une direction « originale » sont identifiées (mutualisation des ressources humaines) :

- Une cellule de « coordination »
- Une cellule « investigation »



**Organigramme du COREVIH, intégré dans le DRISP
(au 31/12/2021)**

✓ **La direction :**

Le COREVIH Guyane est présidé par le Pr Nacher. Il est appuyé dans ses missions par le Pr Adenis (également membre actif du bureau) et son équipe administrative (une mutualisation des ressources humaines et financières précieuse et originale).

✓ **La cellule de coordination :**

Deux médecins aux compétences complémentaires se partagent un équivalent temps plein (répartition et diversification des activités, continuité de la mission globale...).

La coordinatrice de terrain a pour objectif de déployer sur les stratégies issues des données probantes, et de faire régulièrement état des réalités du terrain.

✓ **La cellule d'investigation :**

C'est l'organe de recueil et d'exploitation des données en Santé sexuelle grâce à l'activité des techniciennes d'études cliniques, TEC. C'est l'unité phare pour permettre la mise en place des actions stratégiques éclairées des données épidémiologiques et de la Recherche.

Le COREVIH dispose de :

- 4 ETP TEC pour l'île de Cayenne, et les communes isolées
- 0.5 ETP pour Kourou
- 1 ETP pour Saint- Laurent du Maroni, l'Ouest Guyanais

Ces postes essentiels n'ont pas été pourvus pendant de nombreuses années, et demeurent très instables. A cela s'est rajouté un élargissement des missions du COREVIH (données IST), et du champ de données disponibles (développement de partenariats pour co-recueillir et co-exploiter des nouvelles données), et un cadre réglementaire de plus en plus contraignant. Outre les données de la file active, le recueil des données provenant de différentes bases de données de différentes structures est toujours une tâche ardue.

Malgré ces difficultés, fournir des données essentielles aux acteurs de terrain pour adapter l'offre de prévention, de dépistage, et de soins en Santé Sexuelle reste une priorité majeure : know your epidemic know your response disait l'OMS..

✓ **Le Data-manager :**

Le COREVIH est doté d'1 ETP. Cette compétence clé permet de valoriser les données épidémiologiques recueillies notamment via les cohortes hospitalières de patients. Le Data-manager organise le recueil de données (préalable : identifier le champ de données disponible sur le territoire) et permet l'exploitation/diffusion des données.

✓ **La cellule de pilotage et de gestion :**

Par ses activités, l'assistante de pilotage et de gestion assure des missions d'organisation et de mise en place des évènements, de communication, d'accueil, et d'administration.

✓ **Le comité de coordination du COREVIH :**

L'organisation et les fonctions des membres élus sont régis par décrets ministériels pour représenter tous les acteurs en Santé Sexuelle. Le bureau est informé des dernières données épidémiologiques, des problèmes, des actions et débat de ces sujets afin de dégager des priorités, résoudre des blocages. Le comité de coordination et en fait tous les membres sont informés des actions, données, recherches tant dans un but de partager largement les informations –ce que fait aussi la newsletter– que de prendre conscience de la diversité des opérateurs et des actions sur un territoire au fort turnover.

✓ **Autres ressources humaines :**

Le COREVIH accueille des internes en médecine et des médecins chercheurs, doctorants. C'est une ressource précieuse qui permet de développer la Recherche et les collaborations avec des équipes nationales et internationales et d'assurer certaines missions très ciblées, et/ou ponctuelles.

En 2021, l'équipe accueille un médecin de santé publique, une coordinatrice de projet pour mettre en place le projet Parcours.

Identification/fonction	ETP	Rayonnement d'activité
Personnel médical COREVIH		
Identification/fonction	ETP	Rayonnement d'activité
Chef de service, Président du COREVIH	0.5	Régional
Médecin coordinateur	0.4	Régional
Médecin coordinateur	0.6	Régional
Médecin chercheur en Santé Publique	1	Régional
Internes (capacités d'accueil : 2/semestre)	2 ETP/6 mois	Régional
Personnel non médical COREVIH		
Technicien d'études cliniques (TEC)	3	CHC
Technicien d'études cliniques (TEC)	1	CHOG
Technicien d'études cliniques (TEC)	0.5	CHK
Assistant de pilotage et de gestion	1	Régional
Coordinateur de terrain	1	Régional
Data manager	1	Régional

Tableau des effectifs sur UF 1600

5. Fond Investissement Régional

La dotation FIR reçu pour l'année 2021 est de 1 104 107 euros

III. LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE

1. Comité de coordination:

Les COREVIH sont composés d'un Comité de coordination divisé en 4 collèges dont les membres peuvent être :

- Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, **pouvant être choisis 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

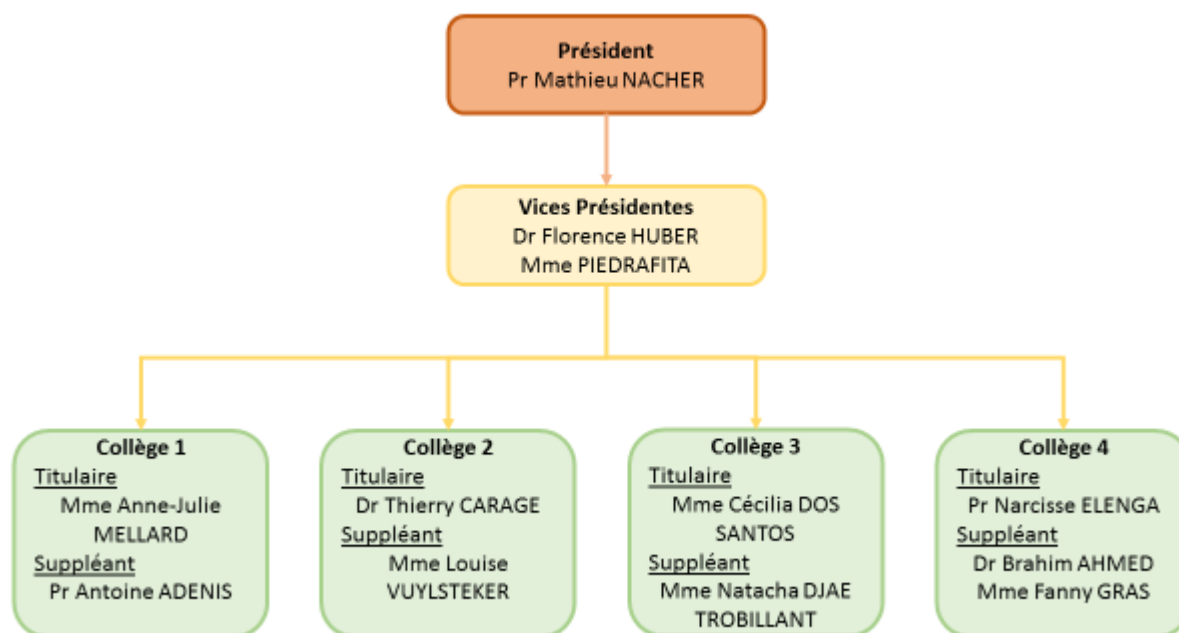
collège 3 : 3 titulaires, 3 suppléants

collège 4 : 5 titulaires, aucun suppléants

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

COLLEGES	TITULAIRE		SUPPLEANT	
	NOM	PRENOM	NOM	PRENOM
COLLEGE 1				
Représentants des Ets de santé sociaux et médico- sociaux	COUPPIE	PIERRE	ADENIS	ANTOINE
	PEROTTI	FREDERIQUE	ADOISI	JOCELYNE
	HUBER	FLORENCE	BONIFAY	TIMOTHEE
	MELLARD	JULIE-ANNE		
	LORE	ISABELLE	OLIVIERO	CATHERINE
COLLEGE 2				
Professionnels de santé et de l'action sociale			LABEDAN	LAETITIA
	ABOUD	PHILIPPE	LUCARELLI	AUDE
	SELICKA	ELINA	SELE	PASCAL
	GRAS	FANNY		
	CHASSAGNON	PASCALE	CONSTANT	RICHARDSON
	LAMAISSON	HELENE	SORIN	PASCALE
	RHODES	SOPHIE	AUZ	MARIE
	MAGNIEN	CHRISTIAN	VILLARD	CECILE
	DJOSSOU	FELIX		
	CARAGE	THIERRY	SUBLET	FABIEN
	GRENIER	CLAIRE	VUYLSTEKER	LOUISE
	ELESKI	FANNY	PIETTE	ALEXANDRA
COLLEGE 3				
Représentants des malades et des usagers du système de santé	PIEDRAFITA Y	CLAIRE	NAWANG	AGNES
	DOS SANTOS	CECILIA	MENDIBIL	ELODIE
	DJAE TROBILLANT	NATACHA	WILLAERT	CORALIE
COLLEGE4				
Personnalités qualifiées	NACHER	MATHIEU		
	ELENGA	NARCISSE		
	CARLES	GABRIEL		
	AHMED	BRAHIM		
	GRANIER	DOMINIQUE		

MEMBRES DU BUREAU DU COREVIH GUYANE -élus en 2018



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.

Dates des réunions de bureau et plénières :

- ✓ Vendredi 05 février 2021
- ✓ Vendredi 18 juin 2021
- ✓ Vendredi 15 octobre 2021

IV. CPOM 2021-2023

Conformément aux dispositions en vigueur, le COREVIH Guyane répond aux enjeux actuels de la lutte contre les IST et le VIH autour de 4 missions que sont :

- **La coordination des professionnels avec pour objectifs principaux :**
 - Adapter l'organisation des parcours de santé aux caractéristiques de l'épidémie (ex : « ISE-Santé » et « Parcours Haïti »)
 - Améliorer l'organisation du dépistage pour faire baisser « l'épidémie cachée » (ex : mise en place du projet « au labo sans ordonnance »)
 - Favoriser l'égal accès à la prise en charge sur l'ensemble du territoire de référence (ex : l'appui à l'accompagnement des équipes mobiles d'infectiologie pour couvrir les besoins de consultations spécialisées)
 - Améliorer le parcours de soins des personnes vivants avec le VIH (PVVIH) et les hépatites (ex : les collaborations avec le réseau KIKIWI et le réseau périnatalité, les formations des médiateurs, les projets sur les perdus de vue)
 - Améliorer la prise en compte des besoins des PVVIH et des populations clés (ex : « Parcours Haïti », les projets avec les équipes de soins du centre pénitencier)

- **La participation à l'amélioration de la qualité, sécurité et prise en charge des patients notamment l'harmonisation des pratiques**
Le COREVIH Guyane veille à l'égalité d'accès au parcours de santé et de soins, sur l'ensemble de son territoire en s'appuyant sur les données locales issues des systèmes d'information, de recherches spécifiques, des recommandations d'experts et des travaux nationaux
- **Le recueil et l'analyse des données épidémiologiques**
Cette mission nécessite différentes collaborations : Santé Publique France (via la CIRE), les associations locales (CRF pour les données IST), le registre des cancers (HPV)...
C'est une mission clé pour les prochaines années afin d'adapter l'offre de prévention, de dépistage, et de soins éclairés de données locales.
- **La participation à l'évaluation de la programmation nationale de lutte contre les IST et le VIH.**
Le COREVIH Guyane participe à la programmation stratégique et au pilotage de la lutte contre le VIH et les IST et à l'élaboration du parcours de santé des personnes vivants ou vulnérables au VIH et aux IST, dont est responsable l'Agence Régionale de Santé de Guyane, sur la base d'un diagnostic territorial partagé.

Pour assurer ces 4 missions, plusieurs actions ont été définies et planifiées ces prochaines années dans un CPOM 2021-2023 en cours de finalisation.

PARTIE II : MISSIONS DU COREVIH

I. LES COMMISSION DU COREVIH

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.

Présentation des différentes commissions (validées en réunion de bureau du 15/10/2021):

Commission de travail	Responsable
Dépistage – Prévention- Santé sexuelle	Coordination de terrain
Prise en charge	Coordination médicale
Population vulnérables, situations socio-environnementales spécifiques	Coordination médicale
Données épidémiologiques et Recherche	Président et Data-manager

Membres et non membres du Corevih peuvent intégrer ces commissions.

1. Dépistage-Prévention-Santé Sexuelle

- Communication et stratégie de communication globale et Grand Public
- Participation aux actions de promotion de la santé en santé sexuelle, évaluation et expertise des actions (partenaire privilégié GPS)
- Appui à la coordination des actions de dépistage, de prévention et de soins, sur le territoire (dont lors des évènementiels, PREP hors les murs...)
- Formations des acteurs (dont formation « TRODS »)
- Cegidd/PREP

2. Prise en charge et parcours de soins

- Médecine hospitalière/Parcours hospitaliers (dont les stratégies et actions spécifiques « GHT »)
- Médecine de ville/parcours de soins/ réseau « ville-hôpital »
- Harmonisation des pratiques/protocoles/diffusion des mises à jours des recommandations...
- Comorbidités/Vieillesse
- Le parcours spécifique VHB (enjeu+++)
- Formations

3. Populations vulnérables, situations socio-environnementales très spécifiques

- Populations à haut risque IST (migrants, TS, addictions...)
- Population carcérale
- « Jeune Public »
- Les enjeux transfrontaliers/CDPS
- Formations

4. Surveillance épidémiologique et données probantes en Santé Sexuelle

- Recueil-traitement-analyse- gestion et diffusion des données
- Evolution des outils informatiques-logiciels-systèmes de données- des systèmes de communication
- Nadis-Data'aids- Domevih
- Travaux de Recherche-encadrement des étudiants, doctorants...
- Axes de recherche VIH-IST-VHB/C-HPV-HTLV
- Formations

II. BILAN DE COMMUNICATION

Le COREVIH doit être un vecteur d'information et de transmission. Cela passe aussi par l'utilisation de moyens de communication.

1. Mensuelle

Pendant plusieurs années, une newsletter était proposée mensuellement par le Corevih.

Avec les 2 années de pandémie et un poste de coordinateur terrain vacant pendant de nombreux mois, cet axe de communication avait été mis entre parenthèses.

Depuis Septembre 2021, la publication mensuelle d'une lettre d'informations a repris, sous le nom de « Mensuelle du Corevih ».

Les items qui reviennent sont :

- *A venir : à vos agendas !* : Liste des événements, congrès, formations à venir à court ou moyen terme, en Guyane ou sur le territoire national
 - *Evènements : ce qui s'est passé !* : Retour sur les temps forts du mois précédent
 - *A lire / A voir* : Publications nationales, internationales, thèses, articles de presse,...
 - *Bon à savoir* : publication de fiches de poste, mise à jour d'horaires de permanences d'acteurs, changement de personnel sur des postes de partenaires,.....
- ➔ En 2021, 4 numéros se sont succédés de septembre à décembre.

2. Trimestriel :

Tout comme les Mensuels, le bulletin trimestriel n'avait pas été publié depuis un certain temps.

Depuis la rentrée 2021, il a été décidé qu'un bulletin serait édité 7 à 10 jours après chaque plénière, soit 3 fois par an. Il est nommé « Bulletin Trimestriel du Corevih ».

Il revient sur le déroulement de la plénière, met à disposition les liens pour retrouver les power point des intervenants, et propose à un acteur (associatif, institutionnel, sanitaire) de rédiger un court article sur sa structure ou un projet mis en place.

➔ En 2021, 1 Trimestriel est sorti après la plénière du 15/10/2021.

3. Site internet :

Il existe une page sur le site internet du CHC accessible <http://www.ch-cayenne.net> - Onglet COREVIH ou directement <https://corevih-guyane.org>.

Le CHC travaille actuellement sur la modernisation de cet outil de communication, qui permettra aussi au COREVIH d'obtenir un nouvel espace également.

III. FORMATION DU COREVIH GUYANE

1. Formations hospitalières et universitaires

- Formations et encadrement des internes en médecine
 - Cours sur les traitements anti rétroviraux (Dr LUCARELLI)
 - Prise en charge du VIH (Dr LUCARELLI)
 - Prise en charge des hépatites (Dr LUCARELLI)
 - Prise en charge des IST en cabinet de médecine générale (Dr LUCARELLI)
 - Prévention Combinée (Dr LUCARELLI)
 - Santé des migrants (Dr VIGNIER)
 - L'histoplasmosis (Pr ADENIS)
- Formation des étudiants infirmiers à l'IFSI

- Le VIH, épidémiologie, dépistage, diagnostic (Dr LUCARELLI)
- Les IST, épidémiologie, dépistage, diagnostic et traitement (Dr LUCARELLI)
- Formations des soignants hospitaliers selon les demandes et les besoins identifiés : en CDPS, dans les différents hôpitaux dans le cadre du GHT...
- Formation continu du personnel du COREVIH et du DRISP
 - Le VIH et prévention combiné (Dr LUCARELLI)
 - Les hépatites (Dr LUCARELLI)
 - VIH, IST, Santé sexuelle (Dr VIGNIER)
 - Présentation des études biographiques (Dr VIGNIER)
- Participation aux formations/cours universitaires
 - DU médecine tropicale, université de la Guyane : Le VIH en 1h30 (Dr LUCARELLI)
 - DU médecine tropicale, université de la Guyane : La santé des migrants (Dr VIGNIER)
 - DU médecine tropicale, université de la Guyane : Histoplasme et VIH (Pr ADENIS)
 - DU médecine tropicale, université de la Guyane : VIH en Guyane (Pr NACHER)
 - DU médecine tropicale, université de la Guyane : HPV (Pr NACHER)
 - DU Médiation en santé, Université de Guyane : La vaccination (Dr VIGNIER)
 - Coordination du DU Santé des migrants, Université Sorbonne Paris Nord (Dr VIGNIER)
 - Coordination du DU Médiation en santé, Université Sorbonne Paris Nord (Dr VIGNIER)
 - Coordination du séminaire grandes endémies DU médecine tropicale, université de la Guyane (Pr ADENIS)
 - Organisation séminaire recherche en santé GUYANE-AMAPA (Pr ADENIS/Pr NACHER)

2. Formations des professionnels de santé libéraux

Les formations destinées aux médecins libéraux ont pour objectifs principaux et secondaires :

- mise à jour des connaissances (outils de prévention, de dépistages, prise en charge des IST...)
- harmonisation des pratiques
- créer/renforcer un réseau ville-hôpital en « Santé Sexuelle »
- création/identification d'un parcours de soin ville-hôpital en tenant compte des impératifs, besoins... locaux-régionaux
- développer des axes de recherches en médecine libérale

Ces formations ont eu lieu en présentiel et en distanciel en collaboration avec l'organisme de DPC EDUPRAT.

Plusieurs formats sont mis en place : groupes d'échanges de pratiques, formations théoriques, réunions d'expertise.

3. Formations des acteurs associatifs et bénévoles impliqués dans les associations de lutte contre le VIH et les IST

Mise à jour des connaissances en Santé Sexuelle.

- Harmonisation des pratiques dans les actions de prévention
 - La création/renforcement des parcours de prévention et de soins avec l'ensemble des acteurs
 - Améliorer la coordination en prévention des acteurs (agenda partagé, répartition territoriale des actions...)
- Mise à jour des connaissances en santé sexuelle : journée entière en distanciel le vendredi 19/11/2021, de 8h30 à 16h30
 - Formation TROD : du 3,4 et 5 novembre 2021

IV. JOURNEE MODIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : 1^{er} décembre

La Journée mondiale de lutte contre le sida, proposée par l'ONUSIDA, est organisée chaque année à date fixe, le 1^{er} décembre. Elle a pour but de sensibiliser à l'importance d'apporter un soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida, et de rendre hommage à ceux et celles qui ont perdu la vie à cause de celui-ci.

En 2021, l'ONUSIDA a proposé de mettre l'accent sur l'éradication urgente des inégalités qui alimentent l'épidémie de sida et d'autres pandémies dans le monde.

En Guyane, 3 réunions de préparation en distanciel ont été proposées par le Corevih en amont de la date du 1^{er} décembre. Elles ont eu lieu les mardi 9, 16 et 23 novembre 2021, de 14h à 16h.

L'objectif de ces rencontres était :

- Echanger les initiatives envisagées
- Coordonner les actions prévues par les acteurs, et les regrouper dans un outil de communication commun pour plus de visibilité
- Relayer les disponibilités de ressources disponibles dans les structures pour mise en commun ou à disposition
- Travailler sur un message clé commun aux acteurs Guyanais

Plusieurs outils ont été décidés et mis en place des réunions : une affiche commune aux acteurs, un communiqué de presse, et un planning des actions. Ils ont été diffusés via le Service de Communication du CHC, la Lettre Pro, et les réseaux internes des associations. (Cf. *annexe 1 : Outils de Communication JMS 2021*).

Au total :

- 12 structures associatives, hospitalières ou institutionnelles ont pris part à au moins une réunion de préparation,
- 18 structures ont mis en place au moins une action.
- 53 actions ont été proposées, dont 6 co-organisées en collaboration inter-structures,
- 12 journées avec au moins une action entre le 25/11 et le 10/12

Le Corevih est en outre intervenu dans 4 communications médiatiques :

- Article Web Guyane la Première
- Emission "A yo midi " Radio RDI
- Emission " Makandi" Guyane la 1ère TV
- Emission "Vo zot save" Guyane la 1ère Radio

Lors du bilan du déroulement de cette journée, qui a eu lieu le 13/12/2021, plusieurs points ont été abordés :

- Insister auprès des médias afin qu'ils puissent mieux anticiper leurs sollicitations. Le Corevih et plusieurs structures ont été contactées la veille des JMS, parfois même tardivement, pour une interview, intervention radio, ou volonté de venir filmer. Cela peut mettre en difficulté les acteurs, voir être à l'origine d'une communication inadaptée. Les sollicitations des médias, au vu des dates fixes des actions (que ce soit pour les JMS, Sidaction, ou les Journées Caribéennes de Dépistage) **devraient être anticipées par les journalistes**, dans le souci de produire un travail de qualité. **Il a été proposé lors du bilan que l'an prochain, une conférence de presse pluri-acteurs soit organisée en amont du 1^{er} décembre 2022.**

- Plusieurs actions ont été renvoyées au Corevih par les acteurs après la deadline fixée au 26 novembre, ce qui a rendu difficile la communication du planning aux relais de communication, dans les délais initialement prévus. Il semblait important pour le Corevih de pouvoir proposer un outil le plus complet et représentatif possible ; ainsi, des modifications ont été apportées jusqu'au 30 à midi. Mais cela a créé des situations inconfortables. A l'avenir, la date choisie collectivement pour le retour des actions sera définitive, et chaque structure sera invitée à la respecter

- Enfin, l'idée d'une action collective type marche simultanée en plusieurs sites différents de Guyane a été abordée à plusieurs reprises. Elle serait à porter collectivement, en l'anticipant bien en amont tant pour sa mise en place que pour sa communication.

V. REUNION DE COORDINATION DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Parmi ses missions, le COREVIH a pour but de coordonner les réunions interprofessionnelles pluridisciplinaires visant améliorer les parcours de prévention et de soins des patients et d'harmoniser les pratiques et les prises en charge au sein des services hospitaliers.

Ainsi, le COREVIH coordonne la gestion et l'organisation des staffs hospitaliers stratégiques (cf tableau ci dessous) permettant une meilleure coordination des professionnelles pour la prise en charge des patients les plus vulnérables et/ou nécessitant des parcours spécifiques et complexes

En appui au pilotage de l'équipe mobile d'infectiologie territoriale dans le cadre du GHT qui à partir d'un centre référent (CH Cayenne) diffuse aux moyens de ces pratiques cliniques, de protocoles validés après concertation multicentrique, le gold standard de la prise en charge tout en intégrant les spécificités loco-régionales

Intitulé	Fréquence	Jour	Heure	Services participants	Objectifs
Staff « médico-psycho-social »	Hebdomadaire	Lundi	14h	Dermatologie, HDJA, UMIT	Réunir l'ensemble des professionnels autour des patients hospitalisés pour une prise en charge globale et coordonnée, avec une expertise des médecins référents
Staff « Initiation/switch ARV »	Hebdomadaire	Vendredi	14h	HDJA, UMIT, les équipes mobiles d'infectiologie au CHK, et au CHOG	Favoriser l'harmonisation des prescriptions des ARV en veillant aux recommandations d'expert sur tout le territoire
Staff « patients difficiles »	Hebdomadaire	Mardi	15h	UMIT	Réunir l'ensemble des spécialistes autour des situations cliniques les plus compliquées nécessitant des expertises pluridisciplinaires
Comité thérapeutique	Mensuel	1 ^{er} jeudi	14h	HDJA, UMIT, CDPS, Laboratoire et Pharmacie hospitaliers	Mise à jour des recommandations vis-à-vis des ARV, expertise des prescriptions...
Staff « femmes enceintes »	Mensuel	4eme vendredi	13h30	HDJA, UMIT, CDPS, services de pédiatrie, et de Gynéco-obstétrique	Coordonner la prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons
RCP hépatite	Mensuel	2eme lundi du mois	15h	Médecine B, HDJA, UMIT, CDPS, Pharmacie et Laboratoire hospitaliers	Valider la prescription des traitements, expertise des prises en charge...

En 2021, les protocoles suivants ont été validés :

- Vaccination du PVVIH (annexe 2)
- AEV au CHC/CHK/CHOG (annexe 3)
- AEV en CDPS (annexe 4)

VI. PROJET DELIVRANCE TRIMESTRIELLE DES ARV

La délivrance trimestrielle des ARV chez les patients le nécessitant est l'aboutissement d'un travail avec les équipes médicotechniques de la Caisse Générale de Sécurité Sociale, de l'ARS et du COREVIH.

Au premier trimestre 2021, a eu lieu le lancement de la phase expérimentale visant à délivrer les traitements ARV sur une durée prolongée de 3 mois.

Ce nouveau dispositif concerne **les patients isolés géographiquement des services de santé (lieux de consultations médicales, pharmacies...) avec des hauts risques de rupture** thérapeutique.

Il s'agit d'une phase expérimentale qui permettrait d'élargir les indications, aussi nous avons besoin de vous pour parvenir à une **évaluation préalable** avant toute modification future : il s'agit de respecter strictement et les indications (patients isolés géographiquement) et le protocole que nous avons essayé de rendre le plus facile d'utilisation tout en garantissant la sécurité du circuit « patient/médicament ».

Ainsi pour ces patients identifiés le circuit est le suivant :

- **Consultation médicale : le médecin remplit la fiche 1 « médecin prescripteur », cette fiche comporte 2 identifications possibles « prescripteur » (médecin hospitalier et/ou médecin généraliste)**
- **Le médecin remet la fiche 1 à son patient avec l'ordonnance**
- **Pharmacie désignée : le patient remet l'ordonnance et la fiche1 au pharmacien**
- **Le pharmacien remplit la fiche 2 « pharmacie », et envoie l'ensemble des documents par messagerie sécurisée à sm.guy@cnam-sm.mssante.fr**

VII. PROJET LAIT MATERNISE

1. Histoire du projet

En 2015, suite à la contamination par transmission materno-fœtale d'un nouveau-né à Cayenne, un groupe de travail « Périnatalité et VIH » a été mis en place sous l'égide du COREVIH Guyane.

L'étude des parcours de soins, menée au sein des réseaux « Kikiwi » et « Périnat » montrait qu'il existait des disparités quant à l'accès au lait maternisé pour les nourrissons nés de mères séropositives VIH, que se soit par :

- une couverture géographique dissociée sur l'ensemble du territoire Guyanais, conduisant à des impasses et/ou des laissés pour compte de l'offre de prévention,
- un fonctionnement confus entraînant une méconnaissance du circuit de distribution, tant pour les acteurs/professionnels de santé, que pour les mères,
- la différence de traitement financier entre les divers acteurs,
- un risque de non délivrance de lait maternisé lors du déplacement de la mère sur le territoire.

Pour rappel, la dispensation du lait maternisé aux mamans séropositives était alors réalisée par les associations DAAC à Saint Georges de l'Oyapock, Entr'Aides à Cayenne, ADER à Kourou, et en consultation de médecine via l'IDE d'ETP du CHOG pour Saint Laurent. Pour diverses raisons, les associations ont souhaité unanimement que le lait maternisé ne soit plus délivré par leurs soins.

Des discussions au sein du groupe de travail ont donc été menées pour mettre en place un parcours d'accès au lait maternisé uniformisé sur le territoire.

Au vu de ces éléments, et sachant qu'en Guyane la très grande majorité des femmes accouche dans l'un des établissements du GHT (CHC, CHK, CHOG), il a donc semblé opportun d'intégrer le circuit de dispensation du lait maternisé dans le parcours de soin global de la maman VIH+ au sein de ces établissements.

2. Objectifs du projet

Eviter la contamination au VIH via l'allaitement maternel, en garantissant l'accès à la délivrance du lait maternisé pour tous les nourrissons nés de mères séropositives au VIH sur le territoire Guyanais, pendant leur première année de vie. Le projet doit :

- Permettre une répartition géographique homogène de la délivrance du lait maternisé.
- Permettre la mise en place d'un circuit de délivrance du lait maternisé uniformisé, simple, et pérenne.
- Permettre une diminution du prix de la boîte de lait par le groupement des achats via la cellule achat du Groupement Hospitalier Territorial (GHT)

3. Avancement du projet au 31/12/2021

- Le 18/02/2021, le document '*Etat des lieux et stratégie d'amélioration de la délivrance du lait maternisé en Guyane pour les nourrissons issus de mères séropositives au VIH ou à l'HTLV1*', rédigé le 29 août 2018, a été actualisé par la coordinatrice du corevih en poste à ce moment.
- En Mars 2021, l'ARS s'est engagé à accorder un financement pour l'achat groupé du lait maternisé par le GHT.
- Entre septembre et décembre 2021, des réunions ont eu lieu avec les équipes concernées par la dispensation du lait dans les Centres Hospitaliers de Cayenne, Kourou, et Saint Laurent, afin d'affiner le parcours.
- Décembre 2021 : finalisation des logigrammes d'accès et de dispensation au lait maternisé par établissement. Attente de l'arrêté de l'ARS validant l'attribution du financement, pour pouvoir lancer les commandes de lait. Début de rédaction du '*Protocole de délivrance de lait maternisé pour les nourrissons nés de mères séropositives au VIH*', à faire valider par les acteurs concernés /pharmacies des établissements du GHT au premier quadrimestre 2022.

Objectif : mise en œuvre du parcours d'accès au lait maternisé pour les enfants nés de mères VIH+ à la fin du premier semestre 2022.

VIII. PROJET DE RECHERCHE

Le COREVIH Guyane a parmi ses objectifs 2021-2023 de contribuer à l'amélioration du parcours en santé sexuelle des personnes vivant avec une IST dont le VIH et les hépatites virales ou exposées à un risque d'infection par ces virus :

- Améliorer le parcours de prévention et de soins des patients les plus « vulnérables » ou appartenant à un groupe à risque au virus du VIH/IST
- Améliorer la « cascade de soins » pour les patients vivant avec le VIH et/ou porteurs du virus de l'hépatite B à chaque étape (Dépistage-prise en charge-maintien dans les soins-accompagnement)

Pour atteindre cet objectif, le COREVIH Guyane participe ou met en place différents projet de recherche :

1. La cohorte DOMEVIH
2. Épidémiologie moléculaire des hépatites B au centre hospitalier de Cayenne, Guyane française = EMOHCAY
3. Réduction des inégalités d'accès aux soins en Guyane : ISe-santé, une étude randomisée évaluant un modèle d'implémentation de l'e-Santé dans la prise en charge des patients VIH
4. Cartographier les IST à l'échelle régionale et infrarégionale pour évaluer et guider les programmes de prévention et de dépistage
5. Précarité et vulnérabilité sexuelle au cours du parcours de vie et de migration des personnes originaires d'Haïti vivant ou non avec le VIH en Guyane française = PARCOURS D'HAÏTI
6. Épidémiologie Étude de l'entrée et du maintien en soins des personnes vivant avec le VIH en Guyane = EMVIH
7. État de santé des femmes transgenres en Guyane et à Paris : regards croisés = TransGuyane
8. Etude transversale des vulnérabilités et des conduites à risques en santé sexuelle des patients accédant à la PREP lors des consultations hors les murs du Centre Hospitalier de Cayenne = CAYPREP
9. Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux. Etude descriptive rétrospective monocentrique au Centre Hospitalier de Cayenne de 2013 à 2019.

1. La cohorte DOMEVIH

L'ANRS-CO4 FHDH est une cohorte hospitalière française multicentrique de personnes vivant avec le VIH avec des inclusions depuis 1989.

Les objectifs de recherche de la cohorte portent principalement sur l'évaluation clinique et les stratégies thérapeutiques à moyen et long terme, ainsi que les morbidités sévères liées au SIDA et non liées au SIDA, et les problèmes de santé publique liés à l'infection par le VIH.

Les travaux de l'ANRS-CO4 FHDH permettent également de décrire les personnes infectées par le VIH et recevant des soins hospitaliers en France.

Le DOMEVIH est un dossier médico-épidémiologique du VIH propriété du Ministère de la santé.

L'ANRS-CO4 FHDH est le maître d'œuvre.

Actuellement 2/3 des centres qui transmettent les données sont sous NADIS.

Afin de recevoir les données dans le format adéquat une passerelle NADIS/DOMEVIH a été développée et financée en partie par l'ANRS-CO4 FHDH.

Les objectifs :

- Fournir des informations médicales permettant de :
 - Décrire les caractéristiques des patients (stade, nombre de CD4, CV...)
 - Evaluer la fréquence des pathologies
 - Sélectionner les patients éligibles pour les protocoles thérapeutiques
- Fournir des informations épidémiologiques pour pouvoir :
 - Mesurer l'incidence des différentes pathologies opportunistes
 - Déterminer les facteurs de risques de chaque affection

- Evaluer l'impact des traitements sur la maladie
- Fournir des informations médico-économiques destinées à :
 - Améliorer la connaissance de la file active et de l'activité hospitalière
 - Evaluer le coût de la prise en charge des patients en fonction de leurs caractéristiques

2. Épidémiologie moléculaire des hépatites B au centre hospitalier de Cayenne, Guyane française = EMOHCAY

En Amérique du Sud, la prévalence du VHB est variable mais élevée (> 8%) dans le bassin Amazonien. Dans certaines zones, un tiers des porteurs de l'AgHBs y sont également infectés par le VHD, facteur de comorbidité majeur. Les mutations pré-core sont associées au phénotype Ag HBe négatif qui est associé à une évolution plus sévère. Ces mutations sont de fréquence croissante et élevée. La Guyane française est peuplée de populations aux origines Africaines, Européennes, Asiatiques avec des chaînes de transmission virale qui ne sont pas connues et des virus probablement d'origines différentes avec des potentiels de virulence et de transmission variables.

Objectif principal

Identifier les facteurs associés à différents génotypes (âge, sexe, pays de naissance, orientation sexuelle, prises de risques sexuels, notion de toxicomanie IV, au crack...) afin d'identifier des chaînes de transmission particulières en Guyane.

Objectifs secondaires

- Décrire l'épidémiologie moléculaire des hépatites B (mutations AgS et pré-core) en Guyane.
- Réaliser l'étude phylodynamique des différents génotypes du VHB afin de reconstituer l'histoire de l'épidémie en Guyane.
- Identifier les facteurs pronostiques cliniques associés aux différents génotypes et aux aspects phylogénétiques afin d'identifier les virus au plus grand potentiel pathogénique en Guyane.
- Décrire l'épidémiologie moléculaire des hépatites D chez les co-infectés B-D en Guyane.

Le schéma de recherche

Étude transversale, monocentrique, observationnelle, avec collection biologique.

Les critères d'inclusion

- Age $\geq$ 18 ans
- Personne ayant une hépatite B chronique confirmée
- Personne ne s'opposant pas à sa participation dans le protocole
- Charge virale VHB > 500 copies/mL
- Personne ayant prévu de /ou disposée à faire prélever son prochain bilan VHB du soin courant au centre de prélèvement du Centre Hospitalier de Cayenne

Les critères de non inclusion

- Refus de participer
- Âge < 18 ans
- Personne s'opposant à sa participation dans le protocole
- Charge virale VHB < 500 copies/mL
- Personne n'ayant pas prévu de / ou non disposée à faire prélever son prochain bilan VHB du soin courant au centre de prélèvement du Centre Hospitalier de Cayenne

Les critères d'exclusion

- Personne en situation d'urgence, personne incapable de donner personnellement sa non-opposition dont majeur sous tutelle
- Retrait de participation

Déroulement de la recherche

Lors d'une consultation de suivi de leur hépatite B chronique, les patients se verront proposer de participer au projet par le médecin investigateur qui leur fournira les informations et recueillera leur non-opposition.

L'attaché de recherche clinique viendra collecter les données sur un cahier d'observation. Les analyses biologiques de l'étude se feront sur un tube de sang veineux supplémentaire de 5 mL prélevé chez les patients lors de leur bilan biologique du soin courant à l'hôpital.

Critères de jugement

Les mutations étudiées seront celles portant sur l'AgS et sur les régions pré-core.

- Comparaison des facteurs associés aux différents génotypes présents (âge, sexe, pays de naissance, orientation sexuelle, prises de risques sexuels, notion de toxicomanie IV, au crack...).
- Une approche phylodynamique permettra d'estimer les aspects temporels de l'évolution virale.
- Des arbres phylogénétiques seront réalisés afin d'illustrer les relations génétiques entre les différents types des virus B et D circulants en Guyane.
- Plusieurs groupes seront distingués et comparés en termes de génotype et sous-clades, testant ainsi l'hypothèse nulle d'une absence de différence entre génotypes et marqueurs d'évolutivité.

Ces groupes sont :

- Modification de l'hémostase (Prothrombine et Temps de Céphaline Activée) : normale ; anormale
- Charge Virale VHB : CV < 2000 / 2000-20 000 / > 20 000 UI/mL
- Présence ou absence d'Ag HBe et d'Anticorps anti HBe
- Cytolyse (Transaminases ASAT et ALAT) : hépatique normale / jusqu'à 3 xN / >= 3N
- Alpha foeto protéine augmentée : N(<7) / >= 7
- Albumine
- Echographie hépatique : normale/anormale
- Ponction Biopsie Hépatique (PBH) réalisée : oui / non ; fibrose : oui/non
- Recherche de fibrose par Fibrotest, score Child ou Mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan (kPa)
- Groupes d'âge, pays de naissance, mode de contamination de l'hépatite

Le nombre de sujets visé pour les analyses sera de 400.

Le site de recrutement sera l'hôpital de Cayenne, dans 3 services, (consultations de l'hôpital de jour adultes, consultations du service des maladies infectieuses et tropicales et consultations d'hépatologie de médecine B)

Durée de la recherche 24 mois

Retombées attendues

L'obtention de données phylogénétiques permettra d'apporter un éclairage historique et dynamique de l'épidémie du VHB aux politiques publiques visant à mieux prévenir les hépatites virales B. La mise en évidence d'éventuelles différences en termes de virulence et de transmission locale pourrait être une information utile aux cliniciens suivant les patients pour le soin et la prévention de la transmission.

Calendrier 2021

08/02/2021 : Mise en place

09/02/2021 : Autorisation de démarrage de l'étude par la direction de la recherche

11/02/2021 : Première inclusion

12/08/2021 : Monitoring 1

20/08/2021 : Monitoring 2

Le nombre d'inclusion est de 94 patients pour l'année 2021

3. Réduction des inégalités d'accès aux soins en Guyane : ISe-santé, une étude randomisée évaluant un modèle d'implémentation de l'e-Santé dans la prise en charge des patients VIH

La crise liée à la pandémie COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé, et a révélé leurs forces et leurs faiblesses. Ainsi, le suivi des maladies chroniques a souvent été mis entre parenthèses, et l'on ne mesure pas encore l'impact sanitaire qui en résultera (Rosenbaum, 2020). Sur le plan des pathologies aiguës, on sait déjà qu'il existe un surcroît de morts subites domiciliées à des pathologies cardiaques aiguës ne consultant pas pour des symptômes urgents (Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy | NEJM, s. d.). Dans ce contexte, l'e-Santé a bénéficié d'un élan considérable pour pallier aux manques apparus et assurer la continuité des soins, pour permettre un suivi à distance des patients infectés par le COVID 19, pour protéger patients et soignants et éviter les infections nosocomiales, pour les problématiques de santé mentale, etc... (Gadzinski et al., 2020; Hollander & Carr, 2020; Ohannessian et al., 2020). La télémédecine est d'autant plus pertinente en Guyane qu'il existe des problématiques d'isolement géographique, de manque de spécialistes et de masse critique des professionnels de santé. Pour autant, l'e-Santé butte souvent sur un certain nombre d'obstacles concrets

qui compromettent sa montée en puissance. De nombreuses études soulignent que l'implémentation de l'e-Santé est en fait souvent défailante (Asthana et al., 2020; Bagot et al., 2020; May & Ellis, 2001; Peeters et al., 2016; Saigí-Rubió et al., 2014; Zachrisson et al., 2020). En Guyane, devant l'arrivée des outils de téléconsultation, une crainte partagée par les professionnels était leur applicabilité pour les populations les plus fragiles, ne sachant pas lire ou parler français et ayant un accès restreint au numérique. Si beaucoup des personnes précaires ont un smartphone, la littératie numérique est sans doute faible et un obstacle majeur à l'adoption du système, sans accompagnement. Par ailleurs, la loi de Santé de 2017 a inscrit la médiation en santé comme un atout important du système de santé, la Haute autorité de Santé ayant clarifié le cadre de la médiation (Haute Autorité de santé, 2017). De nombreuses initiatives ont été déployées en Guyane mais elles restent hétérogènes, souvent restreintes à une thématique, et non coordonnées entre elles. Cependant, le COVID-19 a été l'occasion d'une importante mobilisation qui souligne le potentiel énorme d'un réseau de médiation coordonnée autour d'objectifs de santé stratégiques. L'intégration réelle de la médiation dans l'offre de santé est stratégique. L'infection par le VIH est une infection toujours stigmatisant touchant des populations souvent extrêmement précaires, nécessitant un suivi spécialisé et un traitement à vie. Régulièrement, dans l'ouest Guyanais, à Kourou, l'absence de médecin spécialisé se traduit par des ruptures de suivi et de traitement délétères. D'après l'expérience des praticiens, cette pathologie est tout particulièrement adaptée à la téléconsultation mais il existe de nombreux freins qu'il faudra apprendre à lever. Le COVID-19 va continuer à profondément impacter l'offre de soins et les organisations, il est capital d'optimiser cette transition vers l'e-Santé.

Objectif principal

Evaluer l'efficacité du suivi des patients pris en charge pour une infection chronique à VIH par téléconsultation associée ou non à la médiation en santé.

Objectifs secondaires

- 1/ Définir la meilleure stratégie d'implémentation d'une plateforme d'e-Santé en Guyane dans la prise en charge d'une infection chronique à VIH.
- 2/ Evaluer la proportion de personnes susceptibles d'utiliser la plateforme
- 3/ Décrire les freins à l'utilisation de la plateforme d'e-santé
- 4/ Mesurer la satisfaction des patients de cet outil
- 5/ Mesurer la satisfaction des soignants de cet outil.
- 6/ Evaluer des besoins financiers et humains liés à la mise en place d'une plateforme d'e-Santé.
- 7/ Mesurer la qualité du suivi des patients avec la plateforme d'e-Santé et la comparer avec le suivi en consultation classique (bilans faits, succès immunovirologique, interruption de prise en charge, situation sociale, événements de santé graves).
- 8/ Mesurer les bénéfices objectifs à l'utilisation d'une plateforme d'e-Santé pour les patients et les soignants.

Critère de jugement principal

Comparaison des proportions de patients ayant suivi le calendrier proposé par le médecin à l'inclusion (ou révisé lors d'événements importants) dans les 3 bras.

Critères de jugement secondaires

- 1/ La meilleure stratégie d'implémentation d'une plateforme d'e-Santé en Guyane dans la prise en charge d'une infection chronique à VIH sera définie à partir de tous les critères d'évaluation de la recherche (en fonction de l'âge, la langue, le temps de formation à la plateforme, la durée du suivi avant l'inclusion, la date du diagnostic, un antécédent d'interruption de suivi).
- 2/ La proportion de patients pendant toute la durée d'inclusion (1 an) susceptibles d'utiliser la plateforme sera évaluée à l'aide du nombre de patients répondants aux critères d'inclusion ayant ou non accepté de participer à la recherche).
- 3/ Les freins à l'utilisation d'une plateforme e-santé seront évalués à l'aide d'un questionnaire à destination des soignants et des patients et à partir du nombre d'échecs de connexions.
- 4/ Score de satisfaction des patients.
- 5/ Score de satisfaction des soignants.
- 6/ Mesure du temps moyen d'intervention des médiateurs, de l'infirmier d'ETP et des médecins par patient et évaluer les besoins matériels à la mise en place et au maintien de la plateforme d'e-santé et l'accessibilité des lieux de consultation.
- 7/ Comparer les patients suivis avec la plateforme et les patients suivis en consultation classique sur : la proportion de bilans faits sur une même durée de suivi, la proportion de patients avec une charge virale indétectable, la proportion de rendez-vous manqués et d'interruptions de prise en charge, la situation sociale (interruption de droits), les événements de santé graves et le temps moyen passé avec un personnel médical sur la totalité due à la recherche.

8/ Questionnaire auprès de l'ensemble des intervenants du service de prise en charge évaluant le nombre de perdus de vue, le désengorgement du service, le temps d'attente des patients, la connaissance des parcours patients, la communication avec le patient, le nombre de consultations manquées et la charge virale des patients suivis via la plateforme

Le schéma de recherche

Etude contrôlée randomisée ouverte prospective.

Les critères d'inclusion

- Patient porteur d'une infection chronique à VIH.
- Patient ayant un suivi régulier depuis plus de trois mois à l'hôpital de jour adultes HDJA ou dans le service des maladies infectieuses (UMIT) du Centre Hospitalier de Cayenne.
- Patient majeur.
- Patient ayant signé le consentement.

Les critères de non inclusion

- Patiente enceinte
- Patient avec de lourds antécédents neurologiques ou psychiatriques (troubles cognitifs importants, déficience intellectuelle).
- Patient avec un handicap physique empêchant la communication via la plateforme d'e-Santé (patient muet, déficient visuel et auditif, handicap spécifique à la motricité manuelle, patient grabataire).
- Patient ne maîtrisant pas une des langues disponibles à la médiation.
- Patient sous tutelle ou curatelle, personnes placées sous mesure de protection

Traitements/stratégies :procédures de la recherche

Bras 1 : Groupe contrôle avec suivi au CHC. Les patients continuent les consultations normalement en HDJA ou à l'UMIT.

Bras 2 : Groupe téléconsultation seule. Les patients sont dirigés vers la plateforme de télésuivi sans accompagnement spécifique.

Bras 3 : Groupe téléconsultation + médiateur. Les patients sont dirigés vers la plateforme de télésuivi avec accompagnement spécifique. Un lien avec un médiateur permettra un accompagnement du patient dans son utilisation de la plateforme de télésuivi selon ses besoins.

Taille de l'étude : 450 patients

Durée de la recherche

12 mois de participation pour chaque patient.

7 mois de recrutement.

Durée totale de l'étude 19 mois

Retombées attendues

La télémédecine est d'autant plus pertinente en Guyane qu'il existe des problématiques d'isolement géographique, de manque de spécialistes et de masse critique des professionnels de santé. A travers cette étude d'implémentation dans un groupe de populations vulnérables, c'est à terme tous les patients guyanais qui sont visés. Ces données seront précieuses pour aider les décideurs à une mise en place plus large et optimisée de l'e-Santé dans le contexte guyanais.

Calendrier 2021 :

Mai : mise en place et début des inclusions

Juin 1ère modification substantielle / 1ère newsletter

Juillet 1ère téléconsultation

Septembre 2ème newsletter

octobre : 1er monitoring

Nombre d'inclusions 2021 : 180 inclusions

4. Cartographier les IST à l'échelle régionale et infrarégionale pour évaluer et guider les programmes de prévention et de dépistage

La Guyane est le département français où la prévalence au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est la plus élevée. En 2019, le taux de dépistage à la syphilis et aux infections à *Chlamydia trachomatis* étaient parmi les plus élevées de France.

Objectif principal

L'objectif de ce projet est d'utiliser la modélisation statistique, et les données IST par les laboratoires de Guyane pour obtenir des estimations, à l'échelle régionale, par groupe de transmission, et infrarégionale, de l'incidence des infections IST (nombres absolus et taux).

Résumé des données IST étudiées en 2021

L'objectif de ce travail était de décrire la fréquence des dépistages des IST et les taux de positivité à Cayenne au cours des dix dernières années.

Les données anonymes agrégées de dépistage de chaque IST ont été extraites à partir du logiciel HEXALIS du laboratoire du Centre Hospitalier de Cayenne entre le 01/03/2012 et le 31/12/2021. Les IST concernées étaient la gonococcie (PCR urines et vagin), la chlamydiose à *Chlamydiae trachomatis* (PCR urines et vagin), la syphilis (TPHA-VDRL, RPR -TPLA), les hépatites B-C ainsi que le VIH (sérologies). La distribution en fonction du genre, de l'âge et du lieu de résidence étaient décrites.

Les analyses ont montré une tendance à l'augmentation continue du nombre de dépistages des IST au cours des 10 dernières années étaient décrites avec deux fois plus de dépistage VIH-VHB-VHC de 2012 à 2020 et trois fois plus de dépistage par PCR gonocoque/chlamydiae entre 2018 et 2020.

Les taux de positivités étaient de 0,8 % pour VHC, >1,4 % pour la syphilis, >2.9 % pour l'antigène HBs, >2.1% pour le gonocoque, >2.1% pour le VIH, et >5,8% pour la PCR *Chlamydiae trachomatis*

Les taux de positivités atteignent leurs pics en 2016 pour les patients dépistés avec une infection chronique par le VHB, en 2017 pour les patients dépistés avec une syphilis ou une infection par le VHC, et en 2019 pour les patients dépistés positifs au gonocoque ou au *Chlamydiae*. En revanche, une baisse du taux de positivité pour le dépistage au VIH a été observée au fil du temps.

Les hommes étaient plus souvent dépistés positifs aux IST que les femmes. Les jeunes étaient plus souvent dépistés positifs au chlamydiae ou au gonocoque. L'information sur le pays de naissance était indisponible.

Les taux de positivité aux IST sont élevés dans un laboratoire hospitalier de référence pour le territoire de la Guyane française. La baisse observée pour le taux de positivité au VIH est probablement en lien avec la généralisation du traitement antirétroviral. La prévention et le dépistage des IST reste un enjeu majeur de santé publique pour le territoire, justifiant le maintien et le renforcement des moyens des CeGIDDs de Guyane. Dans un contexte de faible démographie médicale, le développement de projets innovants reposant sur l'aller vers et la proposition d'une offre de dépistage point of care doit être discuté.

5. Précarité et vulnérabilité sexuelle au cours du parcours de vie et de migration des personnes originaires d'Haïti vivant ou non avec le VIH en Guyane française = PARCOURS D'HAÏTI

La migration originaire d'Haïti représente un enjeu social et démographique important en Guyane, avec un nombre important de migrants arrivant sur le territoire guyanais notamment depuis les troubles politiques en Haïti dans les années 80, le tremblement de terre en 2010, la fermeture de la frontière dominicaine en 2015, l'augmentation importante du nombre de demande d'asile en Guyane en 2015-2016 et la crise sociale de 2018 en Haïti. Ces derniers vivent dans des conditions d'habitat, sociales et administratives dégradées après leur arrivée, récemment aggravées par la montée des mouvements anti-migrants depuis les mouvements sociaux de mars avril 2017 et la crise sociale induite par le ralentissement économique lié à l'épidémie du Covid19 depuis mars 2020.

L'enquête ANRS Parcours 2012-2013 a éclairé la problématique d'acquisition du VIH en Ile-de-France pour les immigrés d'Afrique subsaharienne en lien avec leurs mauvaises conditions d'accueil et de vie après leur arrivée en France. Cependant, il est difficile d'extrapoler ces résultats à l'ensemble des populations migrantes qui peuvent être confrontées à des réalités différentes, à fortiori dans le contexte particulier de la Guyane française, territoire d'Amazonie. La population haïtienne est une des plus importantes populations migrantes en Guyane (25% des immigrés recensés). Cette population vit souvent dans des

conditions dégradées et est touchée de manière disproportionnée par l'infection par le VIH. Deux études récentes –l'une basée sur la pente de décroissance des CD4 et l'autre sur la phylogénie des virus– montrent qu'au sein de la population étrangère vivant avec le VIH plus de la moitié des personnes s'infecteraient en Guyane. Néanmoins, pour la population haïtienne il semble que ceci soit à nuancer, avec notamment chez les personnes arrivées après 2010 une plus forte proportion déjà infectée à l'arrivée. La situation a des implications opérationnelles importantes et semble donc rapidement évolutive. Une autre étude connaissances attitudes et pratiques montrait une forte proportion de pratiques à risque –bien supérieure à la population générale– sans toutefois les décliner par pays d'origine. En dehors de ces travaux préliminaires en Guyane, aucune étude n'a décrit de manière fine les processus menant à une sexualité exposant à un risque de contamination par le virus du VIH de cette population vulnérable. Une meilleure connaissance de ces processus est susceptible d'aider les acteurs de santé publique à monter des actions de prévention et de réduction du risque sexuel au plus proche des réalités vécues par les populations, mais aussi d'aider les autorités à mieux comprendre et investir les enjeux de l'accueil et de l'accompagnement sociojuridique de ces dernières. De plus, un regard croisé entre ce travail et les données de l'enquête ANRS Parcours réalisée en Ile-de-France en 2012-2013 est susceptible d'éclairer sur les points communs et les différences entre deux populations migrantes clés au regard de l'épidémie du VIH en France. Enfin, les résultats de ce travail sont susceptibles d'être une aide à la compréhension et à l'accompagnement des populations originaires d'Haïti et s'étant installées dans d'autres régions de France comme la Guadeloupe et la métropole ou dans d'autres pays, mais aussi des autres populations migrantes confrontées à des réalités sociales et migratoires similaires sur le plateau des Guyanes.

Objectif principal

Évaluer la fréquence d'une sexualité exposant à un risque de contamination par le virus du VIH après l'arrivée en Guyane des personnes originaires d'Haïti et leur association avec leurs conditions de vie.

Objectifs secondaires

- décrire les parcours de migration des personnes originaires d'Haïti et leur implication sur l'accès aux soins en Guyane
- décrire les conditions de vie, l'accès à une couverture maladie et l'accès aux soins après l'arrivée en Guyane, ainsi que les lieux de recours aux soins privilégiés.
- étudier le délai à la réalisation d'un premier dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et au diagnostic du VIH pour les personnes positives, et les facteurs associés à un dépistage plus précoce, ainsi que les contacts avec les structures en charge de la médecine préventive
- étudier le délai à l'entrée en soins et le maintien en soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) originaires d'Haïti et leurs déterminants
- décrire la vie relationnelle et sexuelle des personnes originaires d'Haïti vivant ou non avec le VIH
- étudier le recours aux méthodes de contrôle des naissances et la fréquence des grossesses désirées et non désirées, ainsi que le recours aux interruptions volontaires de grossesse
- évaluer l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'accès et le maintien en soins des personnes originaires d'Haïti vivant ou non avec le VIH
- décrire les contacts avec les structures de santé et les soutiens sociaux après l'arrivée en Guyane
- décrire la distribution des clades du gène Pol des virus des PVVIH originaires d'Haïti (analyse phylogénétique)

Le schéma de recherche

Recherche Impliquant la Personne Humaine non interventionnelle (RIPH catégorie 3).

Étude épidémiologique observationnelle, transversale, biographique et phylogénétique, multicentrique, descriptive et analytique par questionnaire et grille biographique hétéro-administrés et analyse rétrospective des séquences génotypiques du VIH recueillies en soins.

Les critères d'inclusion

Pour les 2 groupes

- Être né.e à Haïti, quel que soit la nationalité actuelle
- Être arrivé.e en Guyane depuis plus de 3 mois
- Être âgé.e de 18 à 60 ans
- Ne pas s'opposer à sa participation à l'étude

Pour le groupe VIH :

- Être une personne vivant avec le VIH et avec un diagnostic remontant à plus de 3 mois, quel que soit son statut vis-à-vis des hépatites B et C
- Être suivi.e par un des médecins partenaires de l'étude des hôpitaux de Cayenne, Kourou ou Saint Laurent du Maroni

Pour le groupe non VIH :

- Déclarer ne pas être infecté par le VIH, quel que soit son statut vis-à-vis des hépatites virales B et C
- Être suivi.e par un des médecins partenaires de l'étude ou être recruté dans l'espace public d'une des villes ciblées par l'étude (Cayenne, Matoury, Rémire-Montjoly, Macouria, Kourou, Montsinery-Tonnegrande, Saint-Laurent-du-Maroni ou Mana)

Les critères de non inclusion

- Être incapable de répondre à l'enquêteur en français ou créole haïtien
- Être sous tutelle ou curatelle ou sous mesure de protection juridique
- Avoir déjà répondu au questionnaire de l'étude

Critères de jugement

L'indicateur qui sera utilisé pour l'analyse sur l'objectif principal est la fréquence et le type de rapports sexuels à risque d'acquisition du VIH (rapports occasionnels, rapports concomitants, rapports forcés et rapports transactionnels), années après années, après l'arrivée en Guyane des personnes originaires d'Haïti et évaluation de leur association avec leurs conditions de vie.

Critères d'évaluation secondaires :

Seront recueillies des données sociales, démographiques, administratives, relatives au parcours migratoire, à la sexualité, à la santé et à l'accès aux soins, au recours au dépistage et aux outils de la prévention diversifiée, à l'entrée et au maintien en soins. Une partie des informations sera recueillie chaque année à l'aide d'une grille biographique.

Les indicateurs qui seront utilisés pour l'analyse des objectifs secondaires sont :

- le nombre de pays de résidence au cours de la vie et la durée de résidence dans chaque pays
- le type d'habitat (personnel, hébergé, informel, sans domicile, accès à l'eau), les ressources (propres, famille, aides sociales, aucune), le droit au séjour (nationalité, titre de séjour, récépissé, sans papier), le type de couverture maladie années après années après l'arrivée en Guyane et les lieux de recours aux soins.
- le recours au dépistage du VIH, du VHB et du cancer du col de l'utérus pour les femmes, années après années, après l'arrivée en Guyane
- délai entre l'arrivée en Guyane (ou l'estimation de la date de contamination par la pente de décroissance des CD4 pour ceux infectés en Guyane) et le diagnostic du VIH pour les PVVIH ne connaissant pas leur statut à l'arrivée.
- délai entre le diagnostic et l'entrée en soins. Description des ruptures de soins prolongées.
- nombre de partenaires sexuels au cours de la vie et des douze derniers mois. Description des relations longues, les relations occasionnelles, les échanges économico-sexuels, les rapports forcés, le recours au sexe tarifé année après année.
- méthodes de contrôle des naissances utilisées, fréquences des grossesses désirées et non désirées, interruptions volontaires de grossesse
- renoncement aux soins et retard de prise en charge pendant l'épidémie de Covid-19, rupture de suivi et de traitement pour les PVVIH
- réseau social à l'arrivée et structure de santé et administratives en contact après l'arrivée
- mise en évidence des facteurs associés aux principaux critères d'évaluation.
- liste des clades du gène Pol à partir de la séquence du génotypage du VIH (séquence du gène Pol) réalisé au début de la prise en charge des participants vivant avec le VIH et recueillie de manière pseudo-anonymisée (arbre phylogénétique de la diversité des clades).

L'étude recrutera deux groupes pour un total de 784 participants :

- un groupe de PVVIH (n=392) : femmes et hommes PVVIH âgées de 18 à 60 ans originaires d'Haïti suivis au Centre hospitalier de Cayenne, au Centre hospitalier de Kourou ou au Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (Saint Laurent du Maroni)

- un groupe de personnes originaires d'Haïti non connus pour être infectés par le VIH (n=392) : femmes et hommes âgés de 18 à 60 ans originaires d'Haïti suivis ou pris en charge :

- en médecine générale sur les communes de Cayenne, Matoury, Macouria, Kourou, MoSaint Laurent du Maroni ou de Mana.
- dans un Centre de Prévention et de Soins (CPS) de la Croix Rouge Française de Cayenne, Kourou ou Saint Laurent du Maroni.
- dans une Permanence d'Accueil et de Soins de Santé (PASS) ou un des Services d'Accueil des Urgences des centres hospitaliers de Cayenne, Kourou ou Saint Laurent du Maroni.
- ou en milieu communautaire sur les communes de Cayenne, Matoury, Macouria, Kourou, Montsinery-Tonnegrande, Saint Laurent du Maroni ou Mana

Durée de la période d'inclusion : 6 mois

Durée de suivi par participant : 1 jour

Durée totale de la recherche : 18 mois

Retombées attendues

Les résultats de cette étude sont susceptibles d'améliorer la compréhension des situations de vulnérabilité sexuelle des personnes originaires d'Haïti (puisque l'enquête biographique éclairera rétrospectivement la période d'arrivée de tous les participants) dans une optique de mise en place d'un parcours en santé sexuelle intégrant une offre de dépistage et de prévention diversifiée, ce parcours permettant de réduire le risque d'infection par le VIH, les IST, les rapports sexuels non souhaités et les grossesses non désirées, ainsi qu'une amélioration du parcours d'entrée et de maintien en soins après la découverte d'une séropositivité au VIH en Guyane. Ils s'articuleront avec le travail déjà en cours de développement d'une offre de prévention et de soins directement au sein des zones d'habitats informels où vit une population originaire d'Haïti.

Il permettra aussi d'éclairer les problématiques d'accès aux soins des personnes originaires d'Haïti, en particulier durant les premières années qui suivent l'arrivée et en ce qui concerne le recours au dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST

Il permettra par ailleurs de mieux comprendre le parcours des PVVIH après leur diagnostic et de produire des informations utiles à la mise en place d'action susceptibles de prévenir la perte de vue, d'améliorer le parcours de soins et le ressenti du suivi.

Calendrier 2021 :

- 15/09/2021 : Recrutement coordinatrice
- 11/10/2021 : passage en CPP
- Mi-novembre 2021 : Recrutement 1ère médiatrice
- 04/11/2021 : Mise en place Cayenne
- 25/11/2021 : Début des inclusions
- Fin décembre 2021 : Recrutement 2ème médiatrice
- 08/12/2021 : Mise en place Kourou

Nombre d'inclusions 2021: 44

6. Épidémiologie Étude de l'entrée et du maintien en soins des personnes vivant avec le VIH en Guyane = EMVIH

La Guyane est le territoire français le plus touché par l'épidémie de VIH avec une prévalence évaluée entre 1,13 et 1,18% de la population adulte de 15 à 49 ans et l'incidence reste importante à 0,90 pour 1 000 personnes en 2018. Bien que la Guyane soit un territoire où le taux de dépistage par habitants est élevé, la part des infections diagnostiquées à un stade très avancé reste stable (de 30% à Cayenne à 45% à Saint-Laurent-du-Maroni). Le VIH/Sida reste une des principales causes de mortalité prématurée en Guyane avec des pathologies opportunistes graves et spécifiques du territoire comme l'histoplasmosse disséminée. Le contexte de la découverte de l'infection par le VIH, la qualité de l'annonce qui s'en suit et le délai d'introduction du traitement antirétroviral sont des déterminants importants du parcours de soins et de la suite de la prise en charge à l'ère du « test and treat ». Un suivi médical régulier, une bonne compréhension de son infection et une bonne adhérence au traitement permet l'obtention d'une charge

virale indétectable, une restauration immunitaire, le maintien d'un bon état de santé et la réduction du risque de transmission secondaire.

En 2018, la cascade de soins en Guyane a été évaluée à 90% de PVVIH diagnostiqués, 91% des patients dépistés sous traitement, et 94% des patients sous traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois en succès thérapeutique.

L'OMS fixe les objectifs du « Test and Treat » à 7 jours suivant le diagnostic sérologique en l'absence de contre-indication médicale, voire le jour même dans les circonstances où l'accès aux consultations est difficile. Cependant, le délai médian d'introduction des antirétroviraux (ARV) en Guyane était estimé à 22 jours en 2019), loin des objectifs de 7 jours. Ce délai moyen, pourtant clé dans le contrôle de l'épidémie, n'a pas fait l'objet d'une analyse plus poussée de ces déterminants. Des disparités territoriales sont d'ores et déjà apparentes avec un délai plus long dans l'ouest que sur l'île de Cayenne (24 jours au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais et de 20 jours au Centre Hospitalier de Cayenne).

D'autre part, le taux de PDV est élevé en Guyane et tout particulièrement à Saint Laurent du Maroni où l'on estime qu'entre 2 et 11% des personnes sont perdues de vue chaque année.

Dans ce contexte, les retards à l'introduction du traitement antirétroviral et le risque de perte de vue (PDV) des PVVIH sont des enjeux majeurs dans la lutte contre l'épidémie, à la fois pour prévenir l'évolution vers le stade SIDA encore trop fréquent en Guyane et la prévention des transmissions secondaires.

Ainsi, une meilleure connaissance de la qualité de l'annonce diagnostique, permettra de travailler sur les points à améliorer pour permettre une rétention dans le soin efficace. De la même manière, en identifiant les freins à une mise en place rapide des ARV, nous travaillerons à lever ces freins et apporter les réponses nécessaires afin de réduire ce délai.

Nous faisons l'hypothèse que l'augmentation du taux de perdus de vue au fil du temps en Guyane est associée à une accentuation des difficultés sociales rencontrées par les PVVIH dans un contexte de progression démographique et migratoire et d'une mise en tension des acteurs, à la fragilité de l'offre de prise en charge spécialisée au cours du temps, et à une possible progression du suivi en ville qui échappe aux données de surveillance hospitalière.

Objectif principal

Mettre en évidence les facteurs associés à une perte de vue de plus de 12 mois chez les personnes vivant avec le VIH en Guyane

Objectifs secondaires

Identifier les facteurs associés à un retard à l'introduction des ARV chez les PVVIH en Guyane

Décrire le ressenti de la qualité de l'annonce diagnostique du VIH

Décrire les difficultés rencontrées par les PVVIH au cours de leur suivi hospitalier en Guyane

Évaluer la stigmatisation liée au VIH ressentie et ses conséquences dans la vie quotidienne

Le schéma de recherche

Recherche Impliquant la Personne Humaine non interventionnelle (RIPH catégorie 3).

Étude épidémiologique non interventionnelle, transversale, multicentrique, descriptive et analytique.

Les critères d'inclusion

Personnes vivant avec le VIH

Âgées de 18 ans et plus

Suivies dans un des 3 hôpitaux du GHT Guyane (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-Maroni)

Non opposé à participer à l'étude

Les critères de non inclusion

Être âgé de moins de 18 ans

Ne pas vivre avec le VIH

Ne pas être suivi dans l'un des hôpitaux du GHT Guyane

Handicap physique ou mental empêchant de répondre au questionnaire

Être sous tutelle ou curatelle ou sous mesure de protection juridique

Déroulement de la recherche

Un questionnaire transversal, anonyme, centré sur l'entrée et le maintien dans le soin sera administré à un échantillon de PVVIH se présentant en consultation dans l'un des hôpitaux du GHT sur une période de 12 mois.

Un échantillon de 200 PVVIH est envisagé pour avoir la puissance suffisante de mettre en évidence les principaux facteurs associés aux périodes de perte de vue.

Critères de jugement

Principal

Facteurs sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques associés à une période de perte de vue des PVVIH en Guyane.

Secondaires

- Facteurs sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques associés au délai d'introduction du traitement antirétroviral des PVVIH en Guyane
- Ressenti de la qualité de l'annonce diagnostique
- Difficultés rencontrées par les PVVIH au cours de leur suivi hospitalier en Guyane
- Stigmatisation liée au VIH ressentie et ses conséquences dans la vie quotidienne

Durée de la période d'inclusion : 12 mois

Durée de de suivi d'un participant : 1 jour

Durée totale de la recherche : 14 mois

Retombées attendues

L'identification des facteurs associés à un retard à la mise sous antirétroviraux, aux périodes de perte de vue, ainsi que les obstacles et facilitateurs à la rétention dans les soins permettront aux acteurs locaux de reconnaître les patients nécessitant un soutien particulier pour la continuité des soins et au groupe de travail perdus de vue du COREVIH qui se monte en parallèle de travailler sur des réponses adaptées et co-construites avec l'ensemble des acteurs. Elle permettra également d'adapter et de développer des stratégies de suivi, par exemple par une meilleure collaboration entre l'hôpital et la ville, ou avec les pays frontaliers.

Une meilleure connaissance de la période, entre le diagnostic sérologique et l'instauration des ARV, chez les PVVIH en Guyane, permettra d'adapter les outils pour le contrôle de l'épidémie en se rapprochant des objectifs de l'OMS et de diminuer la morbi-mortalité des patients par une prise en charge individuelle adaptée aux différents centres de référence en Guyane.

7. État de santé des femmes transgenres en Guyane et à Paris : regards croisés =TransGuyane

Les femmes transgenres ou trans en Guyane ne sont pas connues du milieu hospitalier et recourent peu aux soins : une quinzaine de patientes uniquement sont suivies en consultation dans l'Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales (UMIT) et à l'Hôpital de Jour Adulte (HDJA) du Centre Hospitalier de Cayenne pour une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Il y a donc une méconnaissance de cette population, de ses besoins en santé (physique, sexuelle et mentale) mais aussi une absence d'aide au parcours de transition. Pourtant, les violences subies et les risques infectieux sont élevés chez les femmes transgenres ayant fréquemment recours au travail du sexe. En effet, elles porteraient le fardeau le plus lourd en matière de VIH dans le monde et notamment en Amérique du Sud. Les besoins de prévention de l'infection VIH chez les femmes transgenres en Amérique du Sud sont majeurs.

Il n'existe pas de travaux publiés sur les femmes transgenres en Guyane alors que des publications de plus en plus nombreuses, issues de pays proches géographiquement (Brésil, Pérou, Etats-Unis), ou encore de France métropolitaine sont recensées. Il y a donc nécessité à aborder cette problématique en Guyane française. La population des femmes transgenres suivies à l'hôpital Bichat (pour une infection par le VIH ou dans le cadre d'un suivi en santé sexuelle ndlr) représente l'une des plus grosses files actives de femmes transgenres en France et offre l'opportunité d'un regard croisé entre ces deux populations.

Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer la fréquence des violences psychologiques, physiques et sexuelles subies chez les femmes transgenres prises en charge à Cayenne ou à Paris.

Objectifs secondaires

- Les conditions de vie et le parcours migratoire
- La santé sexuelle, physique et mentale
- Les addictions
- Le processus de transition
- Le recours et les résultats au dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des autres pathologies relevant d'un dépistage systématique en soin courant
- Les facteurs de contamination et les occasions manquées de dépistage/prévention
- Les complications dermatologiques de la transition

Mettre en regard ces résultats avec ceux de l'enquête nationale sur les femmes transgenres vivant avec le VIH (étude métropolitaine du Dr Spire sur la « Transidentité et VIH »).

Le schéma de recherche

L'étude sera transversale multicentrique (Guyane française, Paris) et inclura les femmes transgenres majeures acceptant de répondre à un questionnaire concernant leurs conditions de vie et socio-économiques, leur migration, leur santé physique, sexuelle, mentale et leur parcours de transition. Les données relatives au bilan de recherche des IST, des autres dépistages recommandés et à l'examen dermatologique réalisés en soin courant seront également recueillis avec l'accord des participants. Les données relatives à la seconde consultation seront notamment étudiées (rendu de résultats) sans suivi systématique.

Recherche Impliquant la Personne Humaine non interventionnelle (RIPH catégorie 3).

Étude observationnelle, transversale, multicentrique au CHC (Cayenne) et à l'hôpital Bichat (Paris).

Les critères d'inclusion

- Personne s'identifiant comme une femme transgenre
- Consultant à l'hôpital de Cayenne (Guyane) ou à l'hôpital Bichat (Paris)
- Entre les mois de 06/2021 et 10/2022
- Personne majeure
- Absence d'opposition à l'étude
- Absence de trouble neurologique ou psychiatrique empêchant la compréhension de l'étude et la participation libre

Les critères de non inclusion

- Personne mineure
- Refus de participer et/ou trouble neurologique ou psychiatrique empêchant la compréhension de l'étude
- Ne pas être en capacité de répondre aux questions dans les langues maîtrisées par le médecin investigateur (français, anglais, espagnol ou portugais)
- Personne sous tutelle ou curatelle

Critères de jugement

Le critère d'évaluation principal est la fréquence des violences psychologiques, physiques et sexuelles subies chez les femmes transgenres prises en charge à Cayenne ou à Paris.

Le nombre de sujets visé pour les analyses sera de 400.

Les critères d'évaluation secondaires sont la description de l'état de santé des femmes transgenres à Cayenne et à Paris sur la base des données recueillies :

- Démographie et conditions socio-économiques
- Addictions
- Travail et études
- Logement
- Couverture maladie
- Genre et sexualité
- Vulnérabilités et violences
- Recours aux soins
- Etat de santé physique
- Santé mentale
- Prévention et Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- Bilan de santé

- Parcours de transition et complications cliniques
- Problèmes dermatologiques

Taille de l'étude : 30 participantes attendues à Cayenne en Guyane, 60-100 participantes attendues à Paris

Durée de la période d'inclusion : 1 an ½ (06/2021 à 11/2022)

Durée de suivi par participant : 1 à 2 jour(s)

Durée totale de la recherche : 2 ans

Retombées attendues

La production de données et la mise en lumière des femmes transgenres est susceptible de structurer les parcours de soins, de faciliter l'accès aux soins de ces femmes et de sensibiliser les professionnels de santé à leur existence. La mise en évidence de problématiques mal prises en charge permettra de contribuer à la réflexion et au développement d'une offre complémentaire adaptée à ce public.

L'étude permettra de mettre en évidence les freins au recours aux soins, d'évaluer les occasions manquées de recours aux soins et de dépistage des IST.

Ce regard croisé autorise aussi une comparaison de l'aide à la transition en Guyane et à Paris.

8. Etude transversale des vulnérabilités et des conduites à risques en santé sexuelle des patients accédant à la PREP lors des consultations hors les murs du Centre Hospitalier de Cayenne = CAYPREP

En France, des mesures de prévention diversifiées sont déployées afin de réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH – port du préservatif, prophylaxie pré-exposition (PREP), traitement post-exposition (TPE), TASP « treatment as prevention », et intensification du dépistage

L'épidémiologie de l'infection par le VIH en Guyane française est différente de celle observée en France hexagonale, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Le nombre de sérologies positives au VIH est 4 fois plus élevé qu'au niveau national. Le mode de transmission est majoritairement hétérosexuel. En Guyane, les rapports sexuels transactionnels et le multipartenariat sont les principaux moteurs de l'épidémie. Chez les populations migrantes, les difficultés d'installation en France –obtention d'un titre de séjour, d'un logement et d'un travail— entraînent une longue période de précarité accompagnée de prises de risque. La majorité des patients dépistés pour l'infection par le VIH en Guyane et près des trois quarts des patients suivis dans les établissements de santé du territoire sont nés à l'étranger. Cependant, plus de la moitié de ces infections sont acquises en Guyane. De plus, on estime un taux de retransmission de 18% à 6 mois de l'infection et de 50% à 2 ans.

Dans ce contexte, il était nécessaire de développer une offre de prévention diversifiée et accessible à tous les groupes à risque d'acquisition du VIH..

La mise en place d'une consultation Prévention IST gratuite « hors les murs » permettait d'identifier les personnes à fort risque d'infection par le VIH et de leur proposer un traitement PREP.

Contrairement aux files actives de patients sous PREP essentiellement HSH décrites en France métropolitaine, la file active suivie sur l'île de Cayenne est principalement féminine, jeune, migrante et ayant des rapports sexuels transactionnels.

Il semble ainsi intéressant de s'intéresser à ces populations afin d'augmenter le déploiement de la PREP sur le territoire.

Objectif principal

Décrire les situations de vulnérabilité sexuelle (violences sexuelles, rapports transactionnels ou multi partenariat) et leurs facteurs associés parmi les bénéficiaires de la PREP suivis à la consultation prévention IST « hors les murs » du Centre Hospitalier de Cayenne.

Objectifs secondaires

Décrire l'accès au soin et l'état de santé perçu par les patients, les conditions de vie après l'arrivée en Guyane, leurs interactions avec l'accès à une couverture maladie et à l'accès aux soins, ainsi que les sources d'information en santé privilégiées, l'accès aux moyens de prévention des IST et leur dépistage, le niveau de littératie en santé et d'affiner la compréhension des analyses quantitatives à l'aide d'entretiens qualitatifs sur un sous échantillon de patients

Le schéma de recherche

Il s'agit d'une étude épidémiologique non interventionnelle, transversale, multicentrique, descriptive et analytique.

Les critères d'inclusion

Etre âgé de plus de 18 ans, consultant à la consultation Prévention IST « hors les murs » du CHC, bénéficiaires : indication d'un traitement par PREP et non opposé à participer à l'étude.

Les critères de non inclusion

Etre âgé de moins de 18 ans, ne pas avoir d'indication d'un traitement par PREP, avoir un état de santé incompatible pour répondre au questionnaire, d'être sous tutelle ou curatelle ou ne souhaitant pas participer à l'étude.

Critères de jugement

Facteurs sociodémographiques, vulnérabilités et des conduites à risques en santé sexuelle des patients accédant à la PREP lors des consultations hors les murs du Centre Hospitalier de Cayenne.

Seront recueillies des données sociales, démographiques, administratives, relatives au parcours migratoire, à la sexualité, à la santé et à l'accès aux soins, au recours au dépistage et aux outils de la prévention diversifiée, à l'entrée et au maintien en soins.

Les indicateurs qui seront utilisés pour l'analyse des objectifs sont :

- le nombre de pays de résidence au cours de la vie et la durée de résidence dans chaque pays
- le type d'habitat (personnel, hébergé, informel, sans domicile, accès à l'eau), les ressources (propres, famille, aides sociales, aucune), le droit au séjour (nationalité, titre de séjour, récépissé, sans papier), le type de couverture maladie années après années après l'arrivée en Guyane et les lieux de recours aux soins.
- nombre de partenaires sexuels au cours de la vie et des douze derniers mois. Description des relations longues, les relations occasionnelles, les échanges économico-sexuels, les rapports forcés, le recours au sexe tarifé année après année.
- méthodes de contrôle des naissances utilisées, fréquences des grossesses désirées et non désirées, interruptions volontaires de grossesse
- renoncement aux soins
- mise en évidence des facteurs associés aux principaux critères d'évaluation.

Taille de l'étude : 70 patients

Durée de la période d'inclusion : 12 mois

Durée de suivi par participant : 1 jour

Durée totale de la recherche : 18 mois

Retombées attendues

Les résultats de cette étude sont susceptibles d'améliorer la compréhension des situations de vulnérabilité sexuelle des personnes accédant à la PREP dans une optique de mise en place d'un parcours en santé sexuelle intégrant une offre de dépistage et de prévention diversifiée adaptée. Ce parcours permettra de réduire le risque d'infection par le VIH, les IST, les rapports sexuels non souhaités et les grossesses non désirées

9. Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux. Etude descriptive rétrospective monocentrique au Centre Hospitalier de Cayenne de 2013 à 2019.

La situation épidémique de l'infection par le VIH en Guyane Française est préoccupante. D'une part la proportion de résultats positifs annuelle est dix fois plus élevée qu'en France métropolitaine (en 2017, 907 découvertes par millions d'habitant en Guyane, contre 90 en métropole) . D'autre part, le taux de positivité de sérologies VIH est plus important en Guyane qu'en France métropolitaine (respectivement 6,9/1000 sérologies contre 1,9/1000 sérologies, en 2019).

Aujourd'hui, l'intérêt de la TASP (treatment as prevention) n'est plus à démontrer. La mise en place d'un traitement antirétroviral permet de diminuer la charge virale du VIH et de diminuer le risque de transmission du virus.

De la même manière, l'introduction d'antirétroviraux pendant la grossesse permet de prévenir la transmission mère-enfant (20% à <1%). L'évaluation minutieuse de la tolérance après une exposition in utero aux ARV est nécessaire, car la plupart des ARV passent la barrière placentaire. Les risques

malformatifs et leurs autres effets possibles font l'objet de recherches approfondies. Dans l'état actuel des connaissances, le risque malformatif existe mais n'est pas au premier plan. Ainsi, des données de la cohorte EPF montrent une augmentation significative d'une part du taux de malformation du système nerveux central en cas d'exposition à l'Efavirenz (un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse ou INNTI) au premier trimestre, et d'autre part d'une augmentation des cardiopathies congénitales en cas d'exposition à la Zidovudine (un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse ou INTI).

Des tests de tératogénicités chez l'animal reviennent positifs en cas d'exposition au Tenofovir (un INTI) et Abacavir (un INTI) sans que le registre EPF ne montre de surrisque malformatif chez l'Homme. A contrario, une cohorte de patient a montré que l'utilisation de l'Atazanavir (un Inhibiteur de Protéase ou IP) au cours du premier trimestre de grossesse était associée à des malformations cutanées et musculo-squelettique, sans que celle-ci ne soit retrouvée chez l'animal ou d'autre étude de cohorte.

En 2018, l'étude Tsepamo réalisée au Botswana a montré un risque significatif d'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN) chez des nouveau-nés exposés in-utero au Dolutégravir (un IP). 4 cas d'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN) sur 426 naissances (soit 0,9%, dix fois plus que dans les autres groupes d'expositions) ont interpellé les auteurs de l'études, ce qui a amené l'OMS à déconseiller temporairement l'utilisation du Dolutégravir chez les femmes en âge de procréer. Après une année de recrutement supplémentaire l'incidence d'AFTN est évaluée à 0,3%. Il existe donc toujours un sur-risque avec le Dolutégravir par rapport aux autres antirétroviraux, mais ce sur-risque, pour un évènement qui reste très rare, a incité l'OMS à ne plus déconseiller l'utilisation du Dolutégravir chez les femmes en âge de procréer. Au Centre Hospitalier de Cayenne, une soixantaine de nouveau-nés par an naissent de mère vivant avec le VIH et ont reçu un traitement ARV au cours de la grossesse. L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé des enfants nés de mères vivant avec le VIH après une exposition aux ARV au cours de la grossesse. Dans un deuxième temps, nous évaluons le taux de transmission mère-enfant, l'incidence de la prématurité et les raisons des perdus de vu.

Objectif principal

Décrire l'état de santé des enfants nés de mère vivant avec le VIH et exposé aux ARV pendant la grossesse.

Objectifs secondaires

Evaluation du taux de transmission mère-enfant et comparaison par rapport à la cohorte nationale.

Evaluation de la prévalence de la prématurité.

Evaluation des motifs des perdus de vu

Le schéma de recherche

Etude épidémiologique descriptive, monocentrique, rétrospective

Les critères d'inclusion

Enfant né au CHC de 2013 à 2019 de mère vivant avec le VIH, ayant reçu des ARV pendant la grossesse

Critères de jugement

A propos des variables pédiatriques, ont été relevées des informations générales comme le sexe, le terme, les paramètres de naissances, s'ajoutant l'ensemble des anomalies cliniques décelées et enfin le protocole ARV reçu dans le post partum. Les variables maternelles et obstétricales ont répertorié des informations générales médicales (antécédents, gestité, parité, co-infection ou intoxication médicamenteuse autre), une analyse médicamenteuse orientée VIH (initiation ou poursuite au cours de la grossesse), ainsi qu'une étude virologique et immunologique au cours de la grossesse.

Retombées attendues

L'évaluation de l'état de santé de la population pédiatrique exposée aux ARV pendant la grossesse permettrait de cibler les potentielles recherches pour pouvoir étudier plus précisément les effets des ARV et leurs impacts sur le développement de l'enfant.

Compte tenu du manque de recul des effets des ARV sur le fœtus et de l'enfant à naître, le choix dans l'utilisation des classes thérapeutiques reste une question centrale afin d'optimiser les bénéfices et minimiser les impacts liés à l'exposition fœtale. Quatre questions se posent alors, et doivent faire l'objet de recherches approfondies : les ARV altèrent-ils le processus même de la grossesse ? Quels sont les risques malformatifs ? Pour quelles perturbations clinico-biologiques décelables et réversibles à la

naissance ? Quel est l'impact à distance d'une part dans le développement de l'enfant puis par la suite à l'âge adulte ?

IX. Présentation en congrès

1. Présentation orale

- Alcouffe L, Gonzalez A, Volpellier M, Bitan L, Panfill B, Jean G, Zephirin A, Fania L, Creton PM, Huber F, Vignier N. GUYASSeReMIG. Etude sur la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en Guyane française. 22ème congrès de la SFLS. Grenoble. 2021
- Vignier N. Inégalités sociales de santé et prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP) en France. 22ème congrès de la SFLS. Grenoble. 30/09/2021
- Vignier N. Travailler ensemble au recueil des déterminants sociaux de la prévention et de l'infection du VIH. 22ème congrès de la SFLS. Grenoble. 30/09/2021
- Lucarelli A. La PREP au centre hospitalier de Cayenne, une file active singulière. Journée PREP-IST-Santé Sexuelle 2021. 30/03/2021
- Lucarelli A. Il était une fois la PREP en Guyane. SIDACTION. 11/06/2021
- Lucarelli A, Rodet. Les autres mers face aux inégalités sociales et territoriales. 22ème congrès de la SFLS. Grenoble. 29/09/2021

2. Communication écrite : poster

- Chateauneuf J, Simon A, Vignier N, Penot P. TROD VIH en CPEF : exemple de coopération avec un CeGIDD. eJournéesPrEP-IST-Santé Sexuelle. 2021.
- Alcouffe L, Gonzalez A, Volpellier M, Bitan L, Panfill B, Jean G, Zephirin A, Fania L, Creton PM, Huber F, Vignier N. GUYASSeReMIG. Etude sur la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en Guyane française. 22ème congrès de la SFLS à Grenoble. 2021
- Huber F, Creton PM, Marty C, Lambert Y, Travers P, Schaub R, Douine M, Gaillet M, Vignier N. Hépatite B sur le littoral guyanais : étude longitudinale de la cohorte historique des CPS de Guyane 2007-2018. 22ème congrès de la SFLS à Grenoble. 2021
- Vignier N, Effa J, Nguala S, Ruellan M, Frachon A, Philippe J, Kpoussou K, Leroy P, Diamantis S. Une consultation dédiée à la prise en charge de mineurs isolés étrangers : des maladies infectieuses et tropicales fréquemment dépistées. 21ème Journées nationales d'inféctiologie. Poitiers. 2020.
- Lucarelli A, Guarmit B, Bidaud B, Calvez M, Cisse H, Cousin P, El Guedj M, Huber F, Mosnier E, Michaud C, Morel V, Torres N, Vaz T, Epelboin L, Nacher M. La PREP au centre hospitalier de Cayenne, une file active singulière. Journée PREP-IST-Santé Sexuelle 2021. 30/03/2021

X. PARTICIPATION AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

- Dr LUCARELLI
Membre de la SFLS : Société Française de Lutte contre le SIDA
- Dr VIGNIER
Membre du bureau de la SFLS: Société Française de Lutte contre le SIDA
Membre de la SPILF : société de pathologie infectieuse de langue Française
Coordination du groupe de travail Santé-migrants de la SPILF
- Pr ADENIS
Membre de l'ASTMH : american Society of tropical Medicine and Hygiene
Membre de l'ISHAM : the International society for Human and Animal Mycology

XI. ARTICLES PARUS EN 2021

Nacher M, Valdes A, Adenis A, Blaizot R, Abboud P, et al. (2021) Gastrointestinal disseminated histoplasmosis in HIV-infected patients: A descriptive and comparative study. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 15(1): e0009050. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009050>

Nacher M, Valdes A, Adenis A, Blaizot R, Ugo F, Abboud P, Demar M, Djossou F, Epelboin L, Misslin C, Blanchet D, Couppié P, Alsibai KD. Review of diagnostic methods and results for HIV-associated disseminated histoplasmosis: Pathologists are not sufficiently involved. *Trop Med Int Health*. 2021 Nov;26(11):1462-1469. doi: 10.1111/tmi.13663. Epub 2021 Sep 2. PMID: 34310800.

Nacher M, Valdes A, Adenis A, Blaizot R, Abboud P, Demar M, Djossou F, Epelboin L, Misslin C, Ntab B, Louvel D, Drak Alsibai K, Couppié P. Gastrointestinal disseminated histoplasmosis in HIV-infected patients: A descriptive and comparative study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021 Jan 22;15(1):e0009050. doi: 10.1371/journal.pntd.0009050. PMID: 33481806; PMCID: PMC7857560.

Nacher M, Drak Alsibai K, Epelboin L, Abboud P, About F, Demar M, Djossou F, Blaizot R, Douine M, Sabbah N, Vignier N, Adriouch L, Lucarelli A, Boutrou M, Couppié P, Adenis A. A Simple Predictive Score to Distinguish between Disseminated Histoplasmosis and Tuberculosis in Patients with HIV. *J Fungi (Basel)*. 2021 Dec 27;8(1):16. doi: 10.3390/jof8010016. PMID: 35049956; PMCID: PMC8777677.

Nacher M, Alsibai KD, Valdes A, Abboud P, Adenis A, Blaizot R, Blanchet D, Demar M, Djossou F, Epelboin L, Misslin C, Ntab B, Sabbah N, Couppié P. HIV-Associated Disseminated Histoplasmosis and Rare Adrenal Involvement: Evidence of Absence or Absence of Evidence. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021 Mar 15;11:619459. doi: 10.3389/fcimb.2021.619459. PMID: 33791237; PMCID: PMC8005706.

Perez F, Caceres DH, Ford N, Ravasi G, Gomez BL, Pasqualotto AC, Hine P, Adenis AA, Nacher M, Chiller T, Baddley J, For The Guideline Development Group For Diagnosing And Managing Disseminated Histoplasmosis Among People Living With Hiv. Summary of Guidelines for Managing Histoplasmosis among People Living with HIV. *J Fungi (Basel)*. 2021 Feb 12;7(2):134. doi: 10.3390/jof7020134. PMID: 33673384; PMCID: PMC7918769.

Epelboin L, Dione A, Serris A, Blanchet D, Bidaud B, Walter G, Abboud P, Mosnier E, Gaillet M, Michaud C, Couppié P, Demar M, Nacher M, Djossou F, Adenis A. Histoplasmosis of the Central Nervous System: A Case Series between 1990 and 2019 in French Guiana. *Am J Trop Med Hyg*. 2021 May 10;105(1):125-129. doi: 10.4269/ajtmh.20-1486. PMID: 33970892; PMCID: PMC8274758.

Epelboin L, Dione A, Serris A, Blanchet D, Bidaud B, Walter G, Abboud P, Mosnier E, Gaillet M, Michaud C, Couppié P, Demar M, Nacher M, Djossou F, Adenis A. Histoplasmosis of the Central Nervous System: A Case Series between 1990 and 2019 in French Guiana. *Am J Trop Med Hyg*. 2021 May 10;105(1):125-129. doi: 10.4269/ajtmh.20-1486. PMID: 33970892; PMCID: PMC8274758.

A. Pignata, D. Blanchet, M. Demar, H. Kallel, B. Sendid, A. Adenis, M. Nacher, P. Couppié, F. Djossou, L. Epelboin. Intérêt du dosage des β -D-glucane dans le diagnostic de l'histoplasmosse disséminée chez le sujet vivant avec le VIH. *Infectious Diseases Now*, Volume 51, Issue 5, Supplement, 2021, Page S22, ISSN 2666-9919, <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.043>.

Deboscker, F., Nacher, M., Adenis, A., Huber, F., Lucarelli, A., Asensio, L., Daniel, M., Schiemsy, V. and Bonifay, T. (2021), "Sexual and reproductive health of incarcerated women in French Guiana: a

qualitative approach", International Journal of Prisoner Health, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/IJPH-05-2021-0039>

Cordel H, Tantet C, Stempak T, Billaud E, Mosnier E, Huber F, Florence S, Leclerc D, Freire-Maresca A, de Champs Léger H, Ahouanto M, Linard F, Petruzzi M, Hamel E, Le Lay E, Lydié N, Simon A, Vignier N. Aborder la sexualité et la santé sexuelle avec les personnes migrantes. Repères pour votre pratique. SPILF-SFLS-SPF. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/aborder-la-sexualite-et-la-sante-sexuelle-avec-les-personnes-migrantes>

Luan L, Fraisse P, Cordel H, Charlois C, Méchaï F, Ibanez G, Hargreaves S, Mechain M, Vignier N. Screening for active and latent TB among migrants in France. Int J Tuberc Lung Dis 2021 Nov;25(11):903-910. doi: 10.5588/ijtld.21.0231.

Collectif, « Oyapock coopération santé : une collaboration transfrontalière pour une meilleure prise en charge du VIH dans le bassin de l'Oyapock », Confins [En ligne], 51 | 2021, mis en ligne le 04 octobre 2021, consulté le 15 février 2022. URL : <http://journals.openedition.org/confins/39613> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/confins.39613>

Cohorte FHDH ANRS

Potard V, Gallien S, Canestri A, Costagliola D; French HospitalDatabase on HIV (FHDH-ANRS CO4). Use of rilpivirine in HIV-1-infected individuals in routine clinical practice from 2012 to 2017 in France. J Antimicrob Chemother. 2021 Jan 19;76(2):467-476. doi: 10.1093/jac/dkaa449. PMID: 33257955.

Castray M, Cousien A, Bellet J, Champenois K, Pialoux G, Yazdanpanah Y, Costagliola D, Grabar S, Deuffic-Burban S; French HospitalDatabase on HIV (ANRS CO4-FHDH Cohort). Hepatitis C virus (HCV) incidence among men who have sex with men (MSM) living with HIV: results from the French HospitalDatabase on HIV (ANRS CO4-FHDH) cohort study, 2014 to 2017. Euro Surveill. 2021 Sep;26(38):2001321. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.38.2001321. PMID: 34558403; PMCID: PMC8462035.

PARTIE III :

DONNEES

NADIS 2021

I. Cohorte FHDH / DOMEVIH

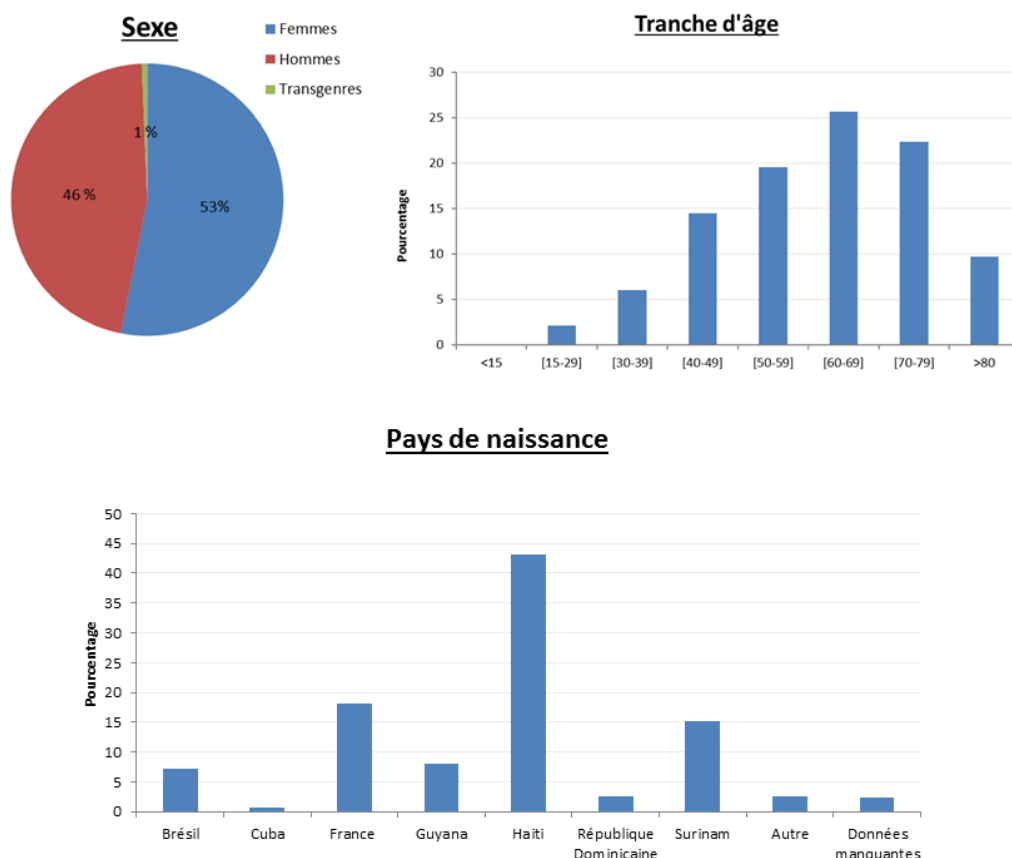
1. File active

Service	File active
Centre Hospitalier de Cayenne	1389
Hopital de jour Adulte	1172
UCSA	55
UMIT	162
Centre Hospitalier de Kourou	93
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais	455
Total	1937

2. Données sociodémographiques

Parmi les 1937 patients vivants avec le VIH suivi sur le GHT Guyane, plus de la moitié (53%) sont des femmes. L'âge moyen est de 47 ans avec une médiane à 46 ans. Les patients sont majoritairement nés en Haïti (43%), principalement suivis sur Cayenne. Au CHOG, plus de la moitié des patients sont nés au Surinam.

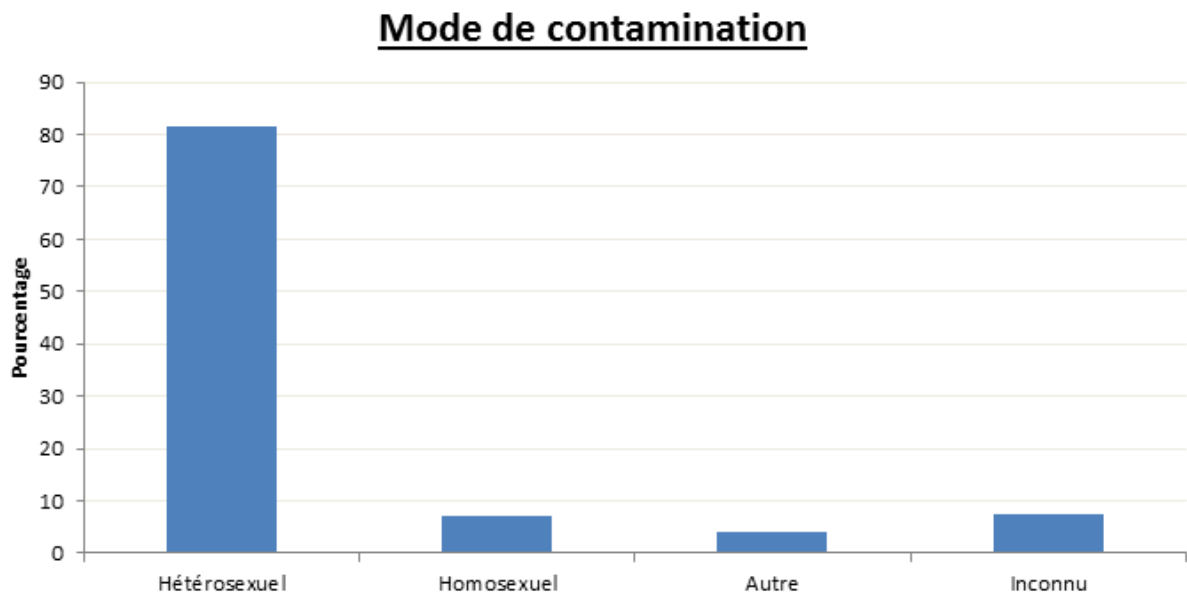
Figure 1 : Données socio-démographique de la cohorte FHDH



3. Mode de contamination

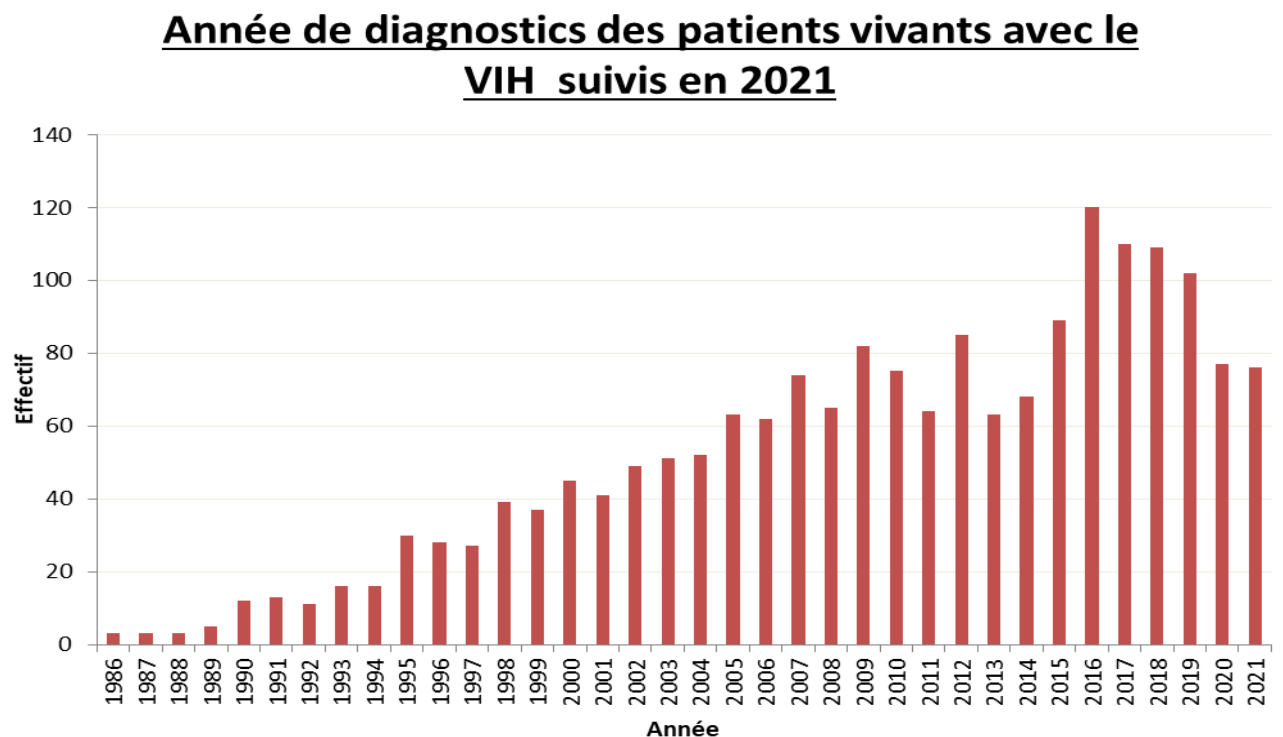
Le mode de contamination déclaré est principalement hétérosexuel (81%). Cependant, on note une augmentation du nombre d'hommes déclarant avoir des relations avec des hommes (7%).

Figure 2 : Mode de contamination de la cohorte FHDH



4. Années de diagnostic

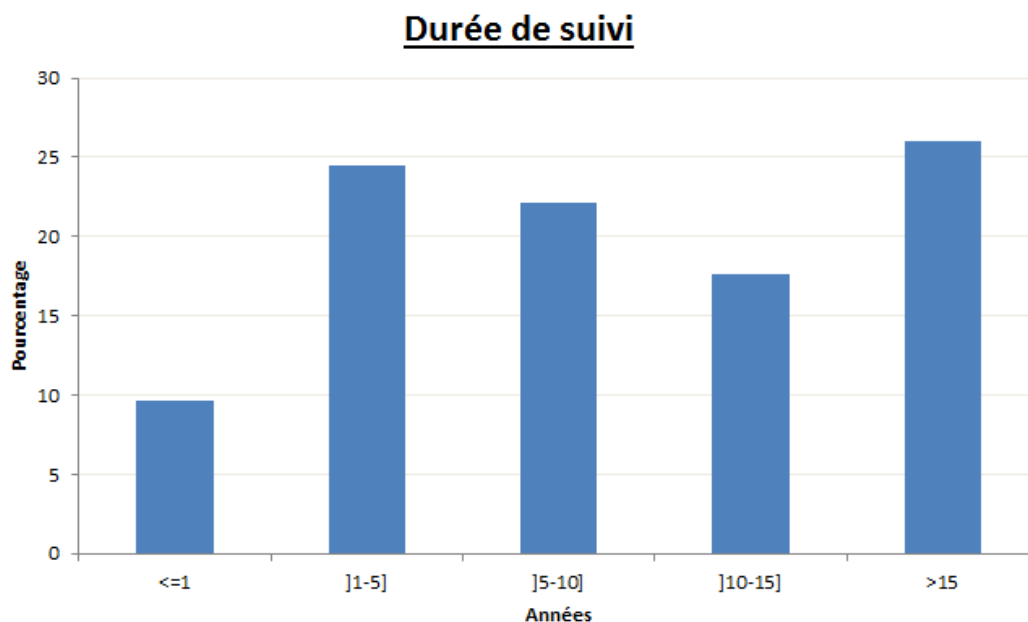
Figure 3 : Année de diagnostic de la cohorte FHDH



5. Durée de suivi sur le territoire

Un tiers des patients sont suivi depuis moins de 5 ans et plus d'un quart depuis plus de 15 ans.

Figure 4 : Durée de suivi de la cohorte FHDH



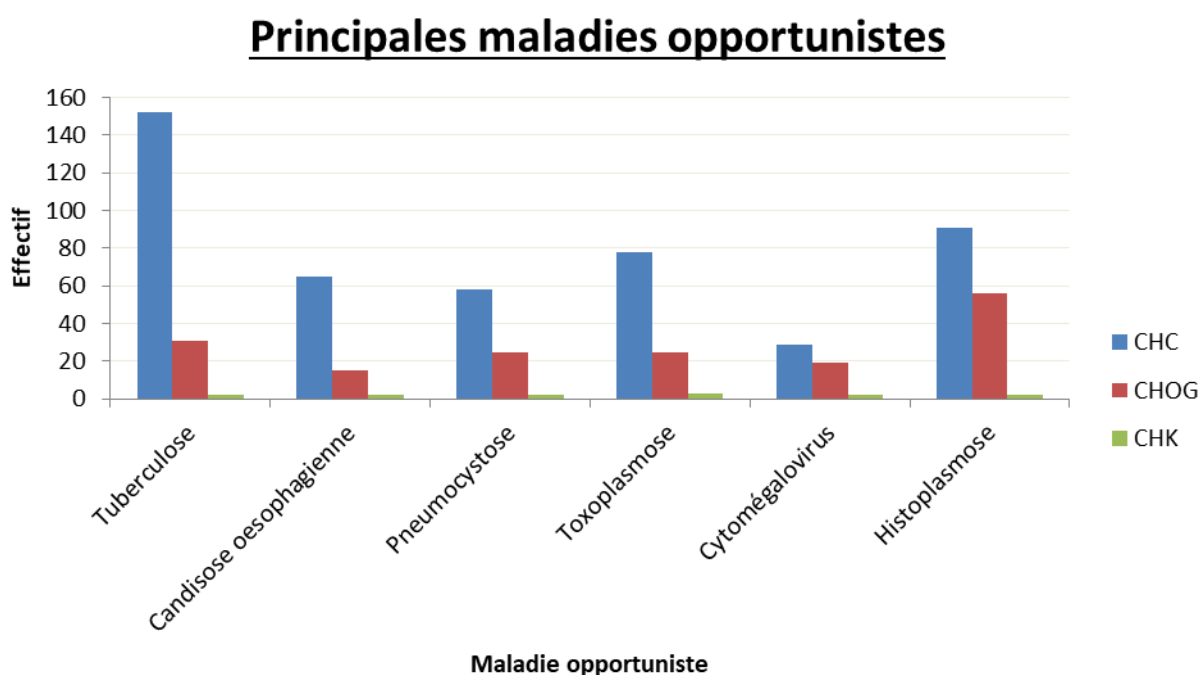
6. Stade SIDA

En Guyane, plus de la moitié de la file active (53%), a été déclaré à un stade SIDA au cours du suivi.

7. Pathologies Opportunistes

38% des patients ont un antécédent de pathologie opportuniste, Principalement la tuberculose, l'herpes et l'histoplasmose.

Figure 5 : Principales pathologies opportunistes déclarées en antécédent dans la cohorte FHDH



8. Co-infection VIH-Hépatites

5% des patients vivants avec le VIH présentent une co-infection à une hépatite (4% VHB).

9. Traitement

1487 patients sont sous traitement anti-rétroviral en Guyane, dont 90% sont en succès thérapeutique. Parmi les patients traités, 94% sont sous trithérapie et 68% sous une association avec un inhibiteur d'intégrase. Un fait saillant est que depuis l'épidémie COVID 19 on note une baisse du succès virologique notamment à Saint Laurent.

Figure 6 : Succès thérapeutique de la cohorte FHDH

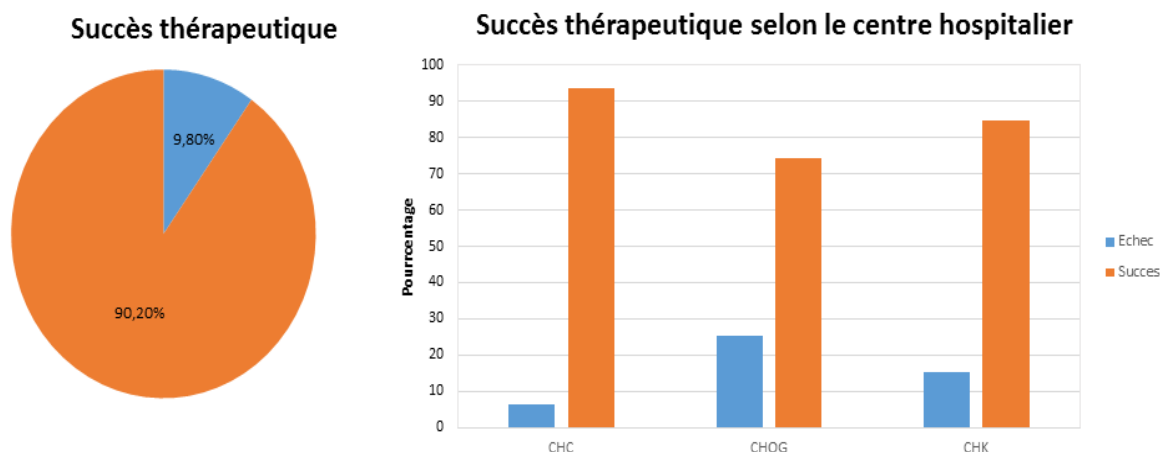


Figure 7 : Traitement anti-rétroviraux des patients de la cohorte FHDH

Traitement	n	%
Bi-thérapie	28	2
Trithérapie	1388	94
Quadrithérapie	60	4
Inhibiteur d'intégrase	1063	68
Inhibiteur de protéase	187	12
Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse	307	20
Total	1487	100

10. Education thérapeutique (ETP)

Il existe deux programmes d'ETP VIH en Guyane, un sur le CHOG avec 1ETP et un sur le CHC avec 2 ETP. En 2021, 1804 consultations d'ETP ont été effectuées et 844 patients ont été suivis dans le programme.

Sur le CHC, 455 patients sont suivis dans le cadre d'un programme d'ETP et 249 patients ont initié ce programme en 2021. 94% des patients suivis en ETP sont en succès thérapeutique.

11. Grossesses

92 patientes vivant avec le VIH ont eu un enfant en 2021. Parmi ces patientes, 6 ont découvert leur séropositivité au cours de la grossesse.

12. Nouveaux patients

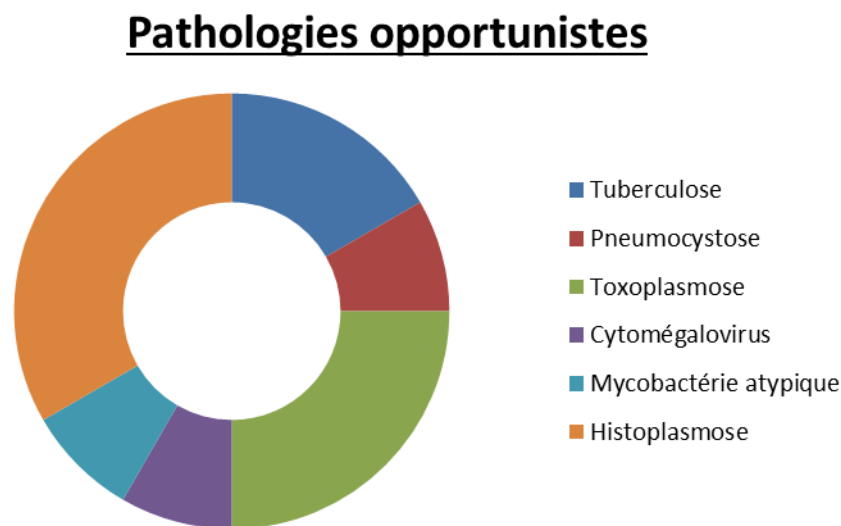
En 2021, 76 patients ont été diagnostiqués pour un VIH et ont initié un suivi dans l'un des 3 centres hospitalier du GHT Guyane, majoritairement des Hommes (53%) et nait en Haiti (63%). L'âge moyen était de 38 ans avec une médiane à 37 ans.

Parmi les patients nait à l'étranger, 28 sont arrivés au cours de l'année.

Parmi ces nouveaux diagnostics, 12 était à un stade SIDA et ont déclaré une pathologie opportuniste. 93% des nouveaux diagnostics sont en succès thérapeutique.

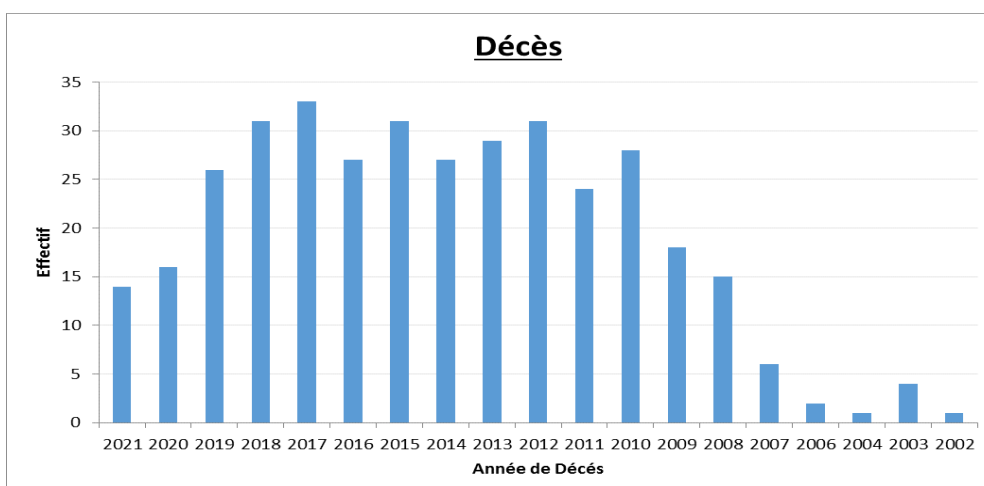
Il faut souligner que le nombre de nouveaux patients est en baisse. Ceci s'explique peut être par l'épidémie COVID et une baisse du dépistage et/ou des consultations, il s'agit donc d'une hypothèse préoccupante ; une autre hypothèse plus optimiste serait que le contrôle virologique de la majorité des patients et que les efforts passés de dépistage ont permis de réduire le réservoir caché. A ce jour il est impossible de trancher, et les 2 sont peut être en partie vraies, il faudra attendre les résultats à distance du COVID.

Figure 8 : Pathologies opportunistes au dépistage chez les découvertes VIH 2021



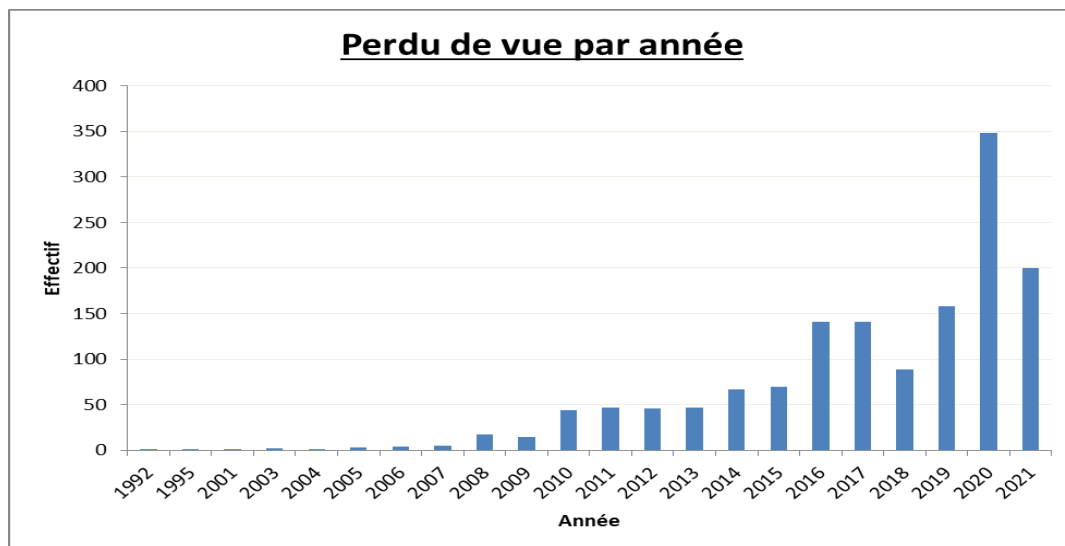
13. Décès

En 2021, 14 patients sont décédés au cours de l'année, 5 femmes et 9 hommes. La moyenne d'âge était de 53.5 ans avec une médiane à 57 ans. Une baisse de décès est constatés lors de ces deux dernières années .



14. Perdus de vue

1451 patients vivants avec le VIH étaient perdus de vue en 2021 (pas de consultation depuis plus d'un an), majoritairement des femmes (51%). La moyenne d'âge était de 43 ans avec une médiane à 42 ans. Parmi les perdus de vue, nous observons une augmentation de patients perdus de vues depuis 2019.



II. Hépatite B

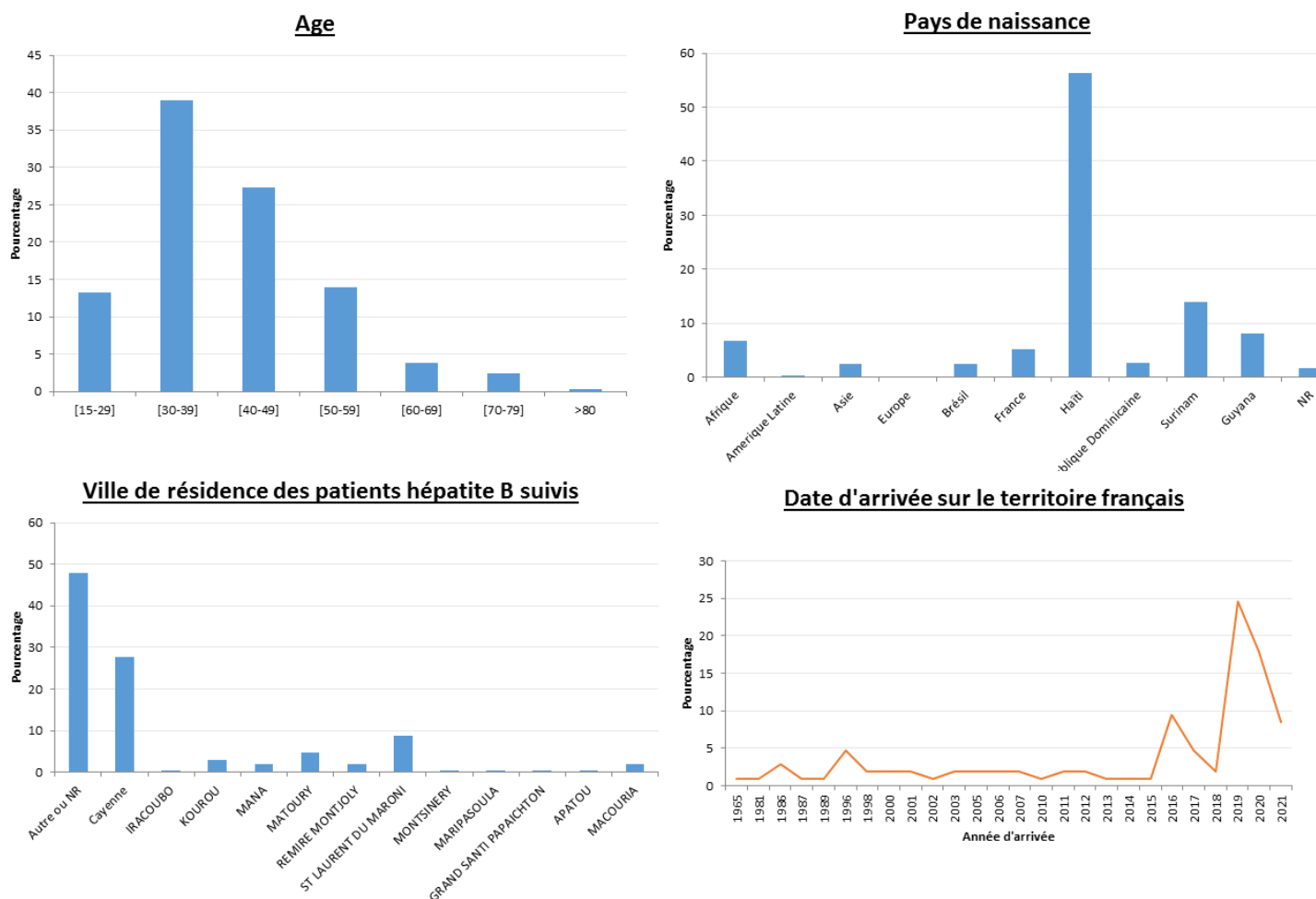
1. File active

Service	File active
Centre Hospitalier de Cayenne	252
Centre Hospitalier de Kourou	54
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais	11
Total	293

2. Données sociodémographiques

Parmi les 293 patients vivants avec le VHB suivi sur le GHT Guyane, plus de la moitié (60%) sont des hommes. L'âge moyen est de 41 ans avec une médiane à 39 ans. Les patients sont majoritairement nés en Haïti (56%).

Figure 1 : Données socio-démographique des patients vivants avec le VHB



3. Durée de suivi sur le territoire

Plus de la moitié des patients (58%) sont suivi depuis moins de 5 ans.

4. Traitement

85 (29%) patients sont sous traitement anti-rétroviral en Guyane. Parmi les patients suivis 12% sont sous ENTECAVIR, 12 % sous TENOFOVIR et 26% sont sous trithérapie antirétrovirale contenant du TENOFOVIR (Co-infecté VIH). Il y a eu 6 initiations en 2021 et 20 switch de traitement. Parmi les patients traité 42 % ont une charge virale VHB inférieure à 50 UI/ml.

5. Guerrison

Parmi les patients suivi, 17% ont guéri de leur hépatite B.

6. Grossesses

En 2021, 5 patientes suivis pour une hépatite B ont donné naissance à un enfant.

7. Nouveaux patients

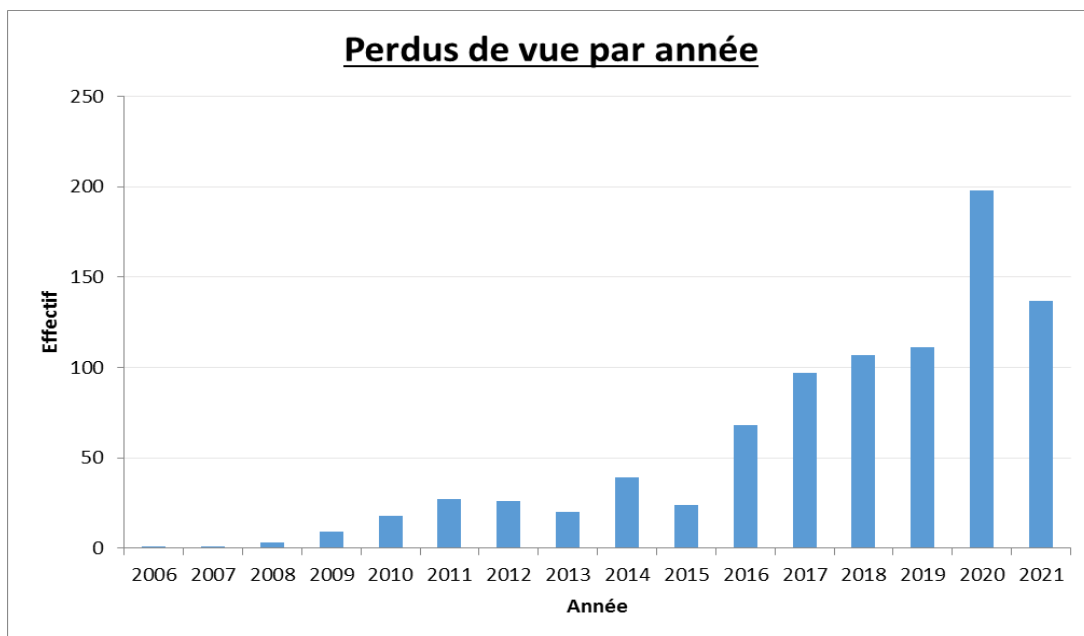
En 2021, 35 patients ont été diagnostiqués pour un VHB chronique et ont initié un suivi dans l'un des 3 centres hospitaliers du GHT Guyane, majoritairement des Hommes (77%) et nait en Haiti (74%). L'âge moyen était de 37 ans avec une médiane à 37 ans.

8. Décès

En 2021, 1 patient est décédé au cours de l'année.

9. Perdus de vue

725 patients vivants avec l'hépatite B étaient perdus de vue en 2021 (pas de consultation depuis plus d'un an). Une hausse des perdus, ces dernières années sont constatés.



III. Hépatite C

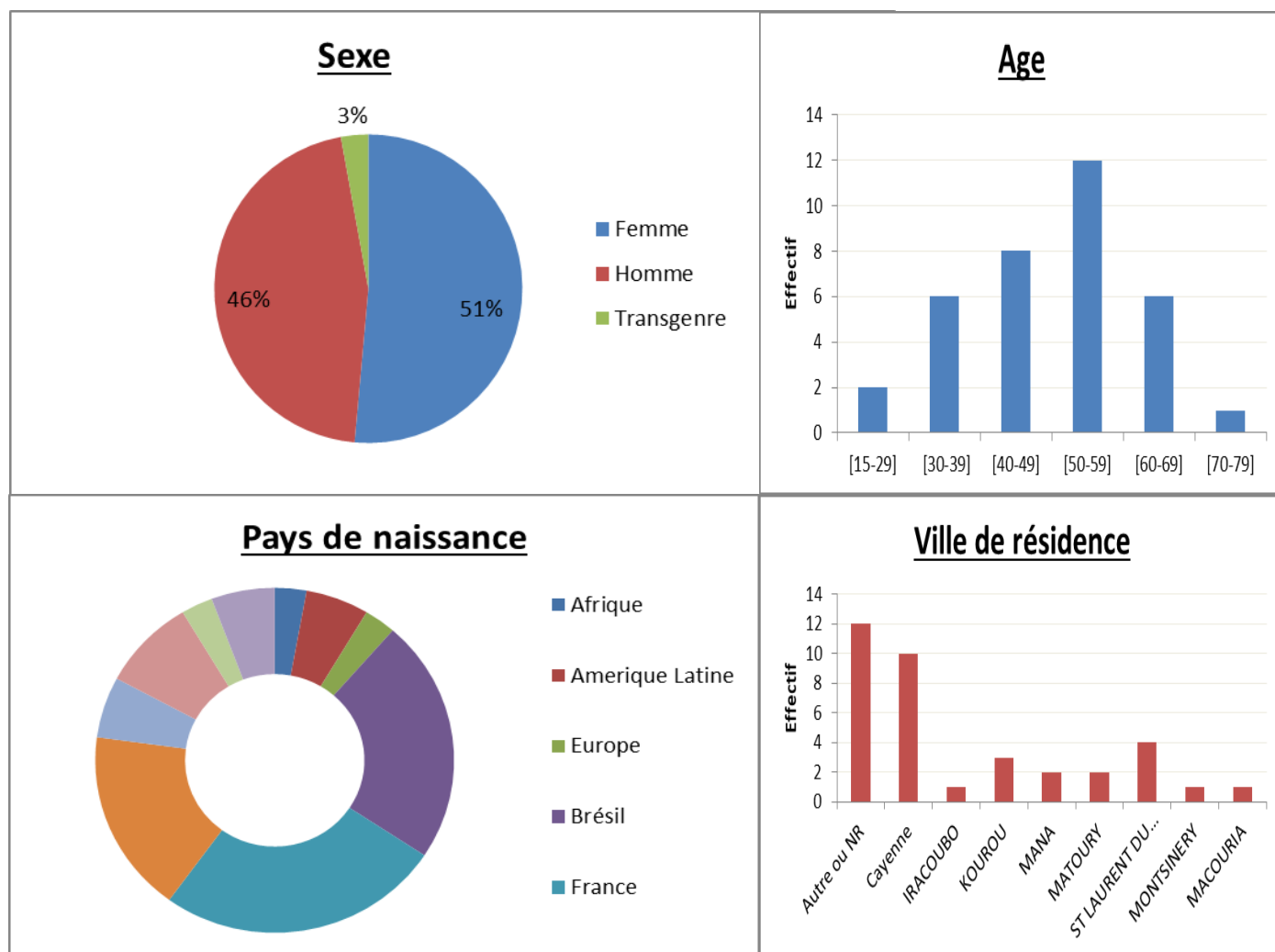
1. File active

Service	File active
Centre Hospitalier de Cayenne	31
Hopital de jour Adulte	27
UCSA	4
Centre Hospitalier de Kourou	1
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais	4
Total	36

2. Données sociodémographiques

Parmi les 36 patients suivis pour une hépatite C, plus de la moitié (51%) sont des femmes. L'âge moyen est de 50 ans avec une médiane à 53 ans. Les patients sont principalement nés en Français (26%) et au Brésil (23%)

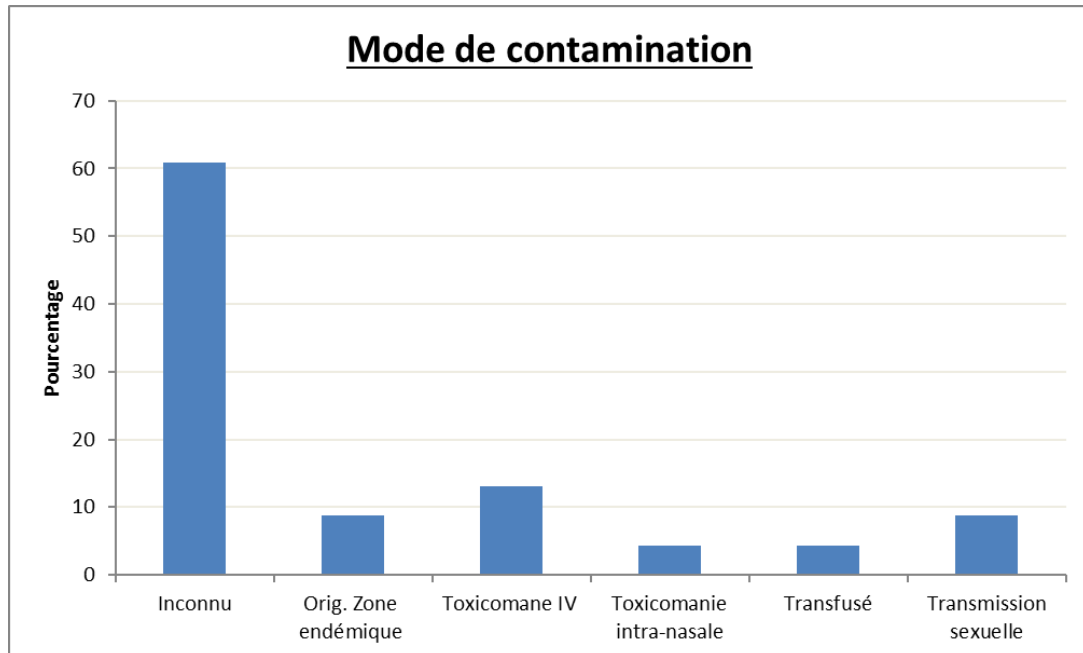
Figure 1 : Données sociodémographique des patients vivants avec le VHC suivi dans l'un des centres hospitaliers du GHT Guyane en 2021



3. Mode de contamination

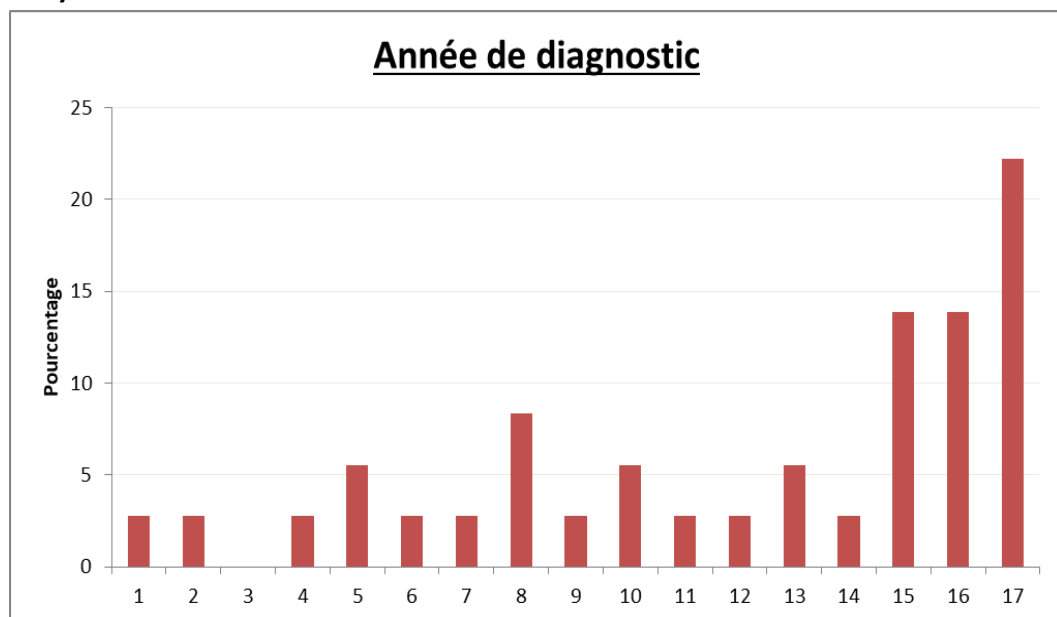
La toxicomanie IV était le mode de contamination le plus fréquemment déclaré (13%).

Figure 2 : Mode de contamination des patients vivants avec le VHC suivi dans l'un des centres hospitaliers du GHT Guyane en 2021



4. Années de diagnostic

Figure 3 : Année de diagnostic des patients vivants avec le VHC suivi dans l'un des centres hospitaliers du GHT Guyane en 2021



5. Traitement

Parmi les patient suivis en 2021, la moitié des patients ont reçu un traitement anti-VHC.

6. Nouveaux patients

En 2021, 8 patients ont été diagnostiqués hépatite C, majoritairement des femmes (63%) souvent nées en France hexagonale (37%). L'âge moyen était de 37 ans avec une médiane à 38 ans.

7. Perdus de vue

35 patients suivis pour une hépatite C étaient perdus de vue en 2021 (pas de consultation depuis plus d'un an), majoritairement des hommes (59%). La moyenne d'âge était de 50 ans avec une médiane à 54 ans.

PARTIE IV :

DONNEES REGIONALES COLLECTEES AUPRES DES ACTEURS 2020

I. Dépistage par TROD VIH en 2020

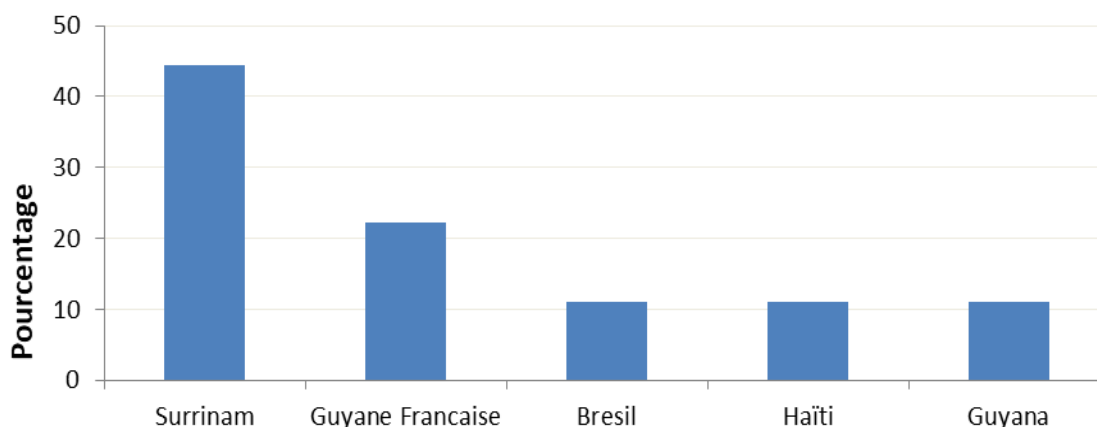
1. Les Associations : AIDES , Entr'AIDES, Médecins du monde

En 2020, 1009 tests rapides d'orientation diagnostic (TROD) ont été effectués par les associations, 0.78% des individus testés étaient positifs au VIH. Parmi les patients testés positifs, la majorité (71%) étaient des femmes, 85 % avaient entre 25 et 49 ans, et étaient principalement au Surinam (43%)

Tableau 1 : Dépistage par TROD VIH en Guyane en 2020

TROD	Médecin du monde	Entr'AIDES	AIDES	Total associations
Positif	1	2	4	7
Négatif	13	69	911	1002
Total	14	71	915	1009

Graphique 1 : Pays de naissance des patients dépistés positif par TROD



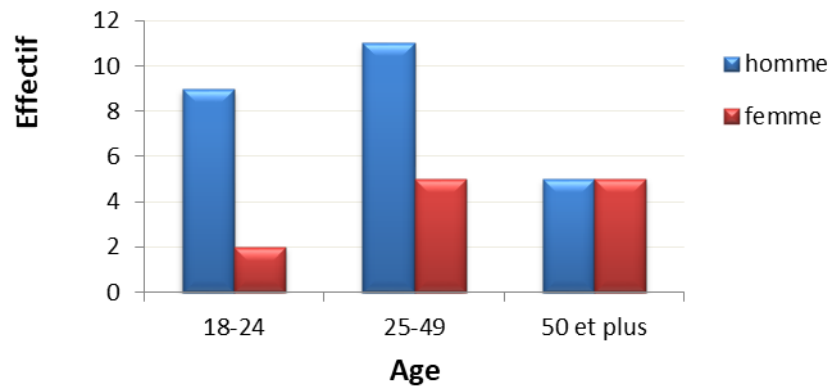
2. Les activités IMOD

Objectif : L'IMOD a un rôle d'éducation thérapeutique auprès des patients pour permettre une bonne observance, mais aussi de prévention et réduction des risques par rapport aux IST. De plus, elle s'occupe également de la réalisation des bilans nécessaires à l'initiation et au suivi du traitement.

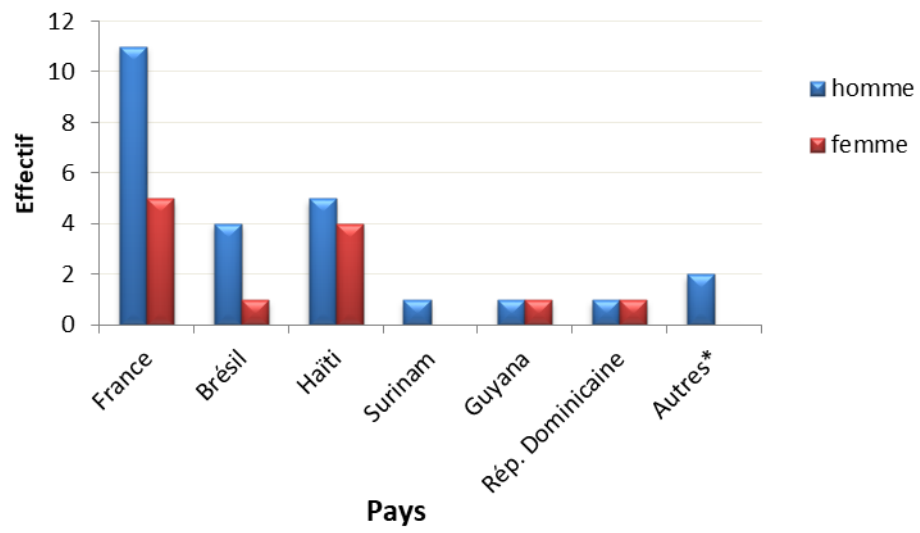
Action : « L'IMOD passe voir les patients éligibles de plus de 18ans en capacité de fournir un consentement libre et éclairé et n'ayant pas eu depuis le début de leur hospitalisation un dépistage complet pour les infections sexuellement transmissibles . »

Au cours de l'année 2020, en chirurgie, 37 patients en chirurgie ou aux urgences avaient accepté de se faire dépister. Parmi ces patients , la majorité était âgé entre 25 et 49 ans et étaient français, une proportion importante d'origine haïtienne, un patient a été diagnostiqué positif à l'hépatite B et un autre à la syphilis.

Classe d'âge des patients selon le sexe.



Pays d'origine selon le sexe.



II. La PREP en Guyane en 2020

1. Contexte

La PrEP est un moyen de prévention supplémentaire chez les populations clés en complément des autres outils et stratégies existantes.

La PrEP ou traitement Pré-exposition correspond à la prescription d'une association d'antirétroviraux en prévention de l'acquisition du VIH chez les personnes non infectées.

A partir de mars 2017, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de cette association en prévention du VIH fait le cadre de référence de la prescription de la PrEP en France avec un remboursement intégral du médicament.

La PREP est proposé dans différentes structures sur le territoire guyanais et permet ainsi d'être accessible sur une grande partie du territoire, y compris pour des bénéficiaires éloignés du système de soin.

Lieux de consultation PREP en Guyane



2. Le Centre Hospitalier de Cayenne

Depuis le 01/02/2017, les patients peuvent accéder aux consultations « PREP » sur rendez-vous en Hôpital de jour Adultes du Centre Hospitalier de Cayenne.

Depuis juillet 2017, une journée de consultation dédiée PREVENTION IST et PREP gratuite a été mise en place les mercredis à l'Hôpital de jour adultes en collaboration avec l'association ENTR'AIDES, avec prise en charge des traitements antiviraux des personnes non couvertes par la sécurité sociale.

Depuis octobre 2020, la consultation dédiée PREVENTION IST et PREP gratuite est délocalisée « hors les murs » dans la maison de Santé ARAGO en centre-ville de Cayenne, afin de faciliter l'accès à la consultation de la patientèle cible avec une rétrocession des traitements aux patients n'ayant pas de droits sociaux ouverts.

2017-2020

177 patients ont été vu en consultation PREP depuis le 01/02/2017.

77 patients ont été suivis en 2020.

13(7%) patients ont arrêté leur suivi entre 2017 et 2019.

85 (48%) patients ont été perdus de vue entre 2017 et 2020.

Bilan d'activité PREP en 2020

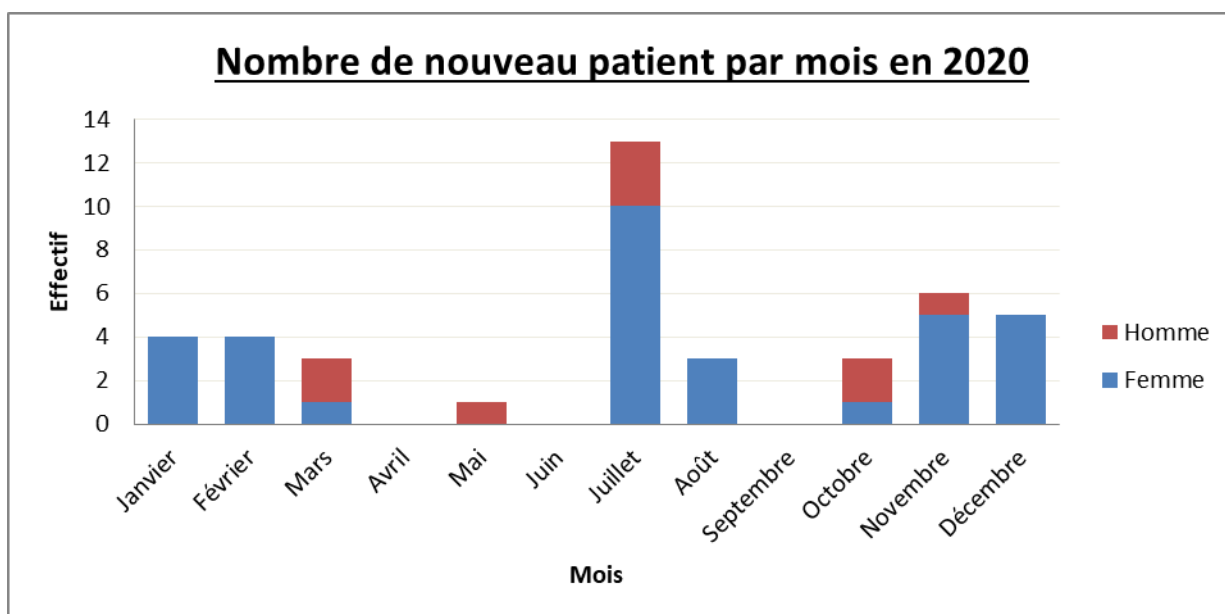
Parmi les consultations réalisées du 01/01/2020 au 31/12/2020., on note 42 (55%) nouveaux patients et 35 (45%) patients en poursuite de suivis des années précédentes.

38(49%) patients étaient arrivés en Guyane dans l'année précédant la première consultation.

12 (16%) patients ont déclarés avoir un antécédent d'IST au cours de la première consultation.

70 (91%) patients ont déclaré des antécédents de prise de risque motivant la demande de consultation PREP.

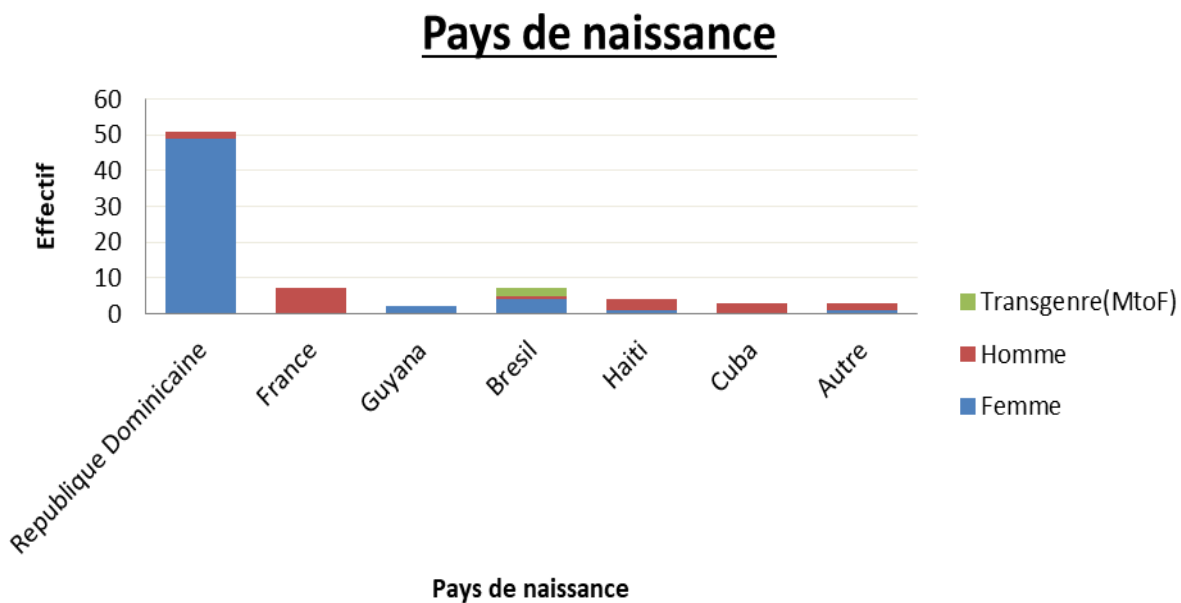
1 découverte VIH lors du bilan de la première consultation.



a) *Pays de naissance des patients*

La majorité des patients (63%) sont des femmes nées en République dominicaine.

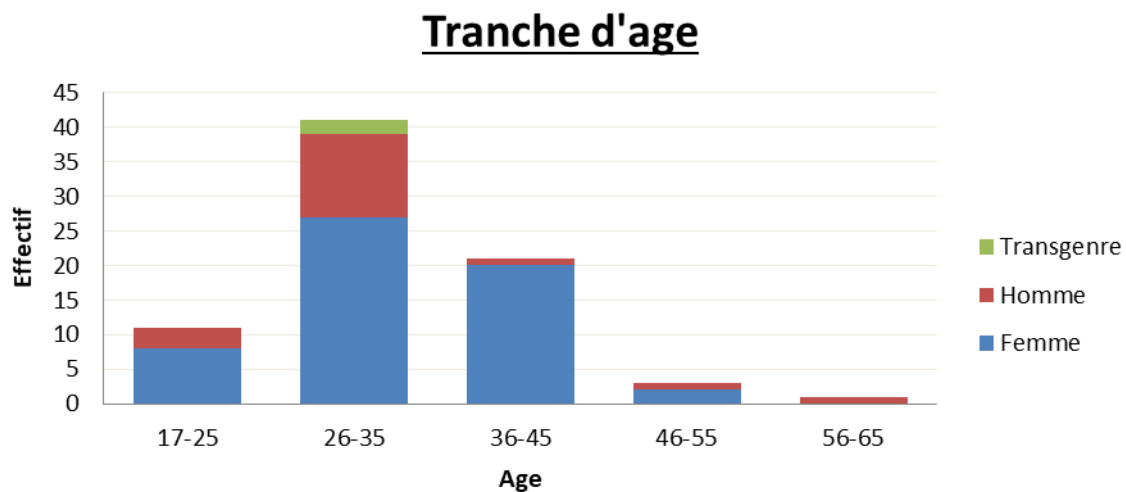
Pays de naissance	Sexe Femme		Homme		Transgenre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Republique Dominicaine	49	63,6	2	2,6	0	0,0	51	66,2
France	0	0,0	7	9,1	0	0,0	7	9,1
Guyana	2	3	0	0,0	0	0,0	2	2,6
Bresil	4	5,2	1	1,3	2	2,6	7	9,1
Haiti	1	1,3	3	3,9	0	0,0	4	5,2
Cuba	0	0,0	3	3,9	0	0,0	3	3,9
Autre	1	1,3	2	2,6	0	0,0	3	3,9
Total	57	74,0	18	23,4	2	2,6	77	100,0



b) *Tranches d'âge*

On note une moyenne d'âge de 32 ans (écart type 9.9)

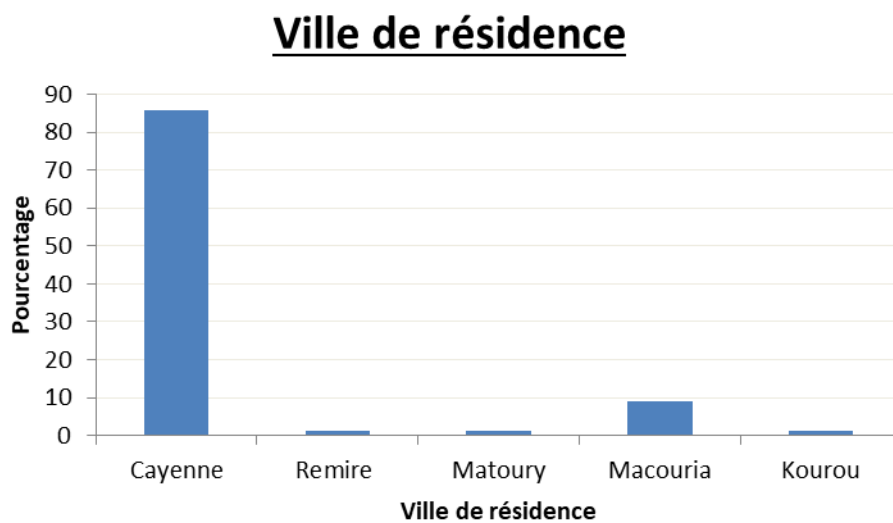
Tranche age	Femme	Homme	Transgenre	Total
17-25	8	3	0	11
26-35	27	12	2	41
36-45	20	1	0	21
46-55	2	1	0	3
56-65	0	1	0	1
Total	57	18	2	77



c) *Ville de résidence*

86% des patients déclarent vivre à Cayenne et 9% à Macouria.

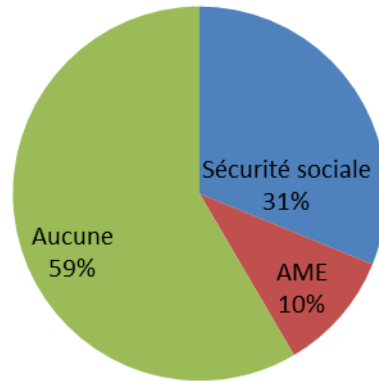
On note cette année une augmentation des patients vivant à Macouria, principalement du fait de la création de maraudes par ENTR'AIDES à Macouria qui accompagne secondairement les patients à la consultation le mercredi.



d) Couverture maladie et catégorie socio-professionnelle

Plus de la moitié des patients n'avaient pas de couverture sociale à la première consultation.

Couverture sociale

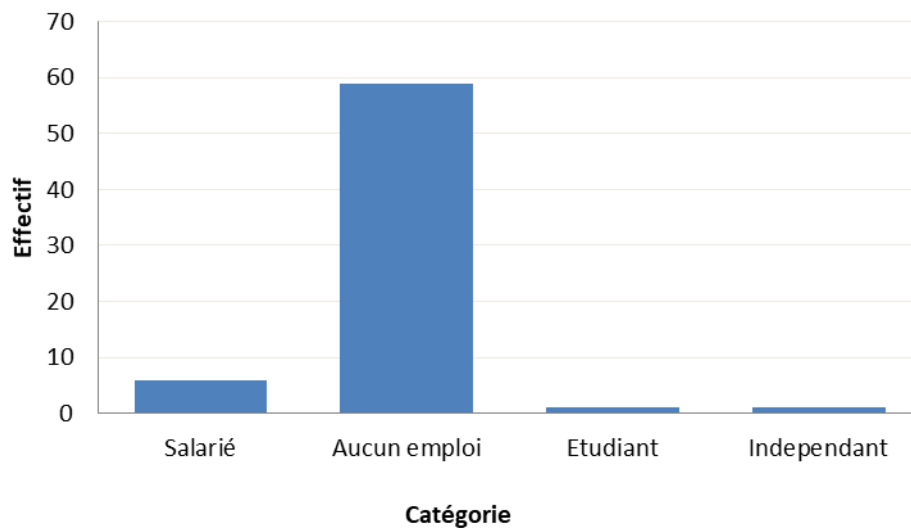


e) Catégories socio professionnelles

Près de 90% des patients suivis en consultation PREP n'ont pas d'emploi déclaré.

	n	%
Salarié	6	9
Aucun emploi	59	88
Etudiant	1	1
Indépendant	1	1
Total	67	100

Catégorie socio-professionnelle



f) *Groupe à risque ou indication au traitement*

La majorité des patients suivis en consultation PREP sont des travailleurs du sexe.

Près d'un quart des patients sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

7 patients (soit 9%) présente une « vulnérabilité au VIH » ce qui correspond à des situations à haut risque de transmission du virus VIH.

Groupe à risque	n	%
Travailleuse du sexe	52	68
Vulnérabilité vis-à-vis VIH	7	9
HSH	18	23
Total	77	100

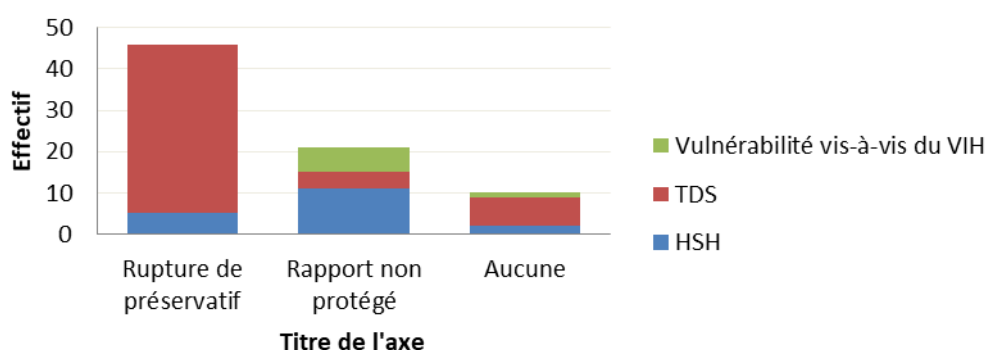
g) *Prise de risque*

87% des patients ont déclaré un antécédent de prise de risque dont 60% par rupture de préservatif.

Près d'un quart des patients ont déclaré avoir subi des violences dans le passé dont la moitié des viols.

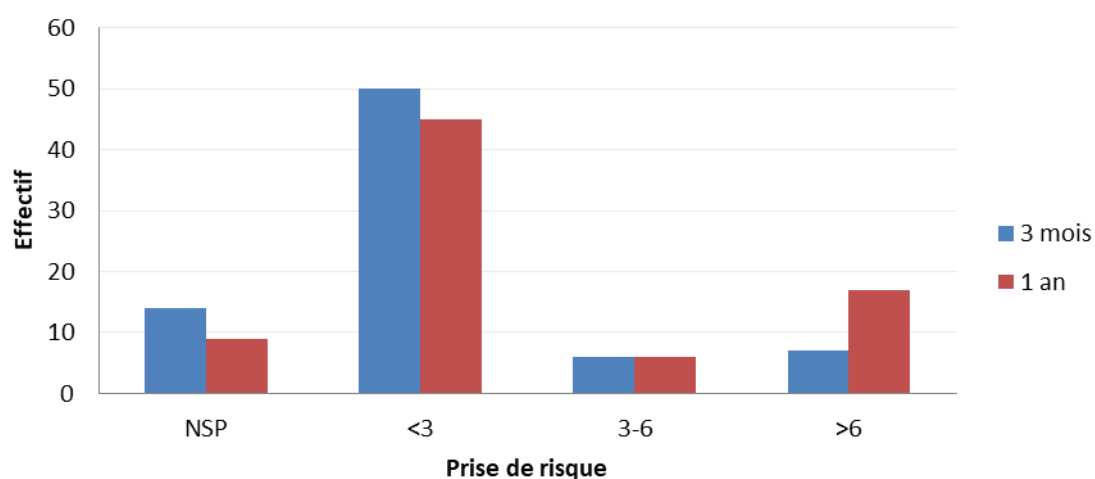
Type de risque	Rupture préservatif	de Rapport protégé	non Aucune	Total
HSH	5	11	2	18
TDS	41	4	7	52
Vulnérabilité vis-à-vis du VIH	0	6	1	7
Total	46	21	10	77

Type de prise de risque



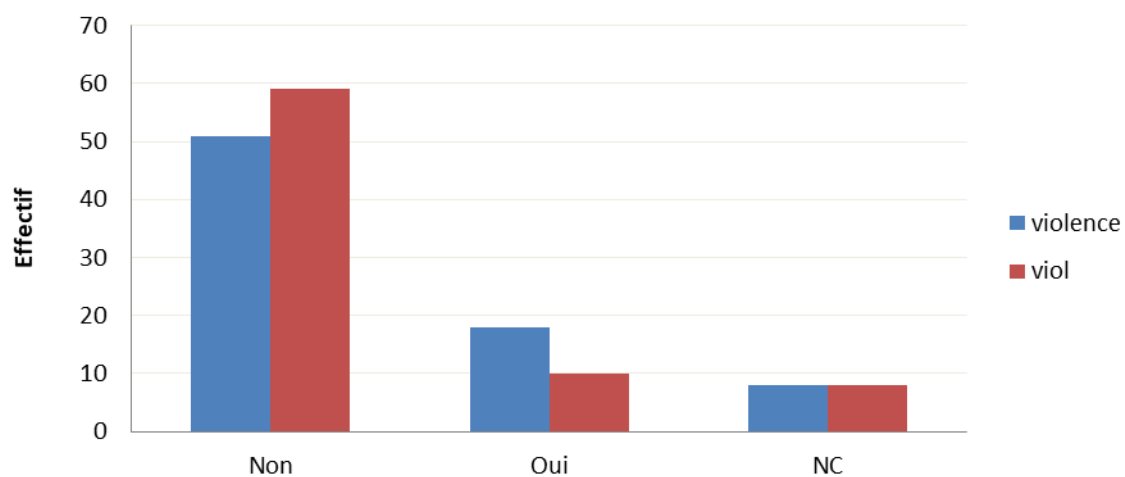
Nombre prise de risque	3 mois	1 an
NSP	14	9
<3	50	45
3-6	6	6
>6	7	17
Total	77	77

Nombre de prises de risque



Victime de violence	violence	viol
Non	51	59
Oui	18	10
NC	8	8
Total	77	77

Victimes de violence

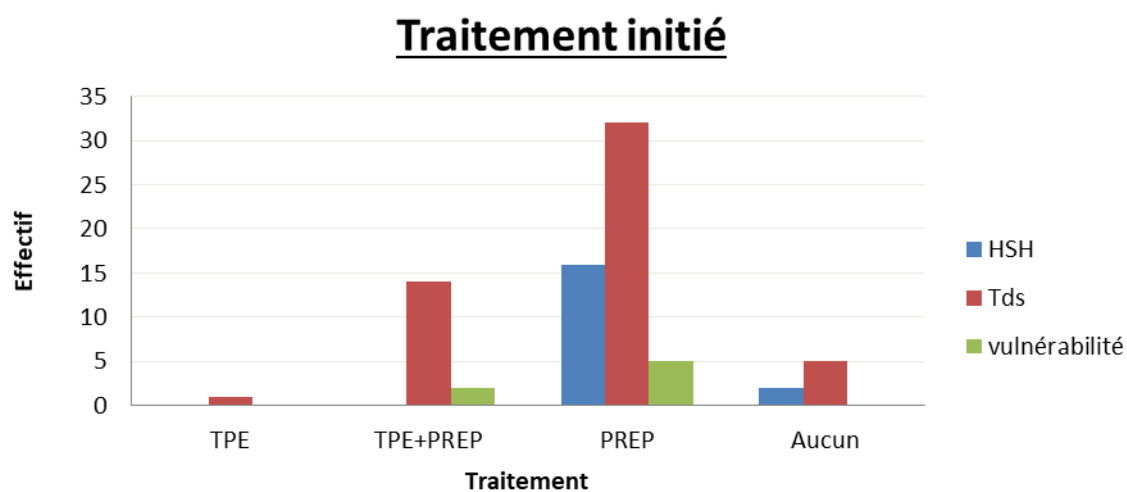


h) Mise sous traitement

90% des patients ont initié un traitement par PREP plus ou moins précédé d'un traitement post exposition.

10% des patients ne sont pas revenus à leur deuxième consultation, et n'ont pas eu d'initiation de traitement PREP.

	HSH	Tds	vulnérabilité	Total	Pourcentage
TPE	0	1	0	1	1
TPE+PREP	0	14	2	16	21
PREP	16	32	5	53	69
Aucun	2	5	0	7	9
Total	18	52	7	77	100

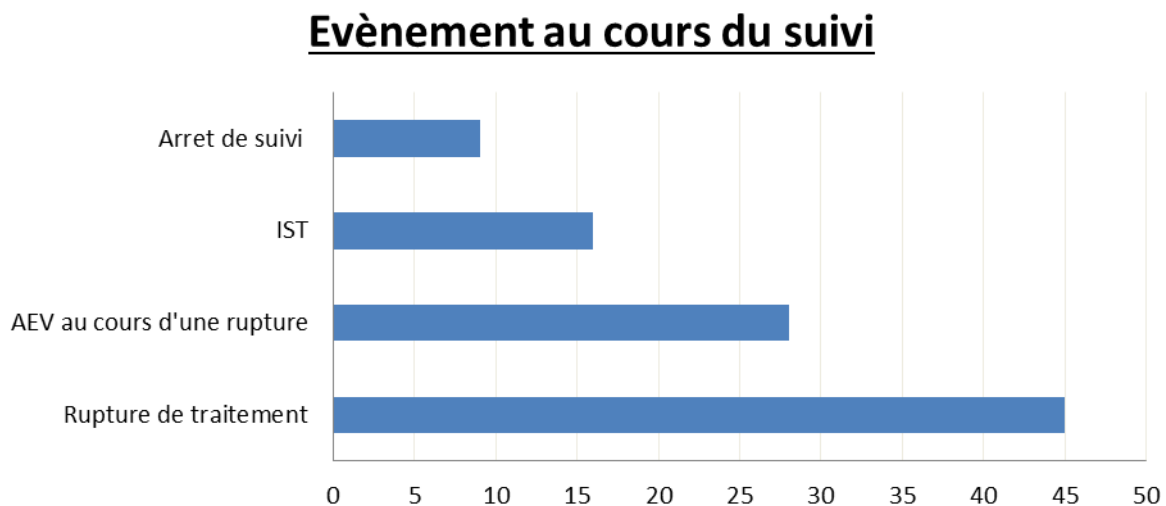


i) Evènements au cours du suivi

12% des patients ont arrêté leur suivi au cours de l'année 2020 soit par arrêt de la prostitution ou des prises de risques soit suite à un retour dans leur pays d'origine.

21% des patients ont eu un diagnostic d'IST au cours de l'année 2020.

58% des patients ont présenté une rupture de suivi au cours de l'année, principalement due au confinement suite à la pandémie de COVID 19, dont 80% ont présenté un accident d'exposition viral au cours de cette rupture.



Freins et limites

L'IDE EMOD à 20% sur la consultation PREP a été absente de mi-mars 2020 jusqu'à début décembre 2020 ce qui a fortement impacté le fonctionnement de la consultation (réalisation des bilans, commandes des consommables).

Le contexte sanitaire en 2020 et la difficulté d'accéder aux consultations (fermeture de l'association partenaire, pas de moyen de transport, limitations du nombre de patients dans les salles d'attente) ont entraîné des ruptures de traitement, des ruptures de droits et un grand nombre de perdus vue.

3. Les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins



La PREP est accessible en CDPS depuis fin 2017. Le parcours des bénéficiaires est construit autour des missions d'infectiologie avec le soutien des associations de terrain AIDES sur Maripasoula et Papaïchton et DAAC à St Georges de l'Oyapock. Le suivi est assuré par les médecins généralistes (tous sensibilisés à la PREP à leur arrivée) en collaboration avec l'infectiologue des CDPS.

En 2019 et/ou 2020, 30 patients ont bénéficié de la PREP en CDPS.

Le traitement a été instauré à MPA (n=10), GRS (n=9), Papaïchton (n=9) et SGO (n=2). Même si les besoins sur le bassin de l'Oyapock sont importants, suite à l'ouverture d'une ligne de prise en charge du VIH à Oïapoque depuis mars 2019 il a été décidé de temporiser.

La majorité concernait des travailleuses du sexe qui ont pris le traitement en continu (n=27).

A noter que pour 15 personnes, la consultation liée à un AEV a motivé une proposition de PREP (sans qu'elle ne soit réellement instaurée).

Le confinement national, puis la vague épidémique, avec la forte diminution de demande en sexe tarifé, a entraîné une adaptation des comportements par les usagères. Au cours de cette période, au moins 6 d'entre elles ont stoppé la PREP, soit dans le cadre d'un retour transitoire en République Dominicaine soit suite à un arrêt d'activité, soit par défaut de moyens pour se rendre au CDPS.

L'offre de PREP et le parcours d'accompagnement associatif permet d'améliorer la santé globale et l'accès aux droits des bénéficiaires.

Une thèse de médecine générale sur le parcours et la santé des travailleuses du sexe dominicaines sur le Maroni est en cours d'encadrement et sera soutenu en 2022.

4. Le Cegidd du CHOG

En 2020, 3 patients ont été vus pour une indication de traitement par PrEP, 2 hommes (1 de 25-29 ans et 1 de 40-49 ans) et 1 femme (40-49 ans), dont 2 ont bénéficié d'une mise sous traitement (1ère prescription) au CeGIDD. Les patients avaient tous une couverture sociale et étaient nés en France.

5. Les Cegidd de la Croix Rouge Française

En 2019-2020, 50 patients ont consulté dans un des Cegidd de la Croix Rouge Française pour une consultation PREP, 72% étaient des femmes.

Parmi ces patients, 22 patients ont initié un traitement par PREP (78% de femmes) et 10 patients ayant eu une rétrocession gratuite au CPS.

a) Couverture sociale

55% des patients n'avaient pas de couverture sociale, 5% avaient l'AME; 32 % étaient affiliés au régime général (avec PUMA/CMU).

b) Pays de Naissance

48% de la file active PreP sont des personnes nées en République Dominicaine (majoritairement des femmes TDS à St Laurent du Maroni); dont 81% sans sécu et 10% AME (91% pour qui c'est potentiellement compliqué l'accès au soins)

18% sont des personnes nées en France (France hexagonale, Guyane, Guadeloupe): 75% sont assuré

Personnes nées en Haïti: 9% de la file; 50% sans sécu

Personnes nées au Surinam 9% de la file active, 25% sans sécu

Personnes nées au Guyana 7% dont 33% sans sécu

Personnes nées au Brésil 5% dont 50% sans sécu

Non renseigné: 5%

6. Conclusion

Nécessité de pérenniser les consultations en place et de développer de nouveaux lieux de consultation afin de mailler la totalité du territoire.

Appuyer l'élargissement du public bénéficiaire de ces consultations (jeune, multipartenariat, HSH) via un programme de communication spécifique en Guyane (Vidéos VISA, campagne d'affichage). Le biais de recrutement dominicain souligne peut être l'organisation de la prostitution dans cette communauté par rapport aux autres car des travaux précédents montre que la distribution de la population TS sous prep est différente de la population des TS.

Déployer un accès inconditionnel au traitement (achat prix coutant hospitalier par les bénéficiaires/ soit prise en charge avant ouverture des droits qui trainent).

Mettre en place un parcours transfrontaliers (Brésil / Surinam , en particulier pour les travailleur.euses du sexe)

Etudier la possibilité de Kit TPE avec autotest VIH avec orientation secondaire vers une consultation PREP distribué aux populations vulnérables.

CONCLUSION

En conclusion, il y a des éléments contrastés : on constate que sur le plan de la mortalité et des nouveaux SIDA, il semble que le pire soit derrière nous à l'Ouest, peut être en raison des efforts de dépistage, mais certainement aussi grâce à la mise sous antirétroviraux de tous les patients infectés au Suriname depuis 2017-2018 qui a eu un impact décelable au CHOG ; la crise COVID s'est accompagnée d'une dégradation du contrôle virologique des patients qui devrait pouvoir se corriger une fois la crise derrière nous ; sur le plan de la Syphilis on a constaté une très forte incidence de cas de syphilis congénitale, souvent chez des femmes non suivies du fait de la perturbation du système de soin arrivant tard. La tendance contre-intuitive à l'augmentation des perdus de vue, semble en fait en partie liée à des changements graduels en faveur de la médecine libérale peut-être plus discrète et plus proche. Ces changements soulignent l'importance de la formation et de la coordination avec la médecine de ville. Pour les hépatites B, le très fort taux de perte de vue a peut être une signification plus sombre... L'activité de dépistage du VIH et des IST sur les fleuves tend à augmenter, elle est comparable au niveau métropolitain pour le VIH (mais moindre que dans les grandes villes de Guyane) et supérieure à la métropole pour les hépatites B. Il faut souligner les efforts remarquables de dépistage, d'accompagnement et de traitement à la frontière brésilienne dans le cadre de OCS.

Les outils de diagnostic moléculaire permettant un dépistage des IST bactériennes plus large, et certains tests rapides, sont une opportunité de réduire la circulation de pathogènes souvent asymptomatiques que l'approche syndromique peine à contrôler. La disponibilité de données du Surinam et du Brésil reste mauvaise mais l'impression est que les activités de dépistage des IST semblent bien moins importantes qu'en Guyane. Pour le HPV, bien que l'incidence du cancer du col semble avoir reculé, sur les fleuves, où la prévalence est très élevée, l'arsenal diagnostique et préventif moderne (tests HPV, autoprélèvements, vaccin nonavalent...) peine à être déployé et les objectifs de l'OMS d'élimination du cancer du col pour 2030 (90-70-90) semblent hors de portée si un effort substantiel n'est pas produit.

Les trois priorités 2022 du COREVIH GUYANE sont :

- 1) Les données sont morcelées, incomplètes, difficile à obtenir : Améliorer recueil et analyses des données epidemio IST
- 2) Harmoniser les pratiques sur le territoire (prise en charge des IST chroniques, parcours lait maternisé, protocole de prise en charge Cegidd...) et mieux se coordonner avec les pays voisins, notamment le Suriname : recrutement d'une coordination de terrain à l'ouest.
- 3) Beaucoup d'efforts de connaissance de l'épidémie, de ses moteurs ont été réalisés. Mais il reste des questions à résoudre pour toujours mieux adapter l'organisation des parcours de santé aux caractéristiques de l'épidémie (par exemple « ISE-Santé » pour évaluer l'acceptabilité de téléconsultations avec ou sans médiation, et « Parcours Haïti » pour mieux comprendre les parcours et vulnérabilités des personnes arrivant d'Haïti pour réduire les risques d'infection dans cette période souvent critique du point de vue épidémiologique.

ANNEXES

Annexe 1 : *Outils de Communication JMS 2021*

Annexe 2 : Protocole vaccination PVVIH

Annexe 3 : *Procédure AEV*

Annexe 4 : *Procédure AEV CDPS*





1^{er} Décembre 2021

Pass ou pas, dépiste-toi !

Le VIH est toujours là

Près de 4 000 personnes vivent avec le VIH sur notre territoire Guyanais, et près de 10% ne connaissent pas leur statut.

La pandémie Covid-19 a eu un impact important sur le dépistage du VIH. Les mesures de confinement, les accès limités ou impossibles à certains services de prévention et de soins... ont contribué dans le monde et en France à une diminution du recours au dépistage du VIH.

Les données de l'Agence Nationale Recherche sur le Sida montrent que :

- Un déficit de 16% par rapport aux dépistages sanguins attendus entre mars 2020 et avril 2021
- Les ventes d'autotests ont diminué de 22 % en 2020
- Les nouvelles initiations de traitement ont baissé de près de 20 % de mars 2020 à avril 2021

En Guyane, cette réalité chiffrée reste à préciser, **mais les acteurs et soignants attestent que le dépistage du VIH a pâti de la crise sanitaire.**

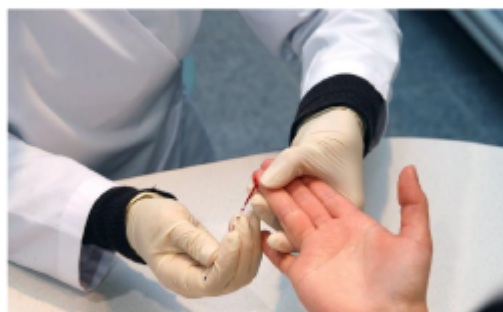
La crise sanitaire liée à la pandémie Covid-19 est toujours actuelle, comme l'est la pandémie liée au VIH. Et pour ces 2 pandémies le dépistage est un enjeu majeur de lutte contre la transmission de ces virus, enjeu d'autant plus important pour les populations les plus vulnérables et isolées des systèmes de prévention et de soins.

Une « Guyane sans Sida » reste un avenir atteignable, malgré ces années difficiles pour tous, en redoublant nos efforts pour continuer, Pass ou pas, à nous faire dépister, et à inciter notre entourage, nos usagers... à recourir au dépistage.

Le recours au dépistage est diversifié et important en Guyane, près de 2 fois le taux de dépistage de la métropole.

Important, mais il reste insuffisant :

- La prévalence du VIH est au-dessus de 1% pour les [15-49] ans depuis de nombreuses années. La Guyane est et reste le département français le plus touché par le VIH
- La réduction du réservoir caché d'infections non diagnostiquées est difficile et reste la priorité de la lutte contre le VIH sur notre territoire
- La part des infections diagnostiquées à un stade avancé reste stable (30% à Cayenne, 45% à l'Ouest Guyanais)
- Le nombre de cas Sida reste non négligeable, correspondant le plus souvent à des découvertes tardives de l'infection



La durée moyenne d'évolution de l'infection avant le diagnostic est d'environ 3.7 ans, ce qui constitue un moteur de transmission de l'infection très important. Et **réduire le délai entre l'infection et le dépistage est une des clés pour une « Guyane sans Sida » dans un avenir que nous espérons proche**

En Guyane, le dépistage est recommandé au moins une fois par an pour tous.

Planning des actions pour la Journée Mondiale du Sida 2021

Pour la seule journée du 01/12/2021

- Distribution de préservatif, atelier de pose de préservatifs féminins et masculins, info/intox VIH, spots vidéos, à la Maison des adolescents, de 10 heures à 16 heures.
- Dépistage Trod, en service de consultations de dermatologie, au CHC, de 9 heures à 18 heures.
- Formation à la prise en charge des IST en cabinet de médecine générale, par le Corevih, de 20 heures à 23 heures, au Grand Hôtel Montabo.
- Théâtre-forum sur l'annonce de la pathologie, prévention et dépistage Trod, à l'accueil de jour de l'Arbre fromager (1, rue Arago) de 9 heures à 12 heures.
- Stand de prévention du Planning familial, au lycée Félix-Eboué, de 8 heures à 16 heures.
- Portes ouvertes d'Entr'aides, dépistage et animations, de 8 heures à 16 heures au local de l'association, avec Sida info service.
- Dépistage Trod au local d'Entr'Aides de Chicago, aujourd'hui de 8 heures à 16 heures, avec Daac.
- Prévention et pose de préservatifs, avec Entr'aides, à l'université, vendredi de 13h30 à 17 heures.

Grand-Santi

- Prévention, dépistage et exposition photo avec l'association Aide, au bord du fleuve, de 11 heures à 16 heures.

Kourou

- Animation, distribution de préservatifs et dépistage avec Ader, devant la CGSS (7h30-12h30), parking de l'Akatij (8h-13h), à la Croix-Rouge française (8h30-11h) et à la maison de quartier Eldo (16h-19h).

Macouria

- Distribution de préservatifs et dépistage avec Ader, demain sur le marché de Tonate, de 15 heures à 19 heures.

Maripasoula

- Prévention et dépistage avec l'association Aide, sur la place des Fêtes du bourg et au tukusipan de Taluen, de 11 heures à 16 heures.

Matoury

- Théâtre, forum et prévention, au local de Daac, à Cogneau-Lamirande, de 8h30 à 14h30.
- Prévention et pose de préservatifs, avec Entr'aides, au lycée de Balata, demain de 9 heures à 12h30.

Rémire-Montjoly

- Café-débat autour des discriminations liées au VIH, de 9 heures à 11 heures au local de Daac, résidence Arc-en-ciel. Animation et prévention de 14h30 à 16h30.

Saint-Georges

- Dépistage Trod et prévention, avec !DSanté, de 17 heures à 21 heures, place de la Mairie, avec l'Emspec et Daac Guyane.

Saint-Laurent du Maroni

- Dépistage Trod, sérologie et consultations médicales, prévention, information et distribution de préservatifs sur deux sites du Chog : au Cegidd (centre-ville) et aux Sables blancs, de 8 heures à 12h30.
- Atelier participatif sur le VIH, consultation de dépistage, Trod, sérologie, distribution de préservatifs, au RSMA, à Saint-Jean du Maroni, de 14 heures à 17 heures.

- Prévention et dépistage avec l'association Aide, au kiosque de l'office de tourisme, de 11 heures à 16 heures. Vernissage de l'exposition photo à 12 heures, avec la participation de la Croix-Rouge française et de Kikiwi ouest.
- Maraude, stand de prévention, distribution de préservatifs et dépistage par Trod, de 13 heures à 16 heures à la Charbo, avec la Croix-Rouge française, Kikiwi ouest, la Pass santé sexuelle et tumeplay.fr.
- Animation et distribution de préservatifs par la Pass santé sexuelle jeunes et tumeplay.fr, à l'Espace vert, de 11 heures à 16 heures.
- Maraude, stand de prévention, distribution de préservatifs dans les quartiers autour du centre de dépistage de la Croix-Rouge française, demain de 8 heures à 13 heures.
- Animation avec l'outil tumeplay.fr, à la Mission locale, vendredi de 8 heures à 13 heures.

Annexe 2 : Protocole vaccination PVVIH

I. OBJET

Etablir le calendrier vaccinal lors du suivi d'un patient vivant avec le VIH adulte.

II. TEXTES DE REFERENCE

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe MORLAT. Mise à jour juillet 2018.

[Mes vaccins.net, Le point sur la stratégie de rappel vaccinal chez les personnes ayant eu une primovaccination complète contre la covid 19, octobre 2021.](#)

Recommandations Haute Autorité de Santé Covid-19 Populations éligibles à une dose de rappel de vaccin, aout 2021.

III. VACCINS VIVANTS ATTENUES

BCG	CONTRE INDIQUE
ROUGEOLE OREILLON RUBEOLE	Si CD4 <200/mm³ : CONTRE INDIQUE Sérologie rougeole systématique sur bilan initial Si patients non immuns : 2 doses de vaccin ROR à 1 mois d'intervalle Chez la femme en âge de procréer : sérologie rubéole systématique Si patientes non immuns : report 2 mois projet grossesse Si vaccinée rougeole : 1 dose ROR Si non vaccinée rougeole : 2 dose à 1 mois d'intervalle
VARICELLE	Si CD4 <200/mm³ : CONTRE INDIQUE Sérologie systématique chez patients sans antécédent de varicelle Si non immuns : 2 doses espacées de 6 semaines Chez la femme en âge de procréer reporter la grossesse à 1 mois après 2eme dose
FIEVRE JAUNE	OBLIGATOIRE Si CD4 <200/mm³ : CONTRE INDIQUE → Rédaction d'un certificat de contre indication Si CD4 > 200/mm ³ : Vaccination tous les 10 ans NB : contrôle des Anticorps antiamarile au bilan de découverte Si Anticorps positif (>10 UI/ml) avec date de vaccination inconnue : rappel à 10 ans
ROTAVIRUS	NON RECOMMANDE

IV. VACCINS INACTIVES ET SOUS UNITAIRES

DIPHTERIE TETANOS POLIOMELITE COQUELUCHE ACCELULAIRE (dTCaP)	Patient non vacciné : 1 dose dTCaP puis rappel à 6 mois par dTP Puis dTCaP tous les 10 ans Patient vacciné dans l'enfance : Rappel à 25 ans puis tous les 10 ans par dTCaP
HEPATITE B	4 doubles doses (40µg) : M0 M1 M2 M6 Contrôle annuel des anticorps anti Hbs et si <10mUI/mL = 1 dose de

	rappel NB Contrôle sérologie VHB au bilan de découverte Hbc isolé → 1 dose pour recherche réponse anamnétique et si négatif et ADN VHB négatif, schéma à 3 doubles doses
HEPATITE A (NON REMBOURSE)	Recommandée chez les co-infectés VHB, hépatopathie chronique, les HSH et toxicomanes intra veineux NB contrôle de la sérologie VHA au bilan de découverte
PNEUMOCOQUE	1 dose de vaccin conjugué 13-valents puis 1 dose 23-valents minimum 8 semaines plus tard Rappel tous les 5 ans par 1 dose 23-valents Si patient vacciné par dose 23-valents uniquement, 1 injection de vaccin conjugué 13-valents puis rappel à 5 ans par 1 dose de 23-valents
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (REMBOURSE jusqu'à 24 ans)	vaccin nonavalent : 1 dose M0 M2 M6
GRIPPE SAISONNIERE	Vaccination annuelle
MENINGOCOQUE C	Patients non vaccinés et âge < 25ans : 1 dose de vaccin conjugué monovalent

V. VACCINATION COVID

Selon recommandations actuelles

Attention recommandations évolutives

On considère patient immunodéprimé <350/mm³

I- OBJET

Prévenir le risque de transmission virale chez les personnes victimes d'accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques.

II- PERSONNES CONCERNÉES

Tout professionnel de santé du CH de Cayenne ou d'un autre établissement de santé, quel que soit son statut : Accident d'exposition professionnelle.

Toute autre personne exposée à un risque de transmission virale : Accident d'exposition sexuelle ou accidentelle.

III- TEXTE DE REFERENCE

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH ,Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe MORLAT

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45 du 25 février 2019 relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel et des accidents d'exposition sexuelle

IV- DEFINITIONS : KIT TPE (traitement post-exposition)

La 1^{ère} dose est à donner rapidement, idéalement dans les 4 heures post-exposition, jusqu'à 48h après.

Kit mis à disposition :

EVIPLERA 200mg/25mg/245mg 1cp par jour à heure fixe à prendre lors du repas

Durée : kit de 72h seront à disposition afin de palier au traitement jusqu'au rendez-vous en HDJA.

V- DESCRIPTION

Elaboration de fiches pratiques

1. FICHE DESTINEE A LA VICTIME
2. FICHE DESTINEE AU MEDECIN DU SAU
3. FICHE DESTINEE AU MEDECIN DE L'HDJA
4. FICHE DESTINEE AU MEDECIN DU TRAVAIL

1. FICHE VICTIME

VOUS ETES VICTIME D'UN ACCIDENT PROFESSIONNEL :
C'est une urgence ! SUIVEZ CES ÉTAPES

ÉTAPE 1

Vous devez faire les premiers soins sur votre lieu de travail et en urgence

- EN CAS DE PIQÛRES OU DE BLESSURES de LA PEAU OU
- EN CAS DE CONTACT DIRECT DE LA PEAU LÉSEE AVEC DU LIQUIDE BIOLOGIQUE :
 - Ne pas faire saigner
 - Nettoyage immédiat de la zone lésée (**Eau + Savon doux**) puis rinçage
 - Tremper ou appliquer un antiseptique pendant au moins 5 minutes : le **DAKIN** en premier choix. Sinon, utiliser de la **BETADINE JAUNE**. En dernier : Eau de Javel 9° chlorométrique diluée au 1/5 ou l'Alcool à 70°.
- En cas de risque d'Agents Transmissibles Non Conventionnels : **Eau de Javel 2% chlore actif**
- EN CAS DE PROJECTION DE LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR LES MUQUEUSES ET YEUX :
 - Rincer abondamment pendant au moins 5 minutes sous l'eau ou au sérum physiologique

ÉTAPE 2

SIGNELEZ IMMEDIATEMENT A VOTRE CADRE DE SANTÉ OU AU CADRE DE GARDE

- Le cadre vous remet les 2 imprimés (**déclaration AT et enquête AT**)
- Le cadre demande au médecin du service ou celui des urgences (si horaires de garde) de prescrire un test de **dépistage VIH par ELISA** (consentement) de la personne source si son statut VIH est inconnu. Le test doit être adressé au laboratoire polyvalent du CHAR. Durée du rendu du résultat : 1 à 2 h max.

ÉTAPE 3

Se rendre à l'HDJA (du Lundi au Vendredi de 8h à 16h) ou au Service d'Accueil des Urgences (SAU) (après 16h et les week-ends)

Objectif : être pris en charge rapidement par le médecin référent du SAU

1. Examen clinique (signalez si vous prenez un médicament) et évaluation du risque de transmission virale
2. Sérologies initiales
3. Déterminer la nécessité d'un TPE
4. Ne pas oublier : certificat initial d'accident de travail, suivi à l'HDJA et en médecine du travail.

ÉTAPE 4

SE PRESENTER AU CADRE OU AUX AFFAIRES MÉDICALES SELON LE PERSONNEL

Déposer :

- 1- Le certificat médical initial d'accident du travail rempli par le médecin
- 2- La déclaration d'accident du travail (imprimé CERFA)
- 3- L'imprimé Enquête accident du travail

ÉTAPE 5

**SE RENDRE EN MÉDECINE DU TRAVAIL
CONTACT : POSTE 5520**

Accident d'exposition professionnelle

- Evaluer le temps passé depuis l'exposition
- Recueillir les informations sur la nature du risque :
 - Blessure, piqûre ou projection : profondeur, étendue
 - Matériel en cause : aiguille, trocart...
 - Les premiers soins reçus dans le service
- Statut viral de la personne source (VIH, VHB, VHC)

Evaluer l'indication de traitement post exposition (TPE) (<48h) :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la patiente source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV indétectable	
Important : Piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire	TPE	Ø TPE	TPE
Intermédiaire : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille plaine Exposition cutanéomuqueuse > 15m	TPE	Ø TPE	TPE
Minime : Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures	Ø TPE		

OUI

NON

Biologie aux urgences :

- NFS, BHC, Créatinine
- Sérologie VIH et VHC
- Sérologie VHB : Anticorps anti-HBs, anti-HBc et Antigène HBs
- Sérologie HTLV1 et 2
- βHCG pour les femmes

Délivrer le Kit TPE

Mettre une ordonnance au nom du patient dans la boîte des kits

Remplir feuillet Accident du travail

Biologie aux urgences :

- Sérologie VIH et VHC
- Anticorps anti-HBs, anti-HBc et Antigène HBs
- Sérologie HTLV1 et 2
- βHCG pour les femmes

Accident d'exposition sexuelle



- Evaluer le temps passé depuis l'exposition
- Evaluer la nature du risque :
- Le type d'accident et la nature du risque viral
- Orienter vers UMJ si agression sexuelle
- Statut viral de la personne source (VIH, VHB, VHC)



Evaluer l'indication de TPE (<48h) :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la patiente source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV indétectable	
Rapport anal réceptif	TPE	Ø TPE	TPE
Rapport anal insertif	TPE	Ø TPE	TPE
Rapport vaginal réceptif	TPE	Ø TPE	TPE
Rapport vaginal insertif	TPE	Ø TPE	TPE
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE	Ø TPE	TPE
Fellation insertive/réceptive sans éjaculation	Ø TPE	Ø TPE	Ø TPE

OUI

NON

Biologie aux urgences :

- NFS, BHC, Créatinine
- Sérologie VIH et VHC
- Sérologie VHB : Anticorps anti-HBs, anti-HBc et Antigène HBs
- Sérologie syphilis
- Sérologie HTLV1 et 2

Délivrer le Kit TPE+ NORLEVO

Mettre une ordonnance au nom du patient dans la boîte des kits

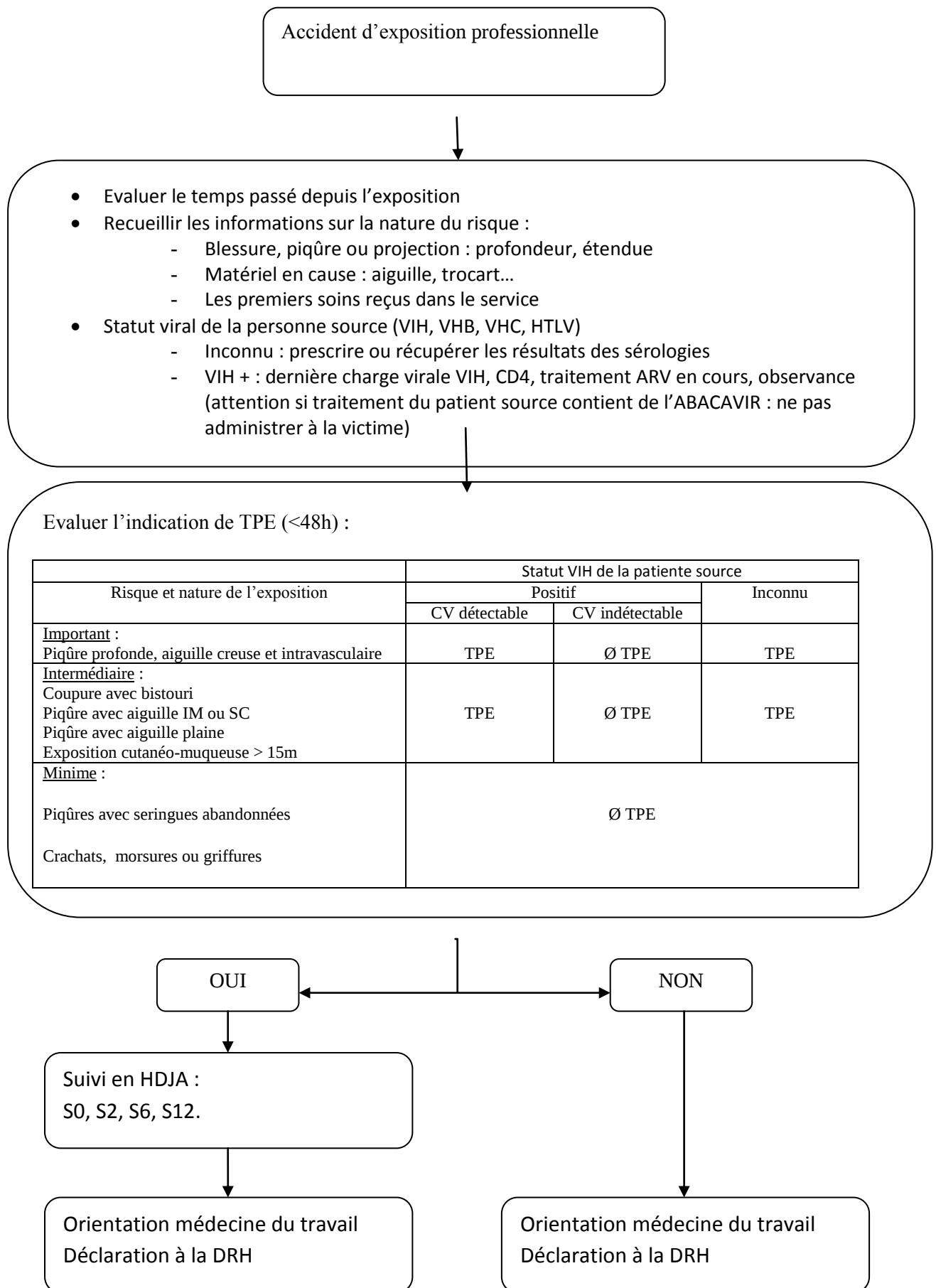
Biologie aux urgences :

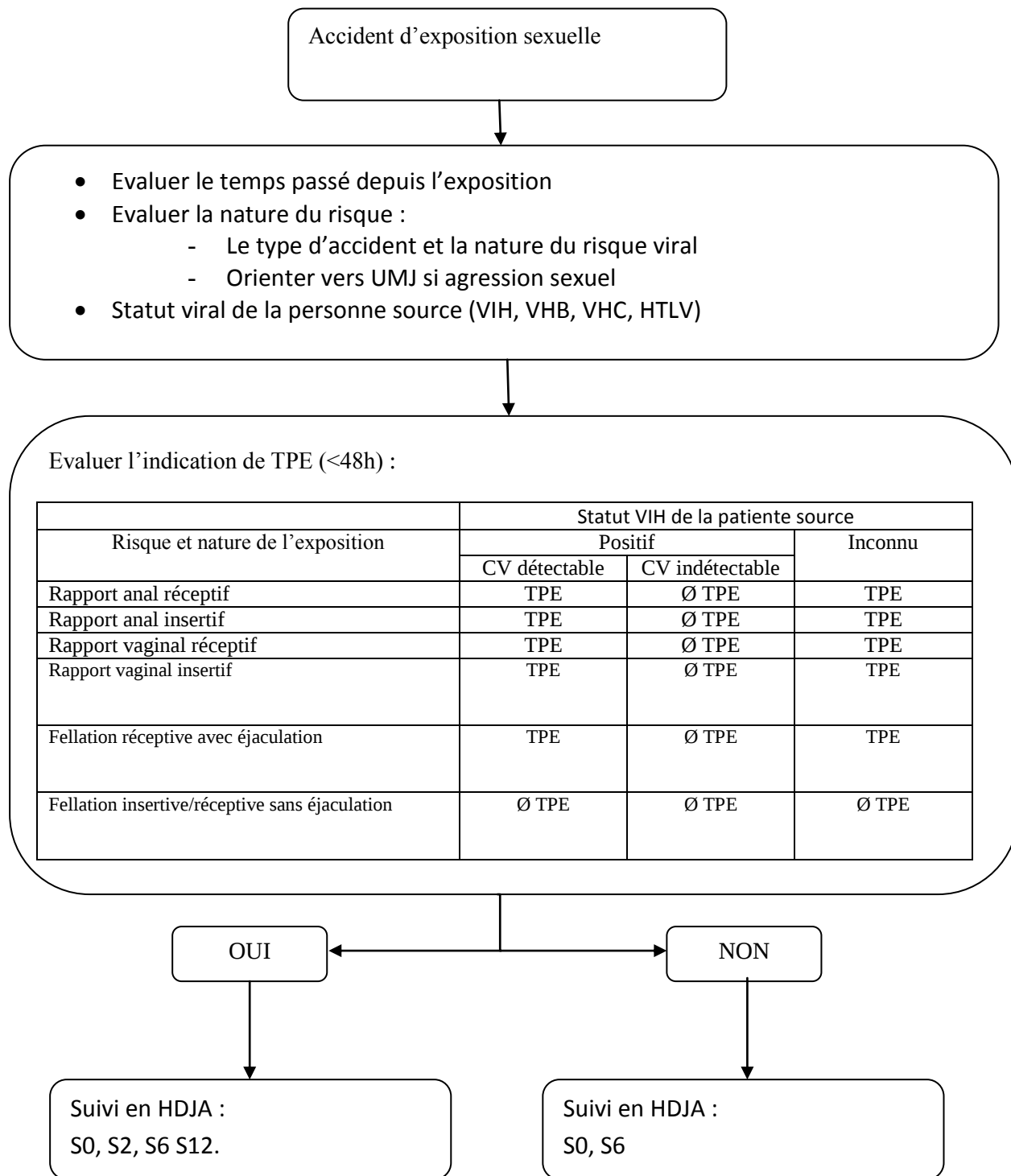
- Sérologie VIH et VHC
- Sérologie VHB : Anticorps anti-HBs, anti-HBc et Antigène HBs
- Sérologie syphilis
- Sérologie HTLV1 et 2
- PCR Chlamydiae et Gonocoque sur 1er jet
- BHCG pour les femmes

Délivrer NORLEVO si rapport <72h

Mettre une ordonnance au nom du patient dans la boîte des kits

Consultation en HDJA (8h30-16h) le prochain jour ouvrable
Consultation UMJ si agression sexuelle sur Réquisition





3. FICHE MEDECINE DU TRAVAIL

ETAPE 1 : Evaluation des étapes de la prise en charge

1. Passage au SAU ou à l'HDJA
2. Passage à la DRH
3. Evaluation des déterminants de l'accident selon la feuille de recueil des données RAISIN GERES.

ETAPE 2 : Surveillance du risque VIH

- ☛ **Personne source VIH (-) :**
 - Pas de TPE
 - Pas de suivi
- ☛ **Personne source VIH (+) ou Statut inconnu:**
 - Pas de TPE : surveillance à S6
 - Sous traitement TPE : surveillance à M2

ETAPE 3 : Surveillance du risque VHB

- ☛ **Professionnel immunisé contre le VHB : Pas de surveillance sérologique quel que soit le statut du patient source.**

ETAPE 4: Autres risques viraux

- ☛ **Patient source VHC (-) : Pas de surveillance**
- ☛ **Patient source VHC (+) avec PCR+ ou de Statut inconnu:**
 - Pas de TPE
 - Serologie VHC à M2 M6
 - Traitement anti-VHC en cas de séroconversion
- ☛ **Patient source HTLV (+): surveillance**

Annexe 4 : Procédure AEV CDPS

I- OBJET

Prévenir le risque de transmission virale chez les personnes victimes d'accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques.

II- PERSONNES CONCERNÉES

Tout professionnel des CDPS, quel que soit son statut : Accident d'exposition professionnelle.

Toute autre personne exposée à un risque de transmission virale : Accident d'exposition sexuelle ou accidentelle.

III- TEXTE DE REFERENCE

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe MORLAT, réévalué en septembre 2017.

IV- KIT TPE

Kits TPE disponibles en CDPS : 3j ou 28j selon accessibilité de la pharmacie et couverture sociale

Si un kit est délivré, penser à faire une ordonnance + bon de continuité des soins + Pièce identité + Sécurité sociale à envoyer à l'AS de secteur, au logisticien à la coordination et au pharmacien en charge des CDPS (pour réassort des stocks)

La 1ere dose est à donner rapidement, idéalement dans les 4h post-exposition, jusqu'à 48h.

Trois kits différents seront à disposition :

- **Enfant d'âge ≥ 12 ans et de poids ≥ 35 Kg:**
TénofovirDF/ emtricitabine/ rilpivirine (Evipléra) 1 comprimé/jour
- **Enfant de 6-12 ans :**
AZT+3TC (Combivir) 1/2 comprimé x2/jour
+Raltégravir(Isentress comprimés à croquer) 150 mgx2/jour
- **Enfant de moins de 6 ans:**
AZT (Rétrovir solution buvable 10 mg/ml): 10 mg/Kg x2/jour
+3TC (EpiVir solution buvable 10 mg/ml): 4mg/Kg x2/jour
+ Raltégravir (Isentress granulés pour suspension buvable) 5 ml x2/jour

V- DESCRIPTION : Elaboration de fiches pratiques

1. *FICHE VICTIME AEV PROFESSIONNEL*

2. *FICHES MEDECIN CDPS :*

- AEV professionnel
- AEV sexuel
- Agression sexuelle

Si besoin Avis infectiologue des CDPS Céline MICHAUD (06 94 13 32 66) du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30 ou astreinte UMIT en dehors de ces horaires (0694209720/ 06 94 26 01 14)

4. FICHE VICTIME

VOUS ETES VICTIME D'ACCIDENT PROFESSIONNEL :

C'est une urgence ! SUIVEZ CES ETAPES

ETAPE 1

Vous devez faire les premiers soins sur votre lieu de travail et en urgence

- **EN CAS DE PIQÛRES OU DE BLESSURES de LA PEAU OU**
- **EN CAS DE CONTACT DIRECT DE LA PEAU LÉSEE AVEC DU LIQUIDE BIOLOGIQUE :**
 - Ne pas faire saigner
 - Nettoyage immédiat de la zone lésée (**Eau + Savon doux**) puis rinçage
 - Tremper ou Appliquer un antiseptique pendant au moins 5 minutes : le **DAKIN** en premier choix. Sinon, utiliser de la **BETADINE JAUNE**. En dernier : Eau de Javel 9° chlorométrique diluée au 1/5 ou l'Alcool à 70°.

En cas de risque d'Agents Transmissibles Non Conventionnels : Eau de Javel 2% chlore actif

- **EN CAS DE PROJECTION DE LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR LES MUQUEUSES ET YEUX :**

- **Rincer abondamment pendant au moins 5 minutes sous l'eau ou au sérum physiologique**

ETAPE 2

Prise en charge par le médecin du centre de santé
Pour les postes de santé : appeler médecin

Objectif : être pris en charge rapidement par le médecin du CDPS

⇒ **Cf. FICHES MEDECIN CDPS**

ETAPE 3

SIGNALEZ A VOTRE CADRE DE SANTE

- **Le cadre vous remet les 2 imprimés (déclaration AT et Enquête AT)**

- i. Déposer :
- 1- Le certificat médical initial d'accident du travail rempli par le médecin
 - 4- La déclaration d'accident du travail (imprimé CERFA)
 - 5- L'imprimé Enquête accident du travail

5. FICHES MEDECIN CDPS

Accident d'exposition professionnelle

Interrogatoire :

- Evaluer le temps passé depuis l'exposition
- Recueillir les informations sur la nature du risque :
 - Blessure, piqûre ou projection : profondeur, étendue
 - Matériel en cause : aiguille, trocart...
 - Les premiers soins reçus dans le service
- Connaissance du statut viral de la personne source (VIH, VHB, VHC, HTLV 1 et 2)

Evaluer l'indication de TPE (<48h) :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la patiente source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV indétectable	
<u>Important</u> : Piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire	TPE	Ø TPE	TPE
<u>Intermédiaire</u> : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IN ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutané-muqueuse > 15m	TPE	Ø TPE	TPE
<u>Minime</u> : Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures	Ø TPE		

OUI

NON

Biologie à prélever :

- NFS, BHC, Créatininémie
- Sérologie VIH et VHC
- Anticorps anti-HBs, anti HBc et Antigène HBs
- HTLV1 et 2
- βHCG + βHCG urinaires (*si femme*)

Mise sous TPE pendant 4 semaines
Déclaration accident du travail
Suivi S0, S2, S6 S12 en CDPS

Biologie à prélever :

- Sérologie VIH et VHC
- Anticorps anti-HBs, anti HBc et Antigène HBs
- HTLV1 et 2
- βHCG + βHCG urinaires (*si femme*)

Déclaration accident du travail
Suivi S0, S6, S12 en CDPS

Accident d'exposition sexuelle

Interrogatoire

- Evaluer le temps passé depuis l'exposition
- Evaluer la nature du risque :
 - Le type d'accident et la nature du risque viral
 - Orienter vers UMJ si agression sexuelle
- Connaissance statut viral de la personne source (VIH, VHB, VHC, HTLV1 et 2)
- TROD patient

Evaluer l'indication de TPE (<48h) :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la patiente source		
	CV détectable	CV indétectable	Inconnu
Rapport anal réceptif	TPE	Ø TPE	TPE
Rapport anal insertif	TPE	Ø TPE	TPE
Rapport vaginal réceptif	TPE	Ø TPE	TPE
Rapport vaginal insertif	TPE	Ø TPE	TPE
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE	Ø TPE	TPE
Fellation insertive/réceptive sans éjaculation	Ø TPE	Ø TPE	Ø TPE

OUI

NON

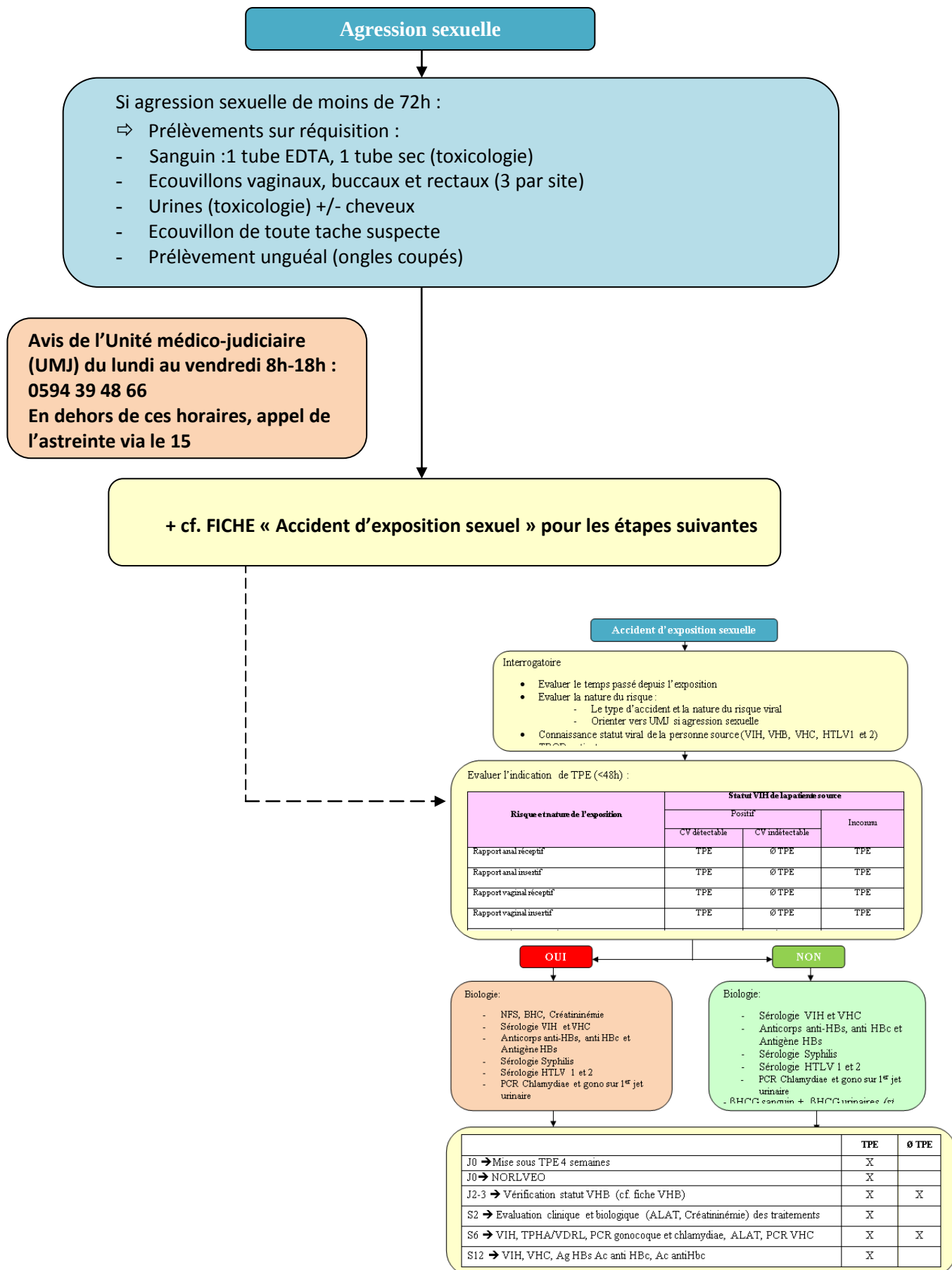
Biologie: -NFS, BHC, Créatininémie

- Sérologie VIH et VHC
- Anticorps anti-HBs, anti HBc et Antigène HBs
- Sérologie Syphilis
- Sérologie HTLV 1 et 2
- PCR Chlamydiae et gono sur 1^{er} jet urinaire
- βHCG sanguin + βHCG urinaires (*si femme*)

Biologie:

- Sérologie VIH et VHC
- Anticorps anti-HBs, anti HBc et Antigène HBs
- Sérologie Syphilis
- Sérologie HTLV 1 et 2
- PCR Chlamydiae et gono sur 1^{er} jet urinaire
- βHCG sanguin + βHCG urinaires (*si femme*)

	TPE	Ø TPE
J0 → Mise sous TPE 4 semaines	X	
J0 → NORLVEO	X	
J2-3 → Vérification statut VHB (cf. fiche VHB)	X	X
S2 → Evaluation clinique et biologique (ALAT, Créatininémie) des traitements	X	
S6 → VIH, TPHA/VDRL, PCR gonocoque et chlamydiae, ALAT, PCR VHC	X	X
S12 → VIH, VHC, Ag HBs Ac anti HBc, Ac antiHbc	X	





COREVIH Guyane

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

Département de la Recherche et de l'Innovation en Santé Publique

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



Téléphone : 0594 39.73.63

Télécopie : 0594 39.50.16

Email: corevih@ch-cayenne.fr

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