

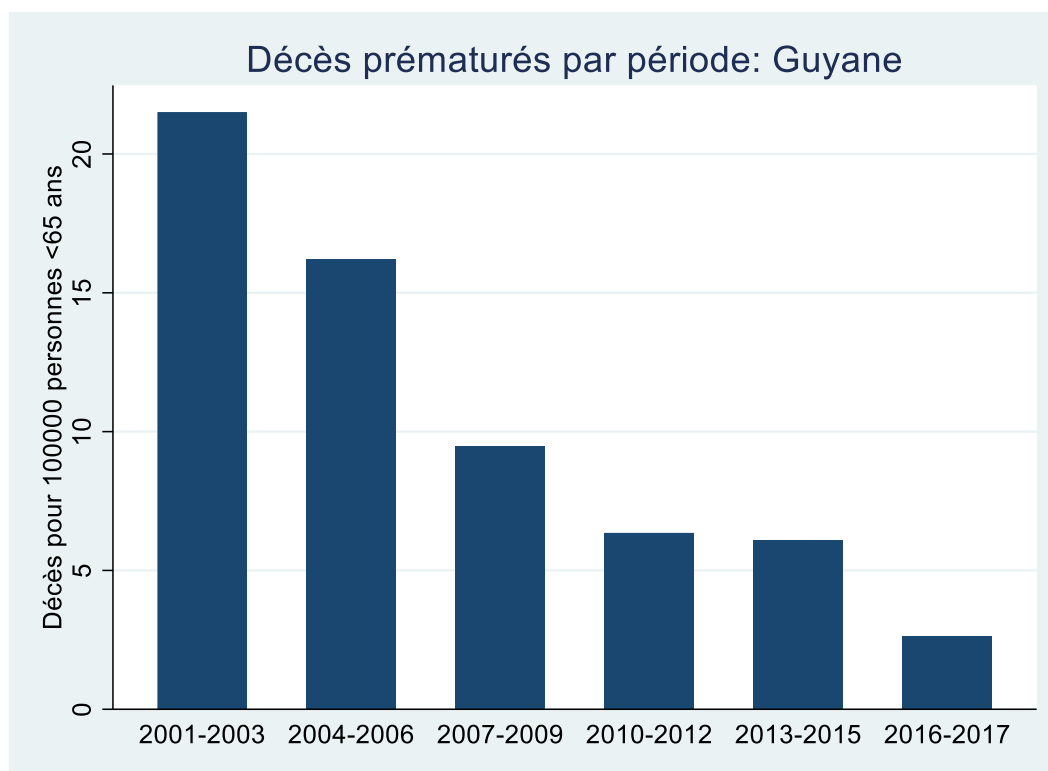


COREVIH Guyane

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

MOT DU PRESIDENT

Après 3 années de COVID-19 éprouvantes, je voudrais commencer ce rapport par l'image d'un effondrement : celui des décès liés au VIH.



La tendance est tellement évidente qu'elle pourrait se passer de commentaires... Mais j'insiste. Sans cesse sollicitée par les problèmes du quotidiens, notre attention reste souvent aveugle aux progrès graduels. Pourtant, ces progrès sont énormes, et aucun journal ne fait sa « une » avec la division de la mortalité par 10. Certes, le problème qui n'est pas arrivé est plus difficile à conceptualiser que celui que l'on a devant soi. Mais cela devient peut être plus frappant lorsque l'on médite sur le fait que ce sont sans doute des centaines de vies qui n'ont pas été cueillies grâce aux progrès de la lutte contre le VIH en Guyane. Il me semble donc important de le souligner. Comme l'on peut s'en apercevoir aux plénières du COREVIH, les acteurs de la lutte contre le VIH forment un réseau complexe agissant à de multiples niveaux sur tout le territoire guyanais. Là encore, le polymorphisme de l'action de santé publique est difficile à conceptualiser pour nos esprits avides de causalité simple. Mais c'est une chaîne de causalités multiples entrelacées qui a permis ces progrès spectaculaires : amélioration permanente des connaissances, actions stratégiques éclairées par la connaissance du contexte local, et efforts soutenus des acteurs de la prévention, du dépistage, de l'accompagnement, du traitement, et de l'éducation thérapeutique. Certes il reste beaucoup à faire, et, le nez dans le guidon, on manque parfois de recul ; mais c'est justement la beauté de ce diagramme : il nous rappelle qu'il faut savoir apprécier nos succès et que nos efforts à tous ont un impact et du sens. Quand on y pense, il n'y a pas beaucoup de domaines où l'on peut savourer pareille récompense.

Pr Mathieu NACHER

Table des matières

PARTIE I : ADMINISTRATIVE.....	5
I. DEFINITION DU COREVIH.....	6
II. LE COREVIH GUYANE.....	7
III. LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE	11
IV. CPOM 2022-2024	14
PARTIE II : MISSIONS DU CPOM	15
Axe 1 : coordonner les acteurs du territoire selon une approche en santé sexuelle	15
1. Les outils de communication et de coordination.....	16
2. Favoriser et appuyer les actions autour de la santé sexuelle et de la prévention	17
Axe 2 : contribuer à l'amélioration du parcours en santé sexuelle des personnes vivant avec une IST chronique	27
1. Coordonner les réunions interprofessionnelles pluridisciplinaires visant à améliorer les parcours de prévention et de soins des patients	27
2. En appui des réunions des services visant à améliorer les parcours de prévention et de soins des patients.....	27
3. Harmoniser les pratiques et les prises en charge au sein des services hospitaliers	28
4. Programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)	29
5. Améliorer le parcours de prévention et de soins des patients les plus « vulnérables ».....	30
6. Améliorer l'accès au dépistage et la précocité du dépistage.....	36
7. Améliorer le délai entre le dépistage et l'entrée dans les soins : « perdus de vue » (objectif maintien dans le soin).....	42
a) Etude « Épidémiologie Étude de l'entrée et du maintien en soins des personnes vivant avec le VIH en Guyane = EMVIH »	42
8. « patients sous mains de justice ».....	46
9. Construire et diffuser le parcours du lait maternisé pour les femmes porteuses du VIH/HTLV2	47
8. Etude « Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux.....	50
9. Sensibilisation des acteurs à l'enjeu HPV avec diffusion des données des récents travaux régionaux	50
10. Harmoniser et améliorer la prise en charge et le parcours de prévention et de soins des patients porteurs du virus de l'hépatite B et C	51

Axe 3 : recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologique	53
1. Cohorte FHDH / DOMEVIH.....	53
2. File active VIH suivie dans le GHT Guyane en 2022	54
3. File active Hépatite B suivie dans le GHT Guyane	63
4. File active Hépatite C suivie dans le GHT Guyane.....	66
5. Bilan de la PREP en Guyane en 2021	69
6. Le déploiement des TROD sur le territoire.....	76
7. Cartographier les IST à l'échelle régionale et infrarégionale pour évaluer et guider les programmes de prévention et de dépistage.....	82
Axe 4 : 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.....	83
1. Occuper les lieux stratégiques décisionnels et d'expertise	83
2. Développer l'expertise à l'international et notamment pour les pays transfrontaliers.....	85
CONCLUSION	87

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 COREVIH 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

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

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

Identification du territoire de référence - La Guyane Française



L'unité fonctionnelle

L'unité fonctionnelle (UF 1600) COREVIH est désormais intégrée depuis 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...)

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 »

Pr M. Nacher – chef de service

Pr A. Adenis – chef de pôle

Mme M. Montgéné Campbell – Administratrice du DRISP

Cellule coordination COREVIH

Assistante de pilotage et de gestion

Mme V. Bourgeois

Coordination médicale

Dr A. Lucarelli

Coordination de terrain

Mme L. Hureau-Mutricy

Coordination de projets recherche

Dr N. Vignier

Data-manager

Mr S. Rabier

Cellule investigation COREVIH

Coordination Cohorte eNadis

Pr M. Nacher - Dr A. Lucarelli

ARC investigateur et TEC

Cayenne

Mme K. Bienvenu- Mme L. Saint-Louis – Mme K. Verin

Kourou

Mme C. Delin

Saint-Laurent

Mme A. Tricoche

Organigramme du COREVIH, intégré dans le DRISP (au 31/06/2022)

✓ **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).

✓ **La cellule de coordination :**

La cellule coordination a pour objectifs ceux du CPOM 2022-2024 signé avec l'ARS :

1. Coordonner dans son champ, et selon une approche de santé sexuelle, 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.
2. 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 :
 - pour assurer une prise en charge de qualité
 - en harmonisant les pratiques professionnelles sur le territoire tout en tenant compte des spécificités loco-régionales
 - en optimisant la coordination des acteurs dont les médiateurs en santé, les patients pairs et les usagers, acteurs essentiels dans le parcours et de prévention, et de soins
3. Recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles dont le VIH et les hépatites virales
4. 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 dont le VIH et

les hépatites virales 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

✓ **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 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.

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	1	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)	4	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	2	Régional
Data manager	1	Régional

Tableau des effectifs sur UF 1600

III. LE FONCTIONNEMENT DU COREVIH GUYANE

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).

Le mandat des membres est actuellement toujours en cours et la nomination du 4eme mandat est reportée à une date ultérieure.

Membres du COREVIH (selon arrêté de février 2018)

collège 1 : 5 titulaires, 4 suppléants

collège 2 : 12 titulaires, 10 suppléants

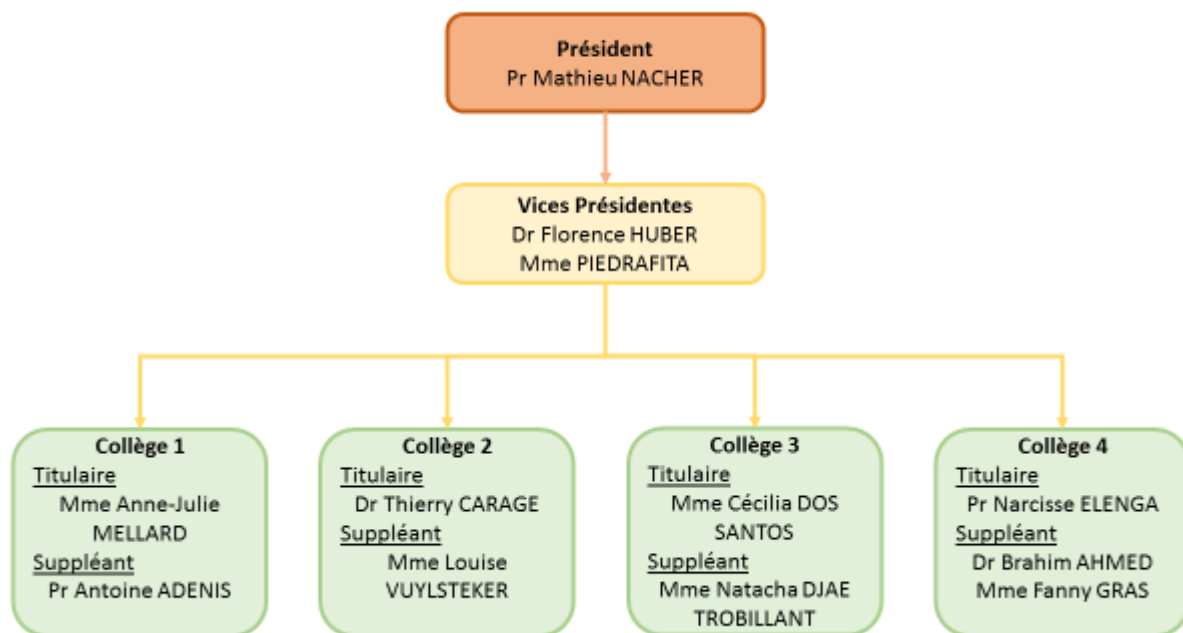
collège 3 : 3 titulaires, 3 suppléants

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
COLLEGE 4				
Personnalités qualifiées	NACHER	MATHIEU		
	ELENGA	NARCISSE		
	CARLES	GABRIEL		
	AHMED	BRAHIM		
	GRANIER	DOMINIQUE		

MEMBRES DU BUREAU DU COREVIH GUYANE - élus en 2018



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 02 février 2022
- ✓ Vendredi 13 mai 2022
- ✓ Vendredi 07 octobre 2022

IV. CPOM 2022-2024

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 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 2022-2024.

PARTIE II :

MISSIONS DU

CPOM

Axe 1 : coordonner les acteurs du territoire selon une approche en santé sexuelle

1. Les outils de communication et de coordination

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

a) Lettre Mensuelle

En 2022, le COREVIH a publié 9 Newsletters de Janvier à décembre (pas de parution estivale, en Juillet et aout).

Les items récurrents 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 etc...

b) Lettre Trimestrielle :

Le COREVIH a publié une édition trimestrielle en 2022, appelé le « Le bulletin du COREVIH »

Ce bulletin d'information permet de mettre en lumière l'actualité d'une ou plusieurs association, et de partager les présentations faites pendant les plénières ayant eu lieu juste avant la parution du bulletin trimestriel.

c) Site internet :

Il existe une page sur le site internet du CHC accessible à l'adresse <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.

d) Création d'un Support d'Orientation en Santé sexuelle : le « So Sexy 2022 »

L'ARS a missionné le COREVIH Guyane, suite à la demande de nombreux acteurs du territoire au cours du deuxième semestre 2021, pour mettre en place un outil d'orientation en santé sexuelle pour le territoire de la Guyane. Le COREVIH Guyane s'est associé à Sida Info Service (SIS) et Guyane Promo Santé (GPS) pour cette mission.

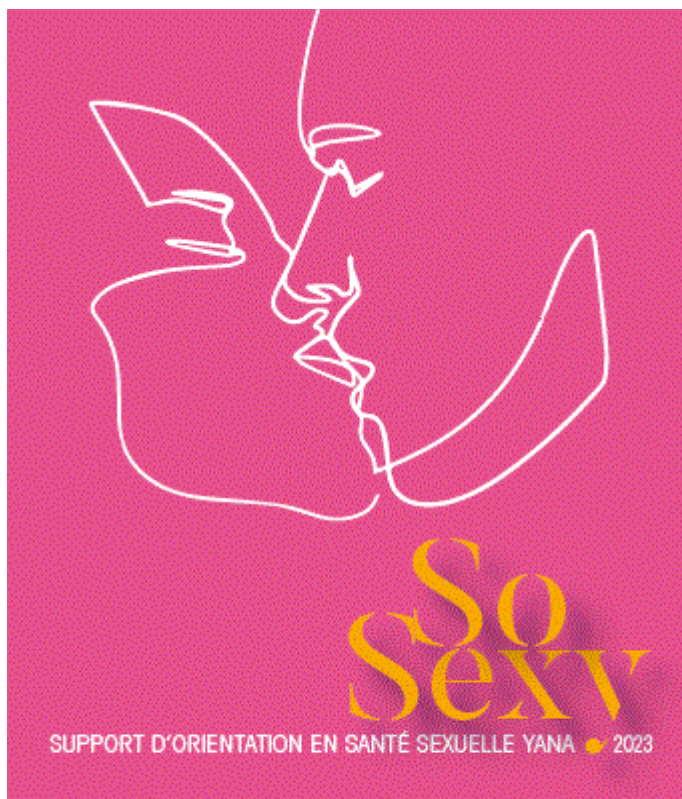
Ce guide a pour objectif de lister les lieux d'accès gratuits aux préservatifs, au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), à la PrEP et TPE, aux traitements et vaccination des IST, à la pilule du lendemain, IVG.

Il est destiné au grand public et aux professionnels de santé/médico-sociaux/associatifs, afin de permettre aux premiers de prendre connaissance de l'offre de soins disponible sur le territoire concernant la thématique abordée, et aux seconds d'orienter au mieux le public qu'ils accompagnent.

Le So SexY a bénéficié du soutien de l'ARS. Il est disponible sous forme de flyers papiers à commander auprès de GPS, et également sous forme numérique QR code.

La version numérique est mise à jour régulièrement en cas de modification des informations, et une mise à jour globale annuelle sera réalisée.

Le lancement officiel de cet outil d'orientation s'est fait à l'occasion du 1^{er} décembre, Journée Mondiale de Lutte contre le Sida.



2. Favoriser et appuyer les actions autour de la santé sexuelle et de la prévention

a) Les Vendredis du COREVIH

Contexte :

En décembre 2021, une journée de formation et de mise à jour des connaissances autour des IST avait été proposée aux acteurs du territoire, en distanciel. Les participants avaient été nombreux, l'intérêt vif, mais le format avait été jugé un peu lourd (beaucoup d'informations en peu de temps).

Action mise en place :

Une proposition a donc été faite dès janvier 2022 : les Vendredis du COREVIH.

L'objectif est de proposer une fois par mois une intervention sur le thème de la santé sexuelle, avec des intervenants divers sur des thématiques larges. La durée prévue de ces interventions était de 1h30, avec un temps d'information/formation de 30 à 45mn par l'intervenant, suivi de 45 mn de questions/réponse, échanges, partage d'expériences entre les acteurs présents. Le format choisi était la visioconférence, afin de permettre aux acteurs éloignés de l'île de Cayenne de participer.

Le programme était le suivant :



Programme Vendredis du Corevih 2022

Bilan :

Les sessions ont réuni de 4 à 16 personnes, selon les thématiques abordées. En première partie d'année les participants étaient d'avantage issus de structures associatives et Ceggid, puis d'avantage de professionnels de santé se sont connectés au deuxième semestre, au cours duquel étaient abordées les thématiques de mise à jour des connaissances IST.

Ce dispositif semble donc attirer un public large, mêlant professionnels et bénévoles ayant ou non une formation scientifique. Des enseignements post-universitaires étant programmés au COREVIH, il a semblé important d'avoir les Vendredis du COREVIH en parallèle, pour ouvrir un lieu de formation et d'échange à des professionnels ou bénévoles qui ne sont pas forcément soignants.

En décembre 2022, un court questionnaire en ligne via Wepi a été proposé aux acteurs, afin d'évaluer cette première année de Vendredis du COREVIH. L'objectif était de recueillir leurs retours sur les thématiques abordées, la pertinence de choix des intervenants, sur le format choisi (jour et heure), et sur les thématiques qu'ils souhaiteraient voir aborder en 2023.

Un nouveau programme a été élaboré pour 2023 selon ces retours, avec une attention particulière pour alterner des thématiques plutôt médicales (mise à jour des connaissances sur les IST) et des thématiques plus larges autour de la santé sexuelle.

b) Le SIDACTION

Contexte :

L'évènement du Sidaction est organisé chaque année, le dernier week-end de Mars, afin de collecter des fonds. Avec les fonds récoltés pendant ces journées, Sidaction, qui lutte depuis 28 ans contre le VIH, finance aussi bien des programmes de recherche médicale et scientifique que des associations de prévention ou d'aide aux personnes vivant avec le VIH, en France et à l'international.

Cette opération est rendue possible grâce à la mobilisation de 33 médias pendant trois jours, et à l'engagement de milliers de bénévoles dans toutes les régions de France.

Les journées Sidaction 2022 ont donc eu lieu en Guyane du 25 au 27 mars. Les principaux acteurs sollicités pour la mise en place d'actions à cette occasion ont été ceux recevant de Sidaction des fonds pour des projets propres à leurs structures : Arbre Fromager et AGRR sur des programmes prisons, et ADER, Entraides, Comede, ID Santé et DAAC sur d'autres programmes.

Trois réunions de préparation ont été coordonnées les 8, 15 et 22 mars par le COREVIH, afin de :

- permettre aux acteurs d'échanger sur les actions planifiées,
- mettre en place un planning des actions à diffuser au grand public,
- échanger et adopter des axes de communication communs pour cet évènement.

Elles ont duré entre 40 minutes et 1 heure, et 2 à 5 structures étaient représentées lors de ces réunions.

Bilan :

Au total, 5 journées d'action se sont tenues, avec pas moins de 18 propositions faites (dont 6 multi-partenariales), par ADER, DAAC, IDSANTE, ENTR'AIDES, SIS, ARBRE FROMAGER et l'AGRRR.



Affiche Corevih Sidaction 2022



25-26-27 MARS 2022

Communiqué de presse

Du 25 au 27 mars prochains aura lieu l'évènement annuel SIDACTION.

Cet évènement est organisé chaque année, le dernier week-end de Mars, afin de collecter des fonds.

Avec les fonds récoltés pendant ces journées, Sidaction finance aussi bien des programmes de recherche médicale et scientifique que des associations de prévention ou d'aide aux personnes vivant avec le VIH, en France et à l'international.

Cette opération est rendue possible grâce à la mobilisation de 33 médias pendant trois jours, et à l'engagement de milliers de bénévoles dans toutes les régions de France.

Dans son communiqué de presse, l'association Sidaction rappelle que cela fait vingt-huit ans qu'elle agit pour mettre un terme à l'épidémie de VIH/sida, afin que plus personne ne soit touché par les injustices qui en découlent. Son action se fonde sur un principe essentiel : réunir la recherche et le milieu associatif, et faire de chacun d'entre nous un acteur de la lutte.

En Guyane, plusieurs associations ont eu un programmes cofinancé par Sidaction en 2021, comme par exemple Entr'Aides, ADER, ID!Santé, DAAC, l'Arbre Fromager, AGRR, le Comede (liste communiquée par Sidaction).

Diverses actions sont donc mises en œuvre dès le jeudi 24 mars : collectes de dons, stands d'information et d'animation, course solidaire, soirée,... Elles sont détaillées dans le planning des actions ci-joint.

Pour rappel, la Guyane est le département français le plus touché par la pandémie VIH avec près de 4000 personnes vivants avec le VIH.

On estime que >10% de ces personnes ne connaissent pas leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH et qu'environ 1/3 de ces personnes n'ont pas été revues en consultation au cours des douze derniers mois. De plus, il s'écoule environ 3 ans entre la transmission du VIH et son diagnostic. Ces éléments constituent des moteurs importants de l'épidémie en Guyane au travers du risque de transmissions secondaires par des personnes ne connaissant pas encore leur diagnostic ou ayant des difficultés de suivi.

On parle de « réservoir caché » pour les personnes ne connaissant pas encore leur diagnostic où l'enjeu du dépistage et du diagnostic précoce de l'infection par le VIH est une cible majeure d'action en santé publique afin de freiner l'épidémie en Guyane.

Ainsi, 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.

L'offre de dépistage en Guyane est diversifiée et importante avec près de 2 fois le taux de dépistage de l'hexagone :

- TROD communautaire → Test d'orientation diagnostic rapide par les associations
- Dépistage sérologique annuel en population général sur prescription par du médecin traitant
- Déploiement des Cegidds sur le territoire (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic)
- Déploiement de la stratégie VIHTEST courant 2022 : un test VIH au laboratoire sans ordonnance par an remboursé par la sécurité sociale

L'épidémie VIH en Guyane en quelques chiffres :

En 2021 :

- 75 nouveaux patients
- 24% dépistés à un stade tardif (diagnostic tardif au moment d'une infection opportuniste ou avec un taux de lymphocyte CD4<200)
- 92 enfants nés de mères vivants avec le VIH et non infectés grâce à la prévention de la transmission mère enfant
- 1937 personnes en suivi actif dans les centres hospitaliers du Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane avec 1 personne sur 3 suivie depuis moins de 5 ans

Dont

- 53 % de Femmes
- Un âge moyen de 47 ans
- 53% des patients à un stade avancé de la maladie (patient au stade SIDA de l'infection par le VIH)
- 90% de succès thérapeutique (part des patients sous traitement avec une charge virale VIH indétectable)

c) La Semaine Nationale de Santé sexuelle

Contexte :

La semaine de Santé Sexuelle s'est tenue du 30 mai au 5 juin 2022, avec un thème commun à toutes les régions de France, comme décrit dans la feuille de route nationale de la SNSS. Le thème retenu était la lutte contre la stigmatisation LGBT, mais au regard du sujet extrêmement préoccupant de la violence sur le territoire Guyanais (particulièrement sur les violences faites aux femmes), l'ARS avait souhaité une porte d'entrée plus globale sur la prévention des violences, y compris celles qui ciblent les minorités, dont LGBT.

FEUILLE DE ROUTE - SANTÉ SEXUELLE 2021-2024

Action n°4: Transformer la semaine du dépistage en semaine de la promotion de la santé sexuelle

Pilotes : DGS/SPF

Enjeux

Depuis 2019, les Agences régionales de santé (ARS) organisent chaque année une «semaine du dépistage», qui est une campagne spécifique de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres IST, couplée à des événements et une communication adaptée. Cette action n'a pas pu se tenir en 2020 en raison de la Covid-19, mais a repris en 2021.

En 2019, l'organisation de la semaine du dépistage a permis de réaliser 1048 actions d'information et/ou de dépistage, dont 56 % hors-les-murs, et de dépister près de 26.000 personnes. Cela a également permis de créer une dynamique de long terme entre les acteurs de la prévention et du dépistage sur les territoires, y compris les professionnels de santé de premier recours.

Le bilan de cette action de la première feuille de route fait ressortir des axes d'amélioration: une communication trop confidentielle ne permettant pas un impact large sur la population, une insuffisance d'actions en direction des personnes les plus éloignées du système de santé et une approche trop centrée sur le risque infectieux ne permettant pas toujours la prise de conscience de l'importance du dépistage comme un élément de prévention essentiel pour une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sûre.

Ainsi, afin de sortir d'une approche centrée sur l'infection par le VIH et autres IST et pour répondre aux besoins plus larges en matière de prévention et de promotion de la santé sexuelle et reproductive, certaines ARS ont déjà commencé à élargir cette semaine du dépistage, à l'instar du «mois sans tabou» organisé dans les Hauts de France, ou de la semaine de la santé sexuelle organisée en Bretagne avec une date tournante par département.

Objectif: soutenir, et généraliser ces initiatives locales en partageant les bonnes pratiques. Pour ce faire, un calendrier unique pour toutes les régions permettra de renforcer au niveau national la communication autour de cet événement, grâce à un thème majeur fédérateur qui sera décliné et adapté dans chaque région.

Jalons

- 2022: Lancement dans chaque région de la première semaine de la santé sexuelle, courant mai, sur le thème «lutte contre les discriminations et la sérophobie»;
- A partir de 2023: lancer chaque année une nouvelle campagne sur l'un des aspects de la santé sexuelle et reproductive déterminé dans le cadre d'une gouvernance associant les ARS:
 - Image positive de la santé sexuelle;
 - Absence de désir, dysfonctions sexuelles, parlez-en à un professionnel de santé;
 - Maladies chroniques et santé sexuelle;
 - Semaine du dépistage des IST;
 - Vaccinations HPV et VHB;
 - Contraception et IVG;
 - Violences;
 - Etc.
- A travers différentes modalités d'actions :
 - Campagnes digitales, sur les réseaux sociaux et applications de rencontre;
 - Organisation d'événements au sein des universités, des hôpitaux, prises de parole dans les médias, témoignages de sexologues de soignants et d'usagers, voire de célébrités...;
 - Colloques, conférences;
 - Expositions, spectacles, ciné-débats: associer le monde de la culture;
 - Distribution de kits sexe, plaisir et prévention;
 - Webinaire à destination des professionnels des champs sanitaire, médico-social, social ou associatif.

Livrables: Mise en place de la semaine de la santé sexuelle dans chacune des régions.

Indicateurs:

- Nombre de régions ayant mis en place la semaine de la santé sexuelle;
- Nombre de personnes dépistées à cette occasion;
- Troisième indicateur à adapter chaque année selon la thématique retenue.

31

Extrait de la Feuille de Route Nationale de Santé Sexuelle 2021-2024

Un budget de 25 000 euros pour le territoire Guyanais a été mis à disposition des acteurs pour des actions de communication essentiellement par l'ARS, qui a demandé en outre un tableau consolidé des actions prévues.

Les acteurs oeuvrant dans le champs de la santé sexuelle en Guyane ont donc été conviés à deux réunions de préparation, les 10 et 17 mai 2022. Sept à dix structures du territoire étaient représentées lors de ces échanges. Les outils de communication proposés par l'ARS étaient ceux de Santé Publique France.

Bilan :

Douze structures au total ont participé aux réunions de préparation de la semaine de santé sexuelle, et 13 se sont impliquées dans des actions. Yana Color'z, le réseau Kikiwi, la Croix Rouge Française, TuMePlay, le Ceggid du CHOG, Ader, IDSANTE, l'EMPSEC, SIS, AIDES, la Maison des Adolescents du CHC, Kaz'avenir, la DAAC ont proposé **46 évènements (dont 6 organisés de manière conjointe par plusieurs structures) sur 16 journées.**

d) Les Journées Caribéennes de dépistage

Contexte :

En Guyane comme dans les autres régions d'outre-mer, ont lieu chaque années les Journées Caribéennes de Dépistage (JCD), durant la dernière semaine de juin. La journée caribéenne du dépistage du VIH a été initiée dès 2008 dans différents pays de la Caraïbe par le Caribbean Broadcast Media Partnership on HIV/AIDS (CBMP), en collaboration avec le PANCAP et la Scotiabank. L'objectif de cet événement annuel est de contribuer à ralentir l'épidémie de l'infection par le VIH dans la Caraïbe par un renforcement du recours au dépistage dans une région particulièrement touchée. La stratégie est de « dé-stigmatiser » et de « dédramatiser » le test de dépistage du VIH pour ainsi améliorer la disposition des populations de la Région à y recourir ce jours-là mais aussi durant toute l'année.

Le dépistage VIH a été élargi au dépistage des autres IST, afin de pouvoir promouvoir le dépistage multiplex et la prévention combinée.

Bilan :

Cinq structures ont participé à l'unique réunion de préparation des Journées Caribéennes de Dépistage qui a eue lieu le 14/06. L'organisation des JCD avait déjà été abordées lors des réunions de préparation de la semaine de santé sexuelle.

Au total, 27 actions (dont 7 conjointes) ont été menées sur 7 journées, par 9 structures de Guyane. Les structures impliquées étaient des structures habilitées à réaliser des TROD (Entr'Aides, Ader), les Ceggid associatifs ou hospitaliers du territoire (Croix Rouge, Ceggid CHOG), des structures d'accompagnement et de médiation (DAAC, EMSPEC, Kikiwi), ainsi que de SIS.

Des propositions dépistages par Tests Rapides à Orientation Diagnostique ont été déployés en hors les murs, dans des quartiers soit éloignés des centres de soins soit isolés géographiquement (Régina). Un quart des actions ont été mise en place de façon collective, ce qui met en évidence la volonté des acteurs à collaborer les uns avec les autres.

LES
Du 20 JOURNÉES
au 26 CARIBÉENNES
DE
JUIN DÉPISTAGE

LE DÉPISTAGE EST L'AFFAIRE DE TOUS !



Affiche Corevih JCD 2022



Equipe pluri-partenaire DAAC, EMPSEC, CRF, Entr'Aides le 24/06/22

JOURNEES CARIBENNES DE DEPISTAGE
CARIBBEAN AIDS TESTING DAY
20 au 26 JUIN 2022

Communiqué de presse

Les journées caribéennes du dépistage du VIH (Caribbean Aids Testing Day) se dérouleront du 20 au 26 juin prochains.

Rendez vous annuel dans les différents pays de la Caraïbe, ces journées ont été créées en 2008 à l'initiative du Caribbean Broadcast Media Partnership on HIV/AIDS (CBMP), du PANCAP et la Scotiabank.

L'objectif de cet événement est de promouvoir le dépistage du VIH afin de ralentir l'épidémie dans la Caraïbe, région particulièrement touchée par ce virus.

Actuellement, plusieurs possibilités de test de dépistage du VIH sont accessibles à la population :

Le test classique, c'est une prise de sang permettant de détecter la présence du virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) dans le corps. Généralement, il est associé à la recherche d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (hépatites, syphilis, Chlamydiae et Gonocoque).

Le « TROD », Test Rapide d'Orientation Diagnostique. Avec une goutte de sang prélevée au bout du doigt, le résultat du test est disponible en un instant.

L'« autotest », il s'agit aussi d'un test rapide d'orientation au diagnostique. Il s'achète en pharmacie sans ordonnance, sous la forme d'un kit. Le résultat est obtenu après 15 minutes.

Si le test rapide d'orientation s'avère positif, le résultat doit être obligatoirement confirmé avec un test classique de dépistage.

Depuis 2010, la Guyane renouvelle sa participation à ces journées.

Diverses actions sont donc mises en œuvre et détaillées dans le planning ci-joint.

Pour plus d'information concernant les actions mises en place pour les JDC, vous pouvez joindre les associations référentes:

ADER : 0594 22 03 83

CHOG Ceggid : 0594 34 89 03

CROIX ROUGE Saint Laurent : 0594 27 98 11

DAAC : 0594 27 39 74

KIKIWI centre littoral : 0594 27 16 01

KIKIWI ouest : 0694 29 17 71

Pour rappel, la Guyane est le département français le plus touché par la pandémie VIH avec près de 4000 personnes vivants avec le VIH.

On estime que >10% de ces personnes ne connaissent pas leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH et qu'environ 1/3 de ces personnes n'ont pas été revues en consultation au cours des douze derniers mois. De plus, il s'écoule environ 3 ans entre la transmission du VIH et son diagnostic. Ces éléments constituent des moteurs importants de l'épidémie en Guyane au travers du risque de transmissions secondaires par des personnes ne connaissant pas encore leur diagnostic ou ayant des difficultés de suivi.

On parle de « réservoir caché » pour les personnes ne connaissant pas encore leur diagnostic où l'enjeu du dépistage et du diagnostic précoce de l'infection par le VIH est une cible majeur d'action en santé publique afin de freiner l'épidémie en Guyane.

Ainsi, 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.

L'offre de dépistage en Guyane est diversifiée et importante avec près de 2 fois le taux de dépistage de l'hexagone :

- TROD communautaire → Test d'orientation diagnostique rapide par les associations

- Dépistage sérologique annuel en population générale sur prescription par un médecin traitant
- Déploiement des Cegidds sur le territoire (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic)
- Déploiement de la stratégie VIHTEST courant 2022 : un test VIH au laboratoire sans ordonnance par an remboursé par la sécurité sociale

L'épidémie VIH en Guyane en quelques chiffres :

En 2021 :

- 75 nouveaux patients ont été dépistés
 - 24% dépistés à un stade tardif (diagnostic tardif au moment d'une infection opportuniste ou avec un taux de lymphocyte CD4<200)
 - 92 enfants nés de mères vivants avec le VIH et non infectés grâce à la prévention de la transmission mère enfant
 - 1937 personnes en suivi actif dans les centres hospitaliers du Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane avec 1 personne sur 3 suivie depuis moins de 5 ans
- Dont
- 53 % de Femmes
 - Un âge moyen de 47 ans
 - 53% des patients à un stade avancé de la maladie (patient au stade SIDA de l'infection par le VIH)
 - 90% de succès thérapeutique (part des patients sous traitement avec une charge virale VIH indétectable)



Corevih Guyane (Coordination Régionale de lutte contre le VIH, les hépatites, et les infections sexuellement transmissibles) :
corevih@ch-cayenne.fr



Communiqué de presse Corevih JCD 2022

e) La Journée mondiale de lutte contre le SIDA : 1er décembre

Contexte :

Depuis 1988, la Journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA est organisée chaque 1er décembre dans le monde entier. Elle est le cadre de manifestations de soutien aux personnes vivant avec le VIH, et un moment de commémoration pour les victimes de cette maladie. Elle rappelle à la population et aux gouvernements que le VIH n'a pas disparu, et que l'objectif de mettre fin au VIH/SIDA comme menace de santé mondiale en 2030 reste un objectif d'actualité. Elle est l'occasion de proposer des tests de dépistage, et de déployer divers leviers de prévention et de s'inscrire dans des démarches de promotion de la santé.

Bilan :

Trois réunions de préparation se sont déroulées les 25/10, 08/11 et 18/11, et une réunion de bilan s'est tenue le 20/12. Elles ont réuni des représentants de 4 à 9 structures selon les dates.

Au total, 13 structures ont participé aux réunions de préparation, et 18 ont participé à la Journée Mondiale du Sida : SIS, Médecins du Monde, AGRRR, Entr'aides, le Rectorat, IDSANTE (2 antennes), DAAC (2 antennes), ADER, Ceggid Croix Rouge Française Saint Laurent et Cayenne, Ceggid du CHOG, EMSPEC (2 antennes), réseau KIKIWI, TuMePlay, PF973. **Soixante quatre actions dont 7 pluri-partenariales ont été mises en œuvre sur le territoire guyanais, échelonnées sur 10 jours.**

Il est important de souligner deux actions en particulier.

- Après plusieurs années de pause en lien avec la situation sanitaire, un évènement de communication grand public regroupant actions d'information, de prévention, de dépistage, a été coordonné par Sida Info SERVICE, place des Palmistes le 1^{er} décembre. La manifestation s'est tenue avec le soutien de la mairie de Cayenne,

avec la collaboration de **15 acteurs** qui tenaient des stands aux thématiques diverses (Sida Info Service, DAAC, SOS Jeunesse, Planning Familial 973, Comede, AFDG, Maison Des Adolescents, Médecins Du Monde, Contrat Local de Santé Mairie de Cayenne, Arbre Fromager, Association Guyanaise de Réduction des Risques, Kikiwi, GADJ, IDSANTE, Croix Rouge).

Malgré la pluie qui s'est invitée, l'action a reçu un bon accueil et sera reconduite l'an prochain.

- Pour la première fois, une action d'information, prévention et dépistage a été menée à Camopi sur 4 jours, par les associations DAAC et IDSANTE, ainsi que l'EMPSEC, avec le soutien de l'ARS, du Rectorat et du CDPS de Camopi. Elle a été l'occasion d'évaluer les représentations des IST par le public rencontré, et de recueillir les attentes des Camopiens en terme de prévention sur le sujet de la santé sexuelle. De nouvelles actions seront donc reconduites prochainement dans ce territoire isolé où peu d'actions de prévention sont menées.



Affiche Corevih JMS 2022

Cf. Communiqué de presse Corevih JMS 2022 en annexe

Axe 2 : contribuer à l'amélioration du parcours en santé sexuelle des personnes vivant avec une IST chronique

1. Coordonner les réunions interprofessionnelles pluridisciplinaires visant à améliorer les parcours de prévention et de soins des patients

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

Intitulé	Fréquence	Jour	Heure	Objectifs
Comité thérapeutique	Bi-Mensuel	1 ^{er} et 3 ^{eme} jeudi	16h	Mise à jour des recommandations vis-à-vis des ARV, expertise des prescriptions, discussion des cas complexes.
RCP hépatite	Mensuel	2eme lundi du mois	15h	Valider la prescription des traitements, expertise des prises en charge.

2. En appui des réunions des services visant à améliorer les parcours de prévention et de soins des patients

Intitulé	Fréquence	Jour	Heure	Services participants	Objectifs
Staff « médico-psycho-social »	Hebdomadaire	Lundi	14h	Dermatologie, HDJA, UMIT Du CHC	Réunir l'ensemble des professionnels autour des patients hospitalisés pour une prise en charge globale et coordonnée, avec une expertise des médecins référents
Staff « patients difficiles »	Hebdomadaire	Mardi	15h	UMIT / CHC	Réunir l'ensemble des spécialistes autour des situations cliniques les plus compliquées nécessitant des expertises pluridisciplinaires
PTME	Mensuel	4eme vendredi	13h30	HDJA, UMIT, CDPS, services de pédiatrie, et de Gynéco-obstétrique Du CHCet CHK	Coordonner la prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons

3. Harmoniser les pratiques et les prises en charge au sein des services hospitaliers

La commission « Prise en charge » du COREVIH réunit les praticiens (infectiologues, pédiatres, gynécologues, pharmaciens, biologistes, médecins généralistes, sages-femmes, IDE) prenant en charge les PVVIH, PVVHB et PVHC afin d'établir ensemble des recommandations de prise en charge au niveau territorial et d'harmoniser les pratiques.

En 2022, 4 protocoles régionaux ont ainsi été validés collégialement :

- Prise en charge d'une découverte VIH
- Prise en charge d'un bilan de santé annuel des PVVIH
- Prise en charge d'une patiente vivant avec le VHB au cours de la grossesse
- Syphilis et grossesse

Ces protocoles ont été diffusé à tous les prescripteurs du réseau ville-hopital du COREVIH GUYANE et seront bientôt disponible sur le site du COREVIH GUYANE.

1. Améliorer les connaissances des professionnels de santé

a) Formations hospitalières et universitaires

- Responsable pédagogique de diplômes universitaires à l'université de Guyane (Pr NACHER)
 - DU médiation en santé
 - DU prévention- promotion de la santé
- Formations et encadrement des internes en médecine
 - Cours sur les traitement anti rétroviraux (Dr LUCARELLI) x2/an
 - Prise en charge du VIH (Dr LUCARELLI)
 - Prise en charge au SAU d'un PVVIH se présentant pour fièvre (Dr LUCARELLI) x2/an
 - Prise en charge des IST en cabinet de médecine générale (Dr LUCARELLI)
 - Prévention Combinée (Dr LUCARELLI)
 - Santé des migrants (Dr VIGNIER)
 - L'histoplasmosse (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 :
Réunion thématique santé sexuelle : IST
Personnel du CDPS de MPA et médiateurs de AIDES
Présentation des Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis : Définition, Diagnostic et PEC (Dr LUCARELLI)
- Participation aux formations/cours universitaires
 - 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)

b) Formations des professionnels de santé libéraux

LE COREVIH GUYANE en association avec le réseau KIKIWI a proposé en 2022 un programme d'Enseignement post universitaire à destination des médecins libéraux du territoire et des médecins hospitaliers afin d'une part d'harmoniser les pratiques et d'autre part de solidifier le réseau ville-

hopital de guyane. Ces enseignements ont été proposé aussi bien au centre littoral qu'à l'ouest du territoire afin de toucher un maximum de praticiens.

A Saint Laurent du Maroni :

Jeudi 08 Septembre 2022

- Point Epidémio en Guyane des IST : Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis par Dr LUCARELLI, COREVIH Guyane
- Prise en charge des IST : Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis par Dr VERGEADE, Département de Santé publique, CHOG
- Dépistage et prise en charge de la syphilis pendant la grossesse par Dr HCINI, Gynécologie, CHOG

Mercredi 26 octobre 2022

- Point Epidémio du VIH en Guyane par Dr LUCARELLI, COREVIH Guyane
- Les traitements injectables par Dr LE TURNIER, UMIT, CHC

A Cayenne :

Jeudi 13 octobre 2022

- Point Epidémio en Guyane des IST : Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis par Dr LUCARELLI, COREVIH Guyane
- Prise en charge des IST : Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis par Dr CISSE, HDJA consultation spécialisée, CHC
- Dépistage et prise en charge de la syphilis pendant la grossesse par Dr HCINI, Gynecologie, CHOG

Mercredi 9 Novembre 2022

- Point Epidémio du VIH en Guyane par Dr LUCARELLI, COREVIH Guyane
- Parcours de soin du PVVIH par le Dr CISSE, HDJA consultation spécialisée, CHC
- Les traitements injectables par Dr LE TURNIER, UMIT, CHC

Le COREVIH accompagne la formation des professionnel de santé en collaborant avec l'organisme de formation FMC EDUPRAT :

EPU par le Dr VIGNIER sur les dermatoses infectieuses (dont dermatose et VIH)

LE COREVIH GUYANE a aussi organisé une réunion thématique en santé sexuelle sur Maripasoula en août 2022. La présentation était axée sur les IST : définition, diagnostic et prise en charge des Chlamydiae, gonocoque et syphilis. Ensuite des échange avec le public ont eu lieux. Le public était composé du personnel du CDPS de Maripasoula et des médiateurs de l'association AIDES.

4. Programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Le COREVIH Guyane est en appui des programmes ETP VIH et hépatite du territoire.

Deux programmes ETP sont actuellement en cours : un programme en HDJA du Centre Hospitalier du Cayenne et un programme au CHOG.

Le programme ETP VIH de l'HDJA en collaboration avec le réseau KIKIWI a eu sa première autorisation en 2011, puis renouvelée en 2015 et 2019.

Le programme ETP du CHOG a eu sa première autorisation en XXX puis renouvelée en XXX.

Les deux programmes auront leur évaluation quadriennale en 2023.

Le programme ETP du CDPS de Saint Georges en collaboration avec ID Santé est en cours de soumission.

Un programme ETP pluripathologiques comprenant les IST chroniques est en cours d'écriture au seins de l'unité carcérale de soins ambulatoire.

Une commission d'écriture et de révision des programmes ETP VIH/Hépatite du territoire a été mis en place par le COREVIH afin de faire une mise à jour des ateliers collectifs et travailler conjointement afin d'harmoniser les pratiques du territoire.

5. Améliorer le parcours de prévention et de soins des patients les plus « vulnérables »

- a) Etude « 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 » menée par le Dr VIGNIER et le Pr NACHER.**

Résumé

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 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 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 2022 :

14.01.2022 : MS01 --> Changement de l'investigateur principal du CHOG.

24.05.2022 : MS02 --> Intégration des études ancillaires anthropologique, santé mentale, et qualitative. Démarrage des hépatites B.

Nombre d'inclusions 2022:

Groupe Cas C : 248 inclusions

Groupe Témoin T 1441 inclusions

Groupe Cas VHB B : 47 inclusions

Au total 2022 : **1736 inclusions**

Nombre d'inclusions depuis le commencement de l'étude : 1780 inclusions

b) Etude « 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 » menée par Mme VAN MELLE et le Pr NACHER

Projet co-financé par les fonds FEDER

Résumé

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 domicile liées 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 télémedecine 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 stigmatisante 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 télémedecine 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 2022 :

24/02/2022 MS 03 :

Modification du mode de suivi des patients afin de correspondre à la réalité de la pratique du soin courant.
Prolongation des inclusions

Nombre d'inclusions 2022 : 91 inclusions :

Téléconsultation Seul (TS) :30

Téléconsultation avec médiation (TM) : 28

Consultation en présentiel (CT) : 30

Nombre d'inclusions depuis le commencement de l'étude : 268 inclusions

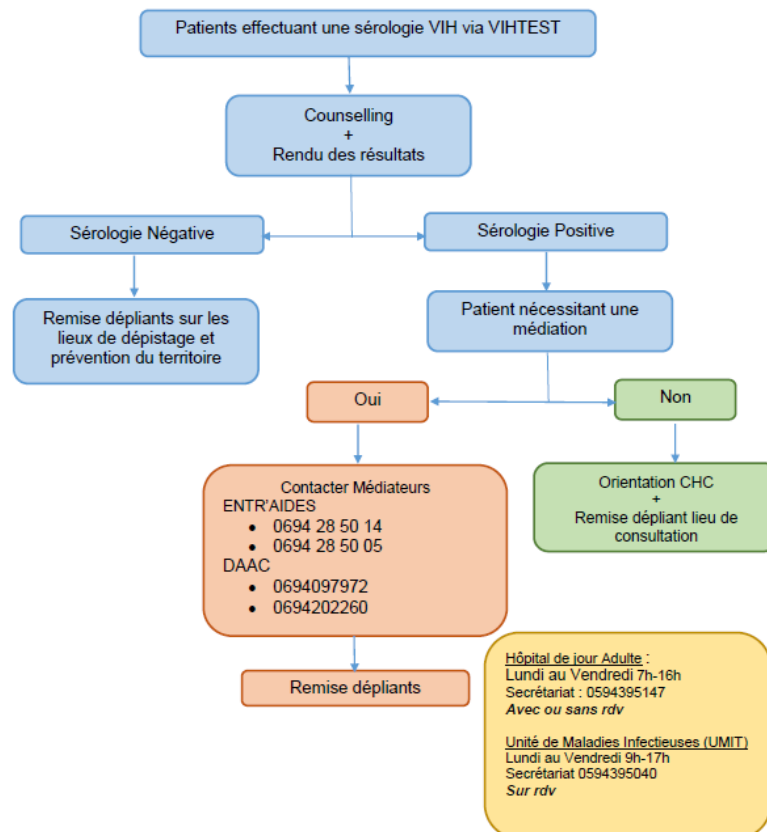
6. Améliorer l'accès au dépistage et la précocité du dépistage

a) Collaboration au projet VIH TEST

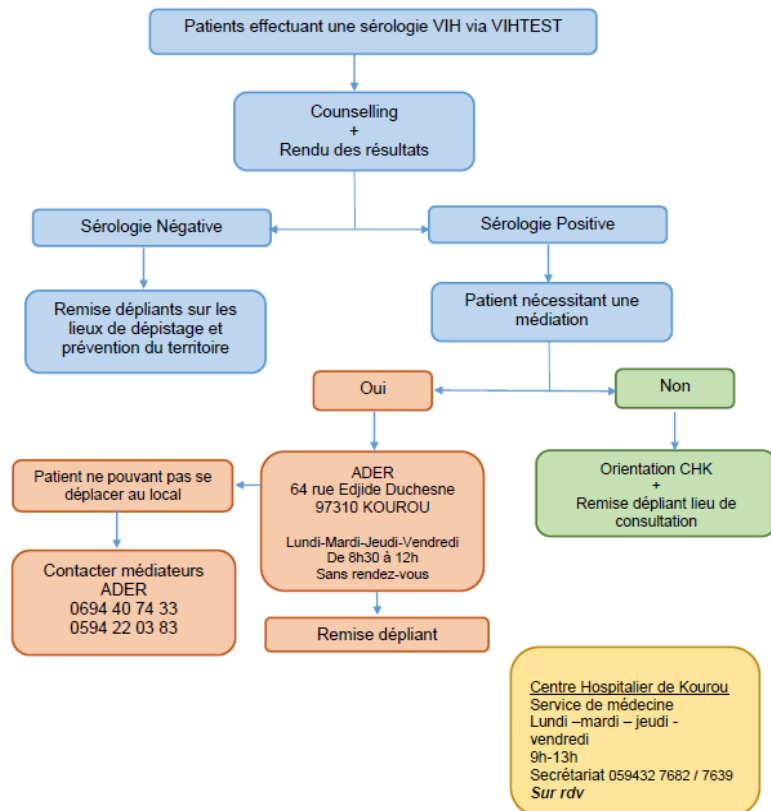
Le COREVIH a participé au projet VIHTEST piloté par l'ARS Guyane en élaborant le protocole d'orientation des patients bénéficiant du protocole VIH et la mise en place des indicateurs d'évaluation de l'action.

- Le protocole « Orientation des patients bénéficiant du protocole VIHTEST »

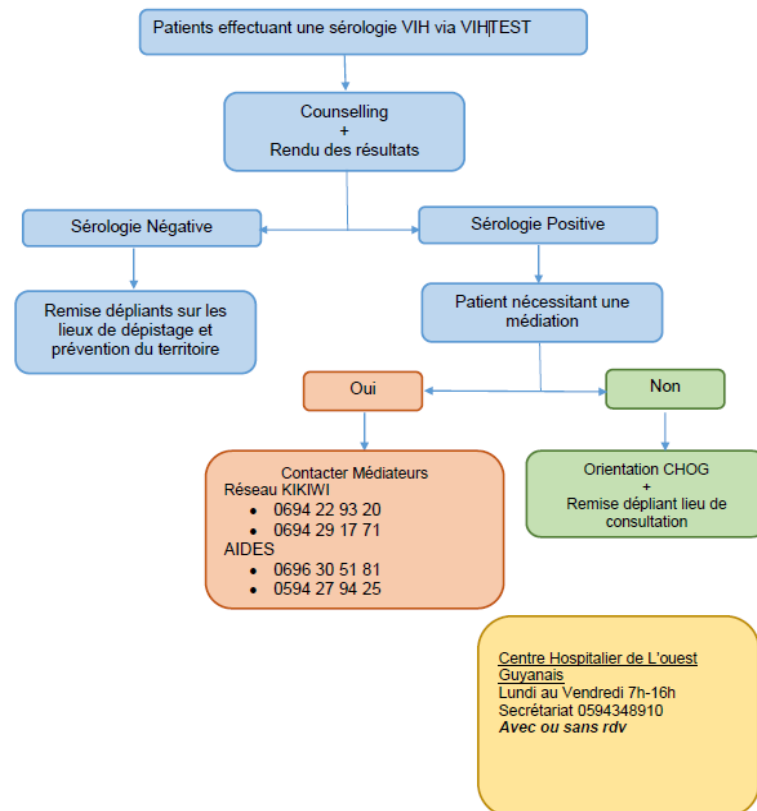
COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DU CENTRE LITTORAL



COMMUNAUTE DE COMMUNES DES SAVANES



COMMUNAUTE DE COMMUNES DE L'OUEST GUYANAIS



b) Appui aux formations TRODS

Contexte :

Divers échanges commencés au dernier trimestre 2021 se sont poursuivis en 2022 avec les acteurs du territoire, en lien avec leurs besoins et attentes concernant des formations aux Tests Rapides d'Orientation Dignostic. Avec le soutien de l'ARS, et suite à diverses réunions avec les acteurs, le Corevih a proposé en mars 2022 la stratégie suivante : prendre en charge l'organisation et le financement d'une formation de formateurs TROD, afin d'augmenter le pool de formateurs TROD déjà formés en 2018. L'objectif étant de pouvoir offrir une offre de formation sur le territoire de Guyane, à une fréquence permettant de satisfaire les besoins en formation des acteurs.

Actions :

1) Stratégie formations TROD pour 2022 : formations tout présentiel et formations mixtes

Au dernier trimestre 2021, la possibilité de pouvoir suivre une formation TROD en format mixte (temps théorique en e-learning, et temps pratique en présentiel) a été proposée aux acteurs, tout en maintenant quelques dates de formation en tout présentiel.

Vingt-et-une personnes se sont inscrites sur ce dispositif en format mixte.

Malheureusement 3 personnes n'ont pas pu arriver au terme de cette formation.

En effet, pour participer à la partie pratique en présentiel, il était impératif d'avoir validé la partie théorique, ce qui n'était pas le cas pour ces 3 situations.

Plusieurs difficultés ont été relevées quand au suivi de la formation mixte :

- Difficulté à suivre les cours en e-learning, car jugés trop « médicaux » ou scientifiques.
- Normalement sur une base de 6h de cours, la grande majorité des inscrits a dû consacrer plus de 10h aux modules en ligne, pour réussir à valider les tests.
- Lors de la partie pratique en présentiel, la formatrice a constaté de nombreuses lacunes dans les éléments qui auraient dû avoir été acquis au cours de la formation théorique. Elle a dû reprendre de nombreuses notions, parfois essentielles au bon déroulement d'un TROD, ce qui a bouleversé le planning de formation pratique.

Ces difficultés sont cependant à considérer en fonction des éléments suivants :

- Le COREVIH, au moment des inscriptions, avait bien précisé que cette formation en format mixte était adaptée aux personnes soignantes, ou avec un profil de coordination. Il est important de noter que l'ensemble de la formation en ligne avait été suivie au préalable par les coordinatrices du COREVIH ide/med, et par une formatrice TROD IDE, ce qui a justifié le choix d'orienter cette formation à un public spécifique.
Hors, la majeure partie des apprenants n'était pas soignant, et les enseignements dispensés leur ont semblés trop spécifiques.
Les deux personnes qui ne se sont pas senties en difficulté pour cette formation étaient une IDE et un salarié d'une association ayant reçu une formation solide en santé sexuelle lors de sa prise de poste.
- Le temps de travail des personnes inscrites à la formation en e-learning n'a pas forcément été aménagé par leur encadrement, ce qui les a contraints à suivre la formation sur leur temps personnel

Au vu de ces éléments, il a été décidé de ne pas renouveler la proposition de formation TROD en format mixte dans l'immédiat. En cas de ré-itération, les profils d'inscriptions seront encore d'avantage précisés, et réservés au personnel soignant.

2) Formation de formateurs

En septembre 2022, un recensement des besoins et ressources en formations TROD par le COREVIH, auquel ont répondu 11 structures, a mis en évidence les résultats suivants :

BESOINS	Besoin formation TROD VHB	Besoin formation 3 TROD	Besoin mise à jour des connaissances TROD
Total	13	53	2

RESSOURCES	Trodeurs VIH	Trodeurs VIH+VHC	Trodeurs VIH + VHC+VHB	Formateurs TROD
Total	26	11	13	6

Une formation de formateurs a donc eue lieu du 24 au 28 octobre 2022 à Cayenne.

Elle a été délivrée par un formateur de la cellule Formation Externe de Aides venu de métropole.

Six nouveaux formateurs aux TROD VIH+VHB+VHC ont donc été formés, et sont à ce jour aptes à mettre en place des formations à la réalisation et au counselling des 3 TROD précédemment cités.

Plusieurs réunion d'échange ont ensuite été organisées avec les formateurs TROD formés en 2018 (via AIDES également par le COREVIH) et en 2022.

L'objectif était de planifier un programme de formation pour 2023, à diffuser au plus tôt afin de permettre aux acteurs d'anticiper les dates et de s'inscrire aux formations.

Malheureusement, trop peu de formateurs (3/13) encore sur le territoire à ce jour (7 formateurs de 2018 et 6 de 2022) étaient présents à la réunion du 25/11. Elle a été décalée au 16/12, mais seulement 4 personnes étaient présentes, rendant impossible la proposition d'un planning de formation avec anticipation pour les acteurs du territoire pour 2023.

Le COREVIH a proposé une nouvelle date le 19/01/2023, où 6 formateurs étaient présents.

Grâce aux positionnements des formateurs encore investis, trois dates de formation TROD ont donc pu être proposées le 09/02/2023 aux acteurs du territoire guyanais pour l'année 2023.

Elles permettront de former 24 nouveaux trodeurs aux 3 TROD (12 personnes par session de formation) et d'habiller 12 autres trodeurs au TROD VHB pour compléter leur formation initiale VIH-VHC.

Malheureusement, cette offre de formation est en deça des besoins des acteurs, mais le Corevih a engagé tous les moyens à sa disposition pour augmenter le nombre de formateurs et mobiliser les personnes formées dans l'objectif de venir en soutien aux formations TROD sur le territoire.

En 2022, les missions du COREVIH Guyane inscrites dans le CPOM signé avec l'ARS, pour soutenir l'offre de formations TROD sur le territoire, ont donc été menées à bien. Le déploiement des formations TROD peut à présent être effectif sur le territoire, mais dépendra de la disponibilité/implication des formateurs.

Ces derniers doivent dans le cadre de la mise en place des formations TROD :

- gérer le matériel lié à la manipulation des TROD
- gérer les supports de formation
- organiser leur session de formation (réservation du lieu, horaires)
- dispenser des attestations

Les formations dispensées doivent être gratuites.

Le COREVIH vient en support pour :

- communiquer les dates de formation
- centraliser les demandes d'inscription aux formations et envoyer les convocations
- organiser un circuit de recensement des TRODs périmés pour les faire utiliser en formation

- apporter un soutien en cas de manque de matériel nécessaire à la réalisation des TRODs pendant la formation

3) Formations mises en place par le Corevih en 2022

Date	Formation	Modalité	Nombre de pers. formées
24.05.2022	TROD VHB (formateurs)	présentiel	4
27 et 28.06.2022	TROD VHB	présentiel	9
24 et 25.10.2022	FORMATION FORMATEURS	présentiel	6
26 au 28.10.2022	TROD VIH+VHC+VHB	présentiel	7
14 et 15.11.2022	TROD VIH+VHC+VHB	distanciel	9
12 et 13.12.2022	TROD VIH+VHC+VHB	distanciel	9

Total :

- TROD VHB : 13 personnes
- TROD VIH+VHC+VHB : 25 personnes
- Formateurs TROD : 6 personnes

Une formation de 6 personnels soignants du CHC a également été mise en place par les IDE formatrices TROD Vanessa Morel et Estelle Jacoud, via la formation continue du CHC.

Pour l'année concernée, 33/50 personnes inscrites sur l'une des formations TROD ont été formées par seulement 2 formatrices TROD. Les autres l'ont été par le coordinateur médical du COREVIH (formateurs VHB), puis par AIDES (en tutorat des nouveaux formateurs, pendant leur formation).

Le COREVIH tient à remercier vivement les formateurs qui se sont impliqués durant cette année 2022 pour permettre aux acteurs demandeurs du territoire Guyanais d'avoir accès à ces formations TROD.

8. PREP « hors les murs »

Dans le but de développer la PREP « hors les murs » des établissements hospitaliers et Cegidd, le COREVIH GUYANE participe à la mise en place d'une étude : « **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** » :

Résumé

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

7. Améliorer le délai entre le dépistage et l'entrée dans les soins : « perdus de vue » (objectif maintien dans le soin)

a) Etude « 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 travailleront 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 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.

Calendrier 2022 :

Accord favorable du CPP le 24/01/2022

Mise en place le 14/03/2022

Début des inclusions le 15/03/2022

Thèse de E. SHCULLER soutenue le 03/06/2022

Thèse de C. PASCAL soutenue le 22/09/2022

Nombre d'inclusions 2022: 5 patients inclus sur le CHOG et CHC

b) Délai d'introduction des antirétroviraux en Guyane : étude observationnelle des nouveaux patients infectés par le VIH suivis de 2015 à 2021 sur les deux principaux centres hospitaliers du département par le Dr Schuller

Résumé

Le VIH est une pandémie, ce qui a conduit à créer des recommandations uniformes (1) pour sa prise en charge. En particulier celle de l'instauration d'un traitement antirétroviral (ARV) le plus rapidement possible chez tout patient vivant avec le VIH (PVVIH), quels que soient sa charge virale et son taux de CD4, par consensus international.(2) (3) L'OMS publie en 2015 la recommandation d'une instauration des ARV dans les 7 jours suivant le diagnostic.(4) Cette étude a pour but de décrire les délais d'instauration des ARV en Guyane — département français le plus touché par le VIH — depuis cette nouvelle recommandation et d'évaluer les facteurs influençant sur ce délai.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de la cohorte de nouveaux PVVIH, entre janvier 2015 et juin 2021, au CHC et au CHOG, les deux principaux centres de prise en charge de l'infection en Guyane. Elle est complétée par une étude transversale composée d'un questionnaire soumis à un échantillon de ces PVVIH suivis en consultation ou lors d'une hospitalisation sur les deux centres hospitaliers. Le critère de jugement principal était le délai d'introduction des ARV entre le diagnostic sérologique et la date de première prescription. Des analyses univariées et multivariées ont été effectuées pour mettre en évidence les facteurs influençant le délai d'introduction des ARV.

Entre janvier 2015 et juillet 2021, 980 patients ont été nouvellement pris en charge en Guyane dans les centres hospitaliers de Cayenne (dont les Centres délocalisés de prévention et de soins CDPS) et de Saint-Laurent-du-Maroni. 920 d'entre eux ont reçu un traitement par antirétroviral. Le délai médian d'introduction des antirétroviraux était de 40 jours. Une mise en route du traitement dans les 7 jours suivant le diagnostic a été réalisé chez 12.26% des patients (n = 120). La première consultation spécialisée a été réalisée dans les 7 jours suivant le diagnostic dans 27.9% des cas (n=273).

Le délai d'introduction des ARV est hétérogène sur le territoire et atteint insuffisamment les objectifs de l'OMS. Il en est de même si l'on tient compte pour ce délai de la date de première consultation. Le diagnostic étant fait dans près de deux-tiers des cas en ambulatoire, le parcours de soins pourrait être repensé autour du lieu, du contexte de découverte et des professionnels, autant ceux impliqués dans le diagnostic que ceux impliqués dans l'initiation des ARV. Une étude telle que celle réalisée en région parisienne, Essai IMEA 055-Fast, aurait tout son sens sur la population guyanaise pour évaluer l'impact sur ce délai d'initiation des ARV et l'ensemble du parcours de soins.

c) Facteurs associés à la rupture de suivi des personnes vivant avec le VIH résidant dans le bassin transfrontalier de Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane Française par le Dr Pascal

Résumé

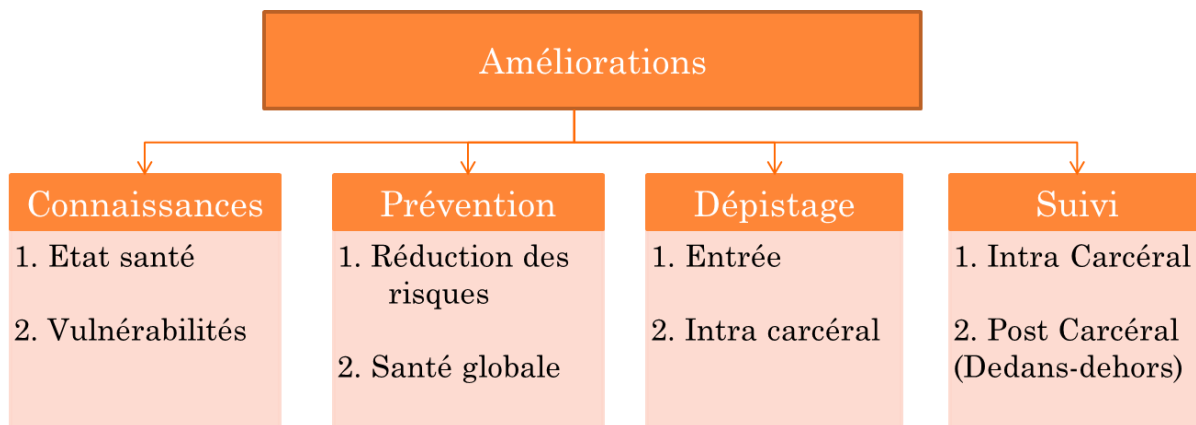
La Guyane est le département français le plus touché par l'épidémie de VIH. Celle-ci est entretenue par un important réservoir de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) non contrôlées dont les perdus de vue. La problématique semble encore plus forte dans l'Ouest-Guyanais. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de risque de perte de vue (PDV) chez les PVVIH suivis ou ayant été suivis au Centre Hospitalier de l'Ouest-Guyanais (CHOG) de mai 2011 à mai 2021 et d'en estimer l'incidence annuelle.

Dans un premier temps, le risque d'une PDV définitive a été évalué sur une cohorte monocentrique rétrospective analysée à partir des dossiers informatisés des patients vus entre le 01 /05/2011 et le 01/05/2021. Un nettoyage des données a été effectué, notamment à l'aide d'une recherche active des PDV. Dans un deuxième temps, une étude épidémiologique transversale de type cas (PVVIH PDV au moins 12 mois depuis le début de leur suivi) / témoins par questionnaire hétéro-administré. La PDV définitive était associée à un âge inférieur à 30 ans, une résidence éloignée du CHOG, l'absence de couverture maladie, un diagnostic antérieur à 2015 et l'absence d'initiation d'antirétroviraux. Un suivi depuis plus de 3 ans et un suivi per-partum étaient des facteurs protecteurs. Plus d'un tiers de la population a été PDV de façon définitive, l'incidence de la PDV permanente a été évaluée à 2,7 perdus de vue pour 100 personnes années. La recherche active des PDV s'est avérée inefficace. L'étude cas-témoins a permis la mise en évidence de facteurs supplémentaires associés à la PDV telle que les difficultés psycho-sociales et pointe l'importance de l'aspect éducatif et relationnel de la prise en charge. La problématique de la perte de vue reste importante en Guyane. Les facteurs de risque identifiés pourraient permettre de repérer les patients vulnérables. Les difficultés psycho-sociales jouent un rôle majeur et doivent inciter les acteurs locaux à proposer une prise en charge multidisciplinaire et rapprochée de l'environnement du patient. Le renforcement des ressources humaines semble indispensable. Le faible rendement de la recherche active souligne l'importance de la prévention de la perte de vue tant ces phénomènes sont difficiles à corriger.

8. « patients sous mains de justice »

Une commission constituée d'acteurs intervenant en milieu carcéral été constituée début 2022 par le COREVIH Guyane : elle regroupe des associations (AGRR et réseau KIKIWI), des soignants du service de l'USMP du centre pénitencier de Guyane (CPG), des représentants de l'administration pénitentiaire et de l'ARS .

Après identification des déterminants de la santé sexuelle en milieu carcéral et des leviers d'actions à mettre en place au CPG, il a été établi conjointement une feuille de route en Santé sexuelle au CPG.



A. Connaissance

Développer les thématiques de recherche

- Evaluation des vulnérabilités
- Etat des lieux des connaissances en santé

B. Prévention

Améliorer les connaissances en santé + diminuer les vulnérabilités

- a. Action d'éducation en santé (groupe + individuelle)
 - Mise en place d'atelier de prévention (AGRRR, arbre au fromager autres ?)
 - Diffusion de films VISA
 - Groupe de travail SPIP pour des vidéos à destination des détenus
- b. Coordonner les actions en santé

A. Dépistage

A l'entrée

- a. Réduction des délais de prélèvement
- b. Réduction du délai de rendu des résultats
- c. Mise en place de TROD multiplexes
 - Lecture 15-20 minute
 - Gain de temps sur VME-Bilan-Rendu résultats : délai 1 mois pour un bilan par manque IDE +++
 - Temps de counseling +++
 - VIH-VHB-VHC-syphilis

Intra carcéral

- Bilan IST annuel

B. Suivi

Suivi Intra Carcéral

- a. Augmentation du nombre de consultations

- b. Développer ETP : atelier ETP +++
- c. Développer un programme de coopération : délégation de tâches IDE
- d. Préparation à la sortie

Comment anticiper ? ==> liste des SPIP à remettre en place (en cours)

Comment agir si levée écrou en urgences

Check liste des sorties de détenus

Accompagnement des détenus en cours de libération

- Accompagnements sociaux
- Contacter famille
- Organisation sortie
- Médiateurs ++++

Suivi Extra Carcéral

- a. Développer les actions dedans dehors
- b. Coordination partenaires associatifs
- c. Développer accompagnement / médiation
- d. Accès aux structures d'hébergement en sortie de prison
- e. Consultation « hors les murs »

9. Construire et diffuser le parcours du lait maternisé pour les femmes porteuses du VIH/HTLV2

Historique du projet

La Guyane est le département français le plus touché par la pandémie VIH avec près de 4000 personnes vivant avec ce virus, et c'est aussi une région endémique face au virus HTLV1.

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.

Dés 2015, une 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 ce 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.

A cette époque, la dispensation du lait maternisé aux mamans séropositives était 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 que le lait maternisé ne soit plus délivré par leurs soins, et 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.

Objectifs du projet

Eviter la contamination par les virus du VIH et de l'HTLV1 via l'allaitement maternel, en garantissant l'accès à la délivrance du lait maternisé pour tous les nourrissons nés de mères séropositives au VIH et/ou à l'HTLV1 sur le territoire Guyanais, pendant leur première année de vie.

Mais aussi :

- Permettre une délivrance gratuite du lait maternisé pour une année à tous les nourrissons nés de mères séropositives au VIH et/ou à l'HTLV1 sur le territoire Guyanais.
- 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)

Avancement du projet

2022 est à retenir comme étant l'année de l'aboutissement de nombreuses années d'échanges et de réflexion sur la mise en place d'un parcours d'accès harmonisé au lait maternisé protocolisé sur l'ensemble du territoire, pour les mamans concernées.

Suite à l'attribution d'un FIR DE 75 000 euros par l'ARS, et de la finalisation du protocole sur les 3 sites du GHT avec les acteurs concernés, **la distribution gratuite de lait maternisé aux mères VIH ou HTLV1 + a commencé de manière échelonnée dès juin 2022.**

Les sites de distribution sont les suivants :

- pour le CHC, centre hospitalier de Cayenne :

- * service HDJA pour dispensation aux mères VIH+ : début délivrance mai 2022
- * service consultations UMIT pour dispensation aux mères HTLV1+ : début délivrance novembre 2022
- * Centres Délocalisés de Prévention et de Soins : début délivrance septembre 2022

- pour le CHOG, centre hospitalier de l'ouest guyanais : service de consultations médecine. La délivrance de lait maternisé était en place au CHOG depuis 2013, sur fonds propres du centre hospitalier. Le lait maternisé a donc été dispensé pendant toute la durée de l'année 2022.

- pour le CHK, centre hospitalier de Kourou : des questionnements liés à l'acheminement et au financement du lait ont repoussé la délivrance à janvier 2023.

Indicateurs d'évaluation

Le nombre de boîtes annuelles dispensées est l'indicateur principal pour évaluer le dispositif de dispensation de lait maternisé mis en place.

Le nombre de boîtes délivrées par les services sont remontées par le personnel qui dispense les boîtes :

- L'IDE d'ETP pour l'HDJA, l'IDE de consultation pour l'UMIT, et l'infectiologue référente des CDPS pour le CHC
- L'IDE de consultation médecine pour le CHOG,
- Le cadre de la maternité pour le CHK.

Le nombre de boîtes de lait commandées délivrées aux services sont remontées par les pharmacies centrales au Corevih.

Etablissement	Service	VIH + HTLV								
		Date début délivrance	Nb accouchem ents	Nb femmes suivies	Nb consultatio ns	Lait 1er âge		Lait 2ème âge		Total boîtes dispensées service
						otation initial	Nb boîtes dispensées	otation initial	Nb boîtes dispensées	
CHC	HDJA	mai	24	27	103	24	372	18	37	405
	UMIT	Septembre	1	1	2	12	8	8	0	8
	CDPS	septembre	NC	13	NC	27 CAM: 4 PPI: 4 MPA: 4 STG: 8 GS:7	NC CAM: 4 PPI:NC MPA: NC STG: 4 GS: 4	52 CAM: 0 PPI: 2 (PMI) MPA: 10 STG: 20 GS:20	NC CAM: 16 PPI: NC MPA: NC STG: NC GS:NC	NC
CHK	Maternité		NC							
CHOG	Consult méd	janvier	NC	30	NC	NC	NC	NC	NC	3500

Difficultés et perspectives :

Afin de faciliter les commandes/livraisons/gestion des stocks, il a été demandé à l'ARS lors d'une réunion de point le 06.02.2023, d'attribuer non pas un FIR unique au GHT avec gestion de l'ensemble des commandes par la cellule achat référente (pharmacie centrale du CHC), mais 3 FIR propres aux 3 centres hospitaliers du GHT. Pour cela, l'attribution sera proportionnelle au nombre d'accouchement et de bénéficiaires du parcours de dispensation de lait maternisé par site hospitalier.

Les résultats présentés ici ne sont pas représentatifs de la distribution de lait maternisé sur le territoire pour une année complète, car la dispensation du lait a commencé à des moments différents de l'année en fonction des centres hospitaliers et des services en charge de la délivrance. La notification ARS de financement était également parvenue au 2^{ème} trimestre 2022, et la cellule achat n'a pu programmer l'achat du lait qu'à ce moment là. Pour l'année 2023 le recul sur une année entière permettra d'évaluer plus finement ce dispositif, qui a il faut le préciser reçu un très bon accueil du public cible.

Le parcours de dispensation gratuit de lait maternisé aux mères VIH+ et HTLV1+ a fait l'objet d'une communication active auprès des partenaires : mensuelle et plénière du COREVIH, réunion d'information... Il en sera de même en 2023 avec sa présentation en vendredi des COREVIH avec un développement de l'HTLV1, ainsi qu'au congrès des PMI de Guyane qui se tiendra le 16/02/2023.



8. Etude « 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. » par le Dr KOSC

Résumé

L'infection à VIH est un enjeu majeur de santé publique en Guyane Française. Il est prouvé que les antirétroviraux (ARV) empêchent la transmission du virus de la mère à l'enfant si celle-ci suit scrupuleusement son traitement (<1%). Une trithérapie de deux INTI et un IP +/- Booster par le Ritonavir est la stratégie de référence. L'impact de cette exposition in-utero est une question essentielle dans le suivi de ces enfants. Un surrisque malformatif en cas d'exposition aux Inhibiteurs d'Intégrase (INI) est suspecté dans la littérature. L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé des enfants exposés aux ARV pendant la grossesse.

Nous avons réalisé une étude descriptive unicentrique au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), de 2013 à 2019. La population totale de l'étude comprenait l'ensemble des enfants nés au CHC de mères vivant avec le VIH, ayant été préalablement exposés in-utero à un schéma d'ARV puis suivi en HDJ pédiatrique au sein du même établissement. Des tests de Chi2 +/- régression logistique ont été réalisés pour étudier les événements cliniques pédiatriques en fonction des schémas thérapeutiques reçus au cours de la grossesse.

Au total, 268 enfants ont été inclus. Les principaux ARV reçu pendant la grossesse correspondaient aux recommandations en vigueur. On retrouvait 15.9% de prématurité. 45 enfants étaient hypotrophes (16.7%), ce qui est plus important que dans la population pédiatrique guyanaise en général (8-10%). Le taux d'anomalies congénitales (AC) était de 7%. Prêt de 13% des enfants ont été hospitalisés dans les deux premières années de vie (N=36), le plus souvent pour des raisons infectieuses dans les 6 premiers mois (N= 22, 8.2%). Une relation entre une exposition aux inhibiteurs d'intégrase et l'hypotrophie foetale a été décrite en cas d'exposition générale (p : 0.037, OR 2.48 IC 95% de 1.04 à 5.81) et au premier trimestre (p : 0.021, OR 3.82 IC 95% de 1.02 à 7.79) et dans les deux cas préférentiellement chez les enfants hypotrophes dysharmonieux.

Il s'agit de la première étude sur ce sujet en Guyane. Cette relation entre exposition aux inhibiteurs d'intégrase et l'hypotrophie n'est pas décrite dans la littérature. De nombreux facteurs confondants sont à prendre en considération dans la physiopathologie du RCIU. Il n'y a pas eu d'association entre une exposition aux INI et les AC. Le taux de TME sous ARV est de 0.3%. Un nombre plus important d'enfant rajouterait de la puissance à notre étude. Une étude guyanaise sur les facteurs de risques de RCIU comprenant la population PVVIH serait intéressante.

9. Sensibilisation des acteurs à l'enjeu HPV avec diffusion des données des récents travaux régionaux

Les papillomavirus, plus communément appelés **HPV** (de l'anglais Human Papilloma Virus) font partie des IST les plus fréquentes. Cependant, ils sont souvent moins connus, et moins abordés dans les actions de sensibilisation et prévention que d'autres IST.

C'est pour cela qu'en 2022 un vendredi du COREVIH a été consacré à ce thème, le 25/11/2022 par le Dr Nadia Thomas, gynécologue des CDPS et de l'HDJA.

Treize personnes ont participé à cet échange, ce qui représente le deuxième vendredi du Corevih le plus suivi de l'année. Neuf structures étaient représentées, avec au moins 4 participants médecins.

Cela confirme l'importance de mettre en place des événements d'information et de formation sur cette thématique. La mise en place d'un enseignement post-universitaire au cours de l'année 2023 est donc une priorité pour l'équipe du COREVIH. Un plénière sur ce thème sera également envisagée.

10. Harmoniser et améliorer la prise en charge et le parcours de prévention et de soins des patients porteurs du virus de l'hépatite B et C

Épidémiologie moléculaire des hépatites B au centre hospitalier de Cayenne, Guyane française = EMOHCAY menée par le Pr NACHER.

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'historique 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 patientsse verront proposer de participer au projet par le médecin investigateurqui leur fournira les informations et recueillera leur non-opposition.

L'attaché de recherche clinique viendra collecter les données sur uncahier d'observation. Les analyses biologiques de l'étude se feront sur untube de sang veineux supplémentaire de 5 mL prélevé chez les patientslors 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 régionspré-core.

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

Ces groupes sont :

- Modification de l'hémostase (Prothrombine et Temps deCéphaline 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 del'élasticité hépatique par Fibroscan (kPa)
- Groupes d'âge, pays de naissance, mode de contamination del'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 desmaladies infectieuses et tropicales et consultations d'hépatologie demédecine B)

Durée de la recherche 24 mois

Retombées attendues

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

Nombre d'inclusions 2022: 43 inclusions dont 18 définitives, 10 exclusions et 15 en attente de prélèvements

Nombre d'inclusions depuis le commencement de l'étude : 137 inclusions dont 66 définitives, 56 exclusions et 15 en attente de prélèvement.

Axe 3 : recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologique

1. Cohorte FHDH / 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

Nombre de dossiers chargés dans le logiciel Domevih : 5639 patients (NB chiffre historique cumulé #file active)

Difficultés rencontrées

La mise en place du Domevih a pris 4 ans ½. Plusieurs mois d'attente pour upgrader les unités centrales devenues obsolètes pour finalement obtenir des ordinateurs neufs.

Nombreux bugs et déconnexions journalières de l'interface Nadis, qui prend en moyenne 8 heures donc relance de l'extraction nécessaire plusieurs fois dans une même journée.

L'extraction est impossible sans correction de tous les fichiers de logs d'erreurs de Nadis et de Domevih dits « erreurs bloquantes »

Effectuer le travail de maintenance du Domevih en se rendant régulièrement sur le site de l'ATIH pour suivre chaque nouvelle recommandation. Et télécharger les nouveaux thésaurus (zone géographique, médicaments, CIM, médecins, établissements...) pour permettre de garder le Domevih à jour.

Veiller à faire deux sauvegardes de la base.

Veiller à l'installation de chaque nouvelle version du logiciel Domevih par le DSI.

Echanges de nombreux appels et emails entre la Technicienne d'étude clinique (Tec) et la plateforme informatique de Nadis et de Domevih pour résoudre les problèmes rencontrés par la Tec lors de la passerelle.

Il a fallu nommer un informaticien référent en local pour faciliter la communication entre les plateformes qui de ce fait parle le même langage.

Une Tec du CHC a dû être mobilisée sur toute l'année dernière et concentrer son travail à la finalisation du transfert de toute la base de données de Nadis vers le Domevih.

Les difficultés d'ordre technique ont été chronophages et d'un point de vue général ont monopolisé l'énergie des TECS.

La FHDH a pour projet (validé par le conseil scientifique) d'établir l'incidence des histoplasmoses par région en France. Cette étude sera menée par le Pr NACHER.

2. File active VIH suivie dans le GHT Guyane en 2022

a) File active hospitalière

Service	File active	Nombre de consultations
Centre Hospitalier de Cayenne		
Hôpital de jour Adulte	1164	5668
UCSA	53	199
UMIT	333	890
CDPS	239	463
Centre Hospitalier de Kourou	123	268
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais	314	NC

b) Caractéristiques des patients extrait du logiciel eNadis

	n	%
	1912	100
Etablissement		
CHC	1482	77,5
CHOG	309	16,2
CHK	121	6,3
Sexe		
Femme	984	51,5
Homme	915	47,9
Transgenre (MtoF)	13	0,6
Tranche d'âge		
15-29 ans	223	11,7
30-39 ans	411	21,5
40-49 ans	519	27,1
50-59 ans	358	18,7
60-69 ans	271	14,2
70-79 ans	106	5,5
> 80 ans	22	1,2
Pays de naissance		
BRESIL	153	8
CUBA	10	0,5
FRANCE	309	16,2
GUYANA	140	7,3
HAITI	823	43,0
REPUBLIQUE DOMINICAINE	52	2,7
SURINAM	233	12,2
AUTRES	47	2,5

Données Manquantes	145	7,6
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	33	1,7
Entre 1 et 5 ans	271	14,2
Entre 5 et 10 ans	139	7,3
>10 ans	253	13,2
Donnée manquante	1216	63,6
Non concerné	309	16,2
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	7	0,4
Autre	7	0,4
Bisexuel	30	1,6
Homosexuel	144	7,5
Hémophile	2	0,1
Hétérosexuel	1486	77,7
Inconnu	158	8,3
Materno-foetale	37	1,9
Toxicomani IV	3	0,2
Transfusé	2	0,1
Donnée manquante	36	1,9
Année de diagnostic		
<1 an	90	4,7
Entre 1 et 5 ans	485	25,4
Entre 5 et 10 ans	395	20,7
>10 ans	906	40,7
Donnée manquante	36	1,9
Durée de suivi sur le territoire		
<1 an	189	9,9
Entre 1 et 5 ans	572	29,9
Entre 5 et 10 ans	376	19,7
>10 ans	775	47,4
Stade SIDA		
Non	849	44,4
Oui	938	49,1
Donnée manquante	125	6,5
Comorbidités		
HTA	309	16,2
Obésité	19	1,0
Diabète	139	7,3
Cardiologique	66	3,5
AVC	39	2,0
Neurologique (hors AVC)	19	1,0
Psychiatrique	20	1,0
Addiction	83	4,3
Co-infection		
Hépatite B	10	0,5
Hépatite C	4	0,2
Patients sous traitement		
Oui	1825	4,6
Non	87	95,4

Succès thérapeutique		
Oui	1065	88,82
Echec	134	11,18
Traitement inférieur à 6mois	626	
Traitement injectable	136	7,5
Suivi par IDE CHC	107	78,7
Suivi par IDEL	15	11,0
Arrêt du traitement	14	10,3
Passage en stade SIDA en 2022	16	0,8
Maladies opportunistes survenues en 2022		
Aspergillose	0	0
Histoplasmosse	7	0,4
Tuberculose	7	0,4
Toxoplasmose	5	0,3
Pneumocystose	3	0,2
Cryptococcose	3	0,2
Encéphalite	1	0,1
CMV	8	0,4
Mycobactérie atypiques	1	0,1
Cryptosporidiose	0	0
Candidose œsophagienne	2	0,1
ETP		
Patients ayant eu une séance ETP	908	47,49
Nombre de consultation en 2022	2296	
Patients ayant initié un programme en 2022	359	18,78

c) Caractéristiques des nouveaux patients suivis en 2022 extrait du logiciel eNadis

	n	%
	189	100
Etablissement		
CHC	140	74,1
CHOG	28	14,8
CHK	21	11,1
Sexe		
Femme	79	41,8
Homme	105	55,6
Transgenre (MtoF)	5	2,6
Tranche d'âge		
15-29 ans	60	31,7
30-39 ans	58	30,7
40-49 ans	42	22,2
50-59 ans	14	7,4
60-69 ans	13	6,9
70-79 ans	2	1,1
> 80 ans	0	0,0
Pays de naissance		
BRESIL	16	8,5

CUBA	5	2,6
FRANCE	37	19,6
GUYANA	10	5,3
HAITI	55	29,1
SURINAM	22	11,6
AUTRES	18	9,5
Données Manquantes	26	13,8
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	33	17,5
Entre 1 et 5 ans	27	1,4
Entre 5 et 10 ans	14	7,4
>10 ans	13	6,9
Donnée manquante	65	34,4
Non concerné	37	19,6
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	2	1,1
Bisexuel	3	1,6
Homosexuel	39	20,6
Hétérosexuel	81	42,9
Inconnu	61	32,3
Materno-foetale	2	1,1
Transfusé	1	0,5
Année de diagnostic		
<1 an	105	55,6
Entre 1 et 5 ans	19	10,1
Entre 5 et 10 ans	18	9,5
>10 ans	16	8,5
Donnée manquante	31	16,4
Stade SIDA		
Non	86	45,5
Oui	43	22,8
Donnée manquante	60	31,7
Comorbidités		
HTA	8	4,2
Diabète	2	1,1
Cardiologique	2	1,1
AVC	2	1,1
Co-infection		
Hépatite B	6	3,2
Hépatite C	4	2,1
Patients sous traitement		
Oui	189	100
Succès thérapeutique		
Oui	57	93,4
Echec	4	6,6
Traitement inférieur à 6mois	128	
Maladies opportunistes survenues en 2022	4	100%
Toxoplasmose	1	4,8
Pneumocystose	2	9,52
CMV	1	4,8

d) Caractéristiques des nouveaux diagnostics 2022 extrait du logiciel eNadis

	n	%
	90	100
Etablissement		
CHC	68	75,6
CHOG	16	17,8
CHK	6	6,7
Sexe		
Femme	37	41,1
Homme	49	54,4
Transgenre (MtoF)	4	4,4
Tranche d'âge		
15-29 ans	39	43,33
30-39 ans	28	31,11
40-49 ans	15	16,67
50-59 ans	3	3,33
60-69 ans	4	4,44
70-79 ans	1	1,11
> 80 ans	0	0,00
Pays de naissance		
BRESIL	7	7,8
CUBA	2	2,2
FRANCE	20	22,2
GUYANA	5	5,6
HAITI	29	32,2
SURINAM	9	10
AUTRES	8	8,9
Données Manquantes	10	11,1
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	16	17,8
Entre 1 et 5 ans	13	14,4
Entre 5 et 10 ans	9	10,0
>10 ans	4	4,4
Donnée manquante	28	31,1
Non concerné	20	22,2
Mode de contamination		
Bisexuel	4	4,4
Homosexuel	18	20,0
Hétérosexuel	49	54,4
Inconnu	18	20,0
Materno-foetale	1	1,1
Stade SIDA		
Non	43	47,8
Oui	15	16,7
Donnée manquante	32	35,6
Comorbidités		
HTA	3	
Diabète	1	
AVC	2	

Co-infection		
Hépatite B	4	4,4
Hépatite C	1	1,1
Patients sous traitement		
Oui	90	100
Succès thérapeutique		
Oui	25	96.1
Echec	1	3.9
Traitement inférieur à 6 mois	64	

e) Caractéristiques des patients perdus de vue extrait du logiciel eNadis

	n	%
	1921	100
Etablissement		
CHC	980	51,0
CHOG	753	39,2
CHK	188	9,8
Sexe		
Femme	982	51,1
Homme	855	44,5
Transgenre (MtoF)	2	0,1
Tranche d'âge		
< 15 ans	37	1,9
15-29 ans	254	13,2
30-39 ans	508	26,4
40-49 ans	527	27,4
50-59 ans	360	18,7
60-69 ans	158	8,2
70-79 ans	58	3,0
> 80 ans	19	1,0
Pays de naissance		
BRESIL	189	9,8
CUBA	8	0,4
FRANCE	312	16,2
GUYANA	123	6,4
HAITI	355	18,5
SURINAM	457	23,8
AUTRES	91	4,7
Données Manquantes	386	20,1
Stade SIDA		
Non	816	42,5
Oui	801	41,7
Donnée manquante	304	15,8

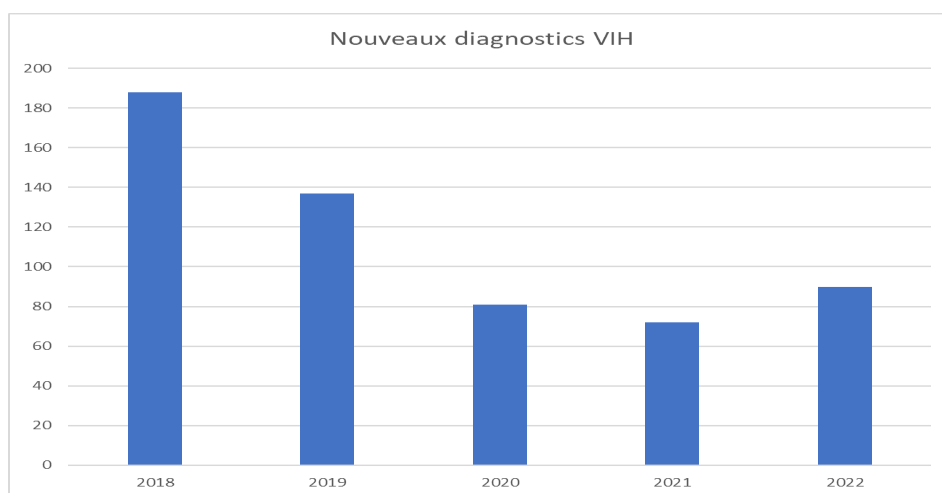
f) Caractéristiques des patientes enceintes en 2022 extrait du logiciel eNadis

	n	%
Grossesses	39	100

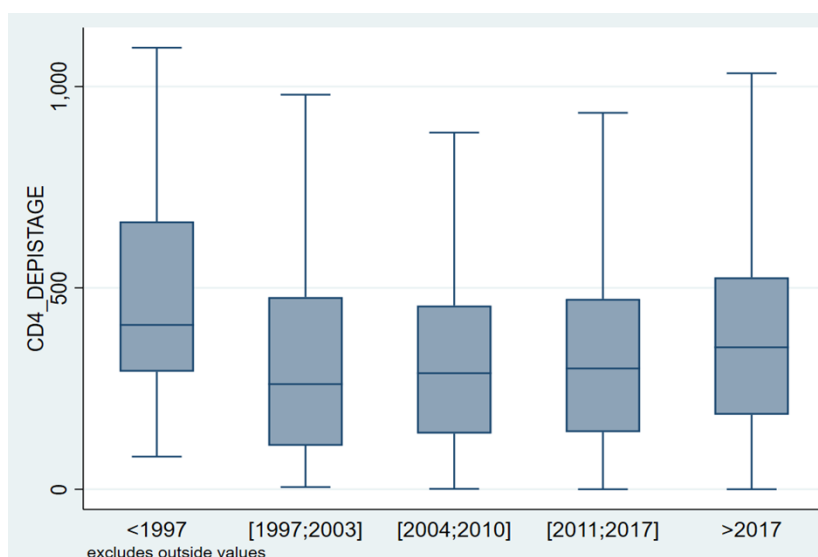
Accouchements	24	41,0
Voie basse	16	7,7
Césarienne programmée	3	12,8
Césarienne d'urgence	5	41,0
Dépistage au cours de la grossesse	3	7,7
Traitement		
Initiation	7	17,9
Rupture	1	2,6
Suivi	31	79,5
Suivi ETP		
Oui	31	79,5
Non	8	20,5

g) Aspects évolutif de l'épidémie VIH en Guyane

- Evolution du nombre de nouveaux diagnostics VIH au cours du temps



- Evolution du taux de CD4 au dépistage de patient vivant avec le VIH au cours du temps



h) Données SNDS des prescription des traitements ARV chez les PVVIH selon le prescripteur

Table 1 : Répartition du type de suivi ARV (libéral, hospitalier ou mixte) en Guyane entre 2016 et 2022

Année	Suivi libéral n (%)	Suivi hospitalier n (%)	Suivi mixte n (%)	Nombre total de patients suivis	Taux d'évolution annuel (%)
2016	245 (10,72)	1449 (63,41)	591 (25,86)	2285	
2017	251 (10,33)	1604 (66,01)	575 (23,66)	2430	6,35
2018	320 (12,01)	1607 (60,32)	737 (27,67)	2664	9,63
2019	359 (12,26)	1758 (60,04)	811 (27,7)	2928	9,91
2020	497 (16,31)	1750 (57,43)	800 (26,26)	3047	4,06
2021	500 (16,26)	1830 (59,51)	745 (24,23)	3075	0,92
2022 ¹	492 (15,17)	1979 (61,00)	773 (23,83)	3244	5,50

Source : SNDS/DCIR – Bénéficiaires du RG (CMU/CSS et AME), RSI et MSA affiliés en Guyane, exclusion des SLM non infogérées.

¹Les données de l'année 2022 ne prennent pas en compte les flux de février et mars 2023.

Table 2 : Répartition du type de prise en charge des patients guyanais sous ARV entre 2016 et 2020

Année	Proportion de suivi libéral n (%)	Proportion de suivi hospitalier n (%)	Proportion de suivi mixte n (%)	Nombre total de patients suivis	Taux d'évolution annuel (%)
CACL					
2016	131 (9,93)	832 (63,08)	356 (26,99)	1319	
2017	118 (8,08)	987 (67,60)	355 (24,32)	1460	10,69
2018	186 (11,49)	1019 (62,94)	414 (25,57)	1619	10,89
2019	180 (10,24)	1125 (63,99)	453 (25,77)	1758	8,59
2020	252 (13,73)	1157 (63,02)	427 (23,26)	1836	4,44
2021	271 (14,45)	1178 (62,83)	426 (22,72)	1875	2,12
2022	258 (13,34)	1221 (63,13)	455 (23,53)	1934	3,15
CCEG					
2016	<10	24 (92,31)	<10	26	
2017	<10	27 (79,41)	<10	34	30,77
2018	<10	45 (95,74)	<10	47	38,24
2019	<10	44 (80,00)	11	55	17,02
2020	<10	29 (78,38)	<10	37	-32,73
2021	<10	21 (67,74)	<10	31	-16,22
2022	<10	32 (71,11)	11	45	45,16
CCOG					
2016	56 (8,75)	430 (67,19)	154 (24,06)	640	
2017	76 (11,71)	433 (66,72)	140 (21,57)	649	1,41
2018	84 (11,70)	403 (56,13)	231 (32,17)	718	10,63
2019	120 (15,23)	406 (51,52)	262 (33,25)	788	9,75
2020	172 (21,16)	373 (45,88)	268 (32,96)	813	3,17
2021	152 (18,60)	458 (56,06)	207 (25,34)	817	0,49
2022	142 (15,92)	564 (63,23)	186 (20,85)	892	9,18
CCS					
2016	41 (18,89)	118 (54,38)	58 (26,73)	217	
2017	41 (18,98)	120 (55,56)	55 (25,46)	216	-0,46
2018	43 (17,55)	119 (48,57)	83 (33,88)	245	13,43
2019	50 (16,89)	170 (57,43)	76 (25,68)	296	20,82
2020	63 (20,52)	158 (51,47)	86 (28,01)	307	3,72

2021	66 (21,71)	145 (47,70)	93 (30,59)	304	-0,98
2022 ¹	83 (25,30)	132 (40,24)	113 (34,45)	328	7,89

Source : SNDS/DCIR – Bénéficiaires du RG (CMU/CSS et AME), RSI et MSA affiliés en Guyane, exclusion des SLM non infogérées.

¹Les données de l'année 2022 ne prennent pas en compte les flux de février et mars 2023.

Table 3 : Répartition du type de suivi ARV (libéral, hospitalier ou mixte) en Guyane entre 2016 et 2020 chez les patients bénéficiaires de la CMU/CSS ou de l'AME

Année	Proportion de suivi libéral n (%)	Proportion de suivi hospitalier n (%)	Proportion de suivi mixte n (%)	Nombre total de patients suivis	Taux d'évolution annuel (%)
2016	137 (9,11)	974 (64,76)	393 (26,13)	1504	
2017	140 (8,98)	1064 (68,25)	355 (22,77)	1559	3,66
2018	185 (10,61)	1078 (61,85)	480 (27,54)	1743	11,80
2019	210 (10,97)	1178 (61,51)	527 (27,52)	1915	9,87
2020	265 (14,15)	1082 (57,77)	526 (28,08)	1873	-2,19
2021	247 (13,30)	1171 (63,06)	439 (23,64)	1857	-0,85
2022 ¹	255 (12,64)	1304 (64,65)	458 (22,71)	2017	8,62

Source : SNDS/DCIR – Bénéficiaires du RG (CMU/CSS et AME), RSI et MSA affiliés en Guyane, exclusion des SLM non infogérées.

¹Les données de l'année 2022 ne prennent pas en compte les flux de février et mars 2023.

3. File active Hépatite B suivi dans le GHT Guyane

a) File active hospitalière

Service	File active
Centre Hospitalier de Cayenne	490
HDJA	338
CDPS	152
UMIT	NC
Médecine B	NC
Centre Hospitalier de Kourou	28
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais	NC
Total	382

b) Caractéristiques des patients extrait du logiciel eNadis

	n	%
Sexe		
Femme	146	38,2
Homme	231	60,5
Transgenre (MtoF)	5	1,3
Tranche d'âge		
15-29 ans	47	12,3
30-39 ans	117	30,6
40-49 ans	124	32,5
50-59 ans	58	15,2
60-69 ans	23	6,0
70-79 ans	10	2,6
> 80 ans	3	0,8
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	11	2,9
Entre 1 et 5 ans	92	24,1
Entre 5 et 10 ans	20	5,2
>10 ans	55	14,4
Donnée manquante	204	53,4
Non concerné		
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	7	1,8
Autre	4	1,0
Hémophile	1	0,3
Inconnu	275	72,0
Materno-fœtale	7	1,8
Origine zone endémique	22	5,8
Séjours zone endémique	32	8,4
Toxicomane IV	1	0,3
Transfusé	1	0,3
Transmission sexuelle	32	8,4

Année de diagnostic		
Découverte 2022	46	12,0
Entre 1 et 5 ans	160	41,9
Entre 5 et 10 ans	93	24,3
>10	69	18,1
NR	14	3,7
Patients sous traitement		
Oui	105	27,5
Non	277	72,5
Guérison		
Oui	27	7,1
Non	355	92,9

c) Caractéristiques des nouveaux patients suivis en 2022 extrait du logiciel eNadis

	n	%
Nouveaux patients 2022	46	100
Sexe		
Femme	14	30,4
Homme	29	63,0
Transgenre (MtoF)	3	6,5
Tranche d'âge		
15-29 ans	15	32,6
30-39 ans	14	30,4
40-49 ans	10	21,7
50-59 ans	5	10,9
60-69 ans	2	4,3
70-79 ans	0	0,0
> 80 ans	0	0,0
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	10	21,7
Entre 1 et 5 ans	7	15,2
Entre 5 et 10 ans	7	15,2
>10 ans	9	19,6
Donnée manquante	13	28,3
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	0	0,0
Autre	0	0,0
Hémophile	1	2,2
Inconnu	39	84,8
Materno-fœtale	1	2,2
Origine zone endémique	1	2,2
Séjours zone endémique	2	4,3
Toxicomane IV	0	0,0
Transfusé	0	0,0
Transmission sexuelle	2	4,3
Patients sous traitement		
Oui	4	8,7
Non	42	91,3

Guérison		
Oui	4	8.7
Non	42	91.3

d) Caractéristiques des patients perdus de vue extrait du logiciel eNadis

	n	%
Patients perdus de vue	719	100
Sexe		
Femme	272	37,8
Homme	447	62,2
Transgenre (MtoF)	0	0
Tranche d'âge		
15-29 ans	2	0,3
30-39 ans	201	28,0
40-49 ans	260	36,2
50-59 ans	147	20,4
60-69 ans	75	10,4
70-79 ans	24	3,3
> 80 ans	8	1,1
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	0	0,0
Entre 1 et 5 ans	15	2,1
Entre 5 et 10 ans	11	1,5
>10 ans	5	0,7
Donnée manquante	685	95,3
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	1	0,1
Autre	6	0,8
Hémophile	1	0,1
Inconnu	480	66,8
Materno-fœtale	11	1,5
Origine zone endémique	55	7,6
Séjours zone endémique	127	17,7
Toxicomane IV	1	0,1
Transfusé	2	0,3
Transmission sexuelle	35	4,9
Patients sous traitement avant perte de vue		
Oui	102	14,11
Non	621	85,89

4. File active Hépatite C suivie dans le GHT Guyane

a) File active hospitalière

Service	File active
Centre Hospitalier de Cayenne	84
HDJA	47
CDPS	37
UMIT	NC
Médecine B	NC
Centre Hospitalier de Kourou	24
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais	NC
Total	59

b) Caractéristiques des patients extrait du logiciel eNadis

	n	%
Sexe		
Femme	28	47,5
Homme	30	50,8
Transgenre (MtoF)	1	1,7
Tranche d'âge		
15-29 ans	11	18,6
30-39 ans	7	11,9
40-49 ans	15	25,4
50-59 ans	13	22,0
60-69 ans	9	15,3
70-79 ans	4	6,8
> 80 ans	0	0
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	1	1,7
Entre 1 et 5 ans	6	10,2
Entre 5 et 10 ans	7	11,9
>10 ans	9	15,3
Donnée manquante	36	61,0
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	1	1,7
Autre	1	1,7
Hémophile	0	0
Inconnu	45	76,3
Materno-fœtale	0	0
Origine zone endémique	3	5,1
Séjours zone endémique	2	3,4
Toxicomane IV	1	1,7
Transfusé	1	1,7
Transmission sexuelle	5	8,5
Année de diagnostic		
Découverte 2022	16	27,1

Entre 1 et 5 ans	13	22,0
Entre 5 et 10 ans	8	13,6
>10	11	18,6
NR	14	23,7
Patients sous traitement		
Oui	15	25,4
Non	44	74,6
Guérison		
Oui	20	33,4
Non	39	76,6

c) Caractéristiques des nouveaux patients suivis en 2022 extrait du logiciel eNadis

	n	%
Nouveaux patients 2022	16	100
Sexe		
Femme	10	62,5
Homme	6	37,5
Transgenre (MtoF)	0	0
Tranche d'âge		
15-29 ans	3	18,8
30-39 ans	5	31,3
40-49 ans	4	25,0
50-59 ans	2	12,5
60-69 ans	2	12,5
70-79 ans	0	0,0
> 80 ans	0	0,0
Arrivée sur le territoire français		
<1 an	1	6,3
Entre 1 et 5 ans	0	0,0
Entre 5 et 10 ans	4	25
>10 ans	3	18,7
Donnée manquante	8	50
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	1	6,3
Autre	0	0,0
Hémophile	0	0,0
Inconnu	12	75,0
Materno-fœtale	0	0,0
Origine zone endémique	1	6,3
Séjours zone endémique	0	0,0
Toxicomane IV	0	0,0
Transfusé	0	0,0
Transmission sexuelle	2	12,5
Patients sous traitement		
Oui	1	6,3
Non	15	93,7
Guérison		
Oui	4	8,7

Non	42	91,3
-----	----	------

d) Caractéristiques des patients perdus de vue extrait du logiciel eNadis

	n	%
Patients perdus de vue	17	100
Sexe		
Femme	9	45,0
Homme	11	55,0
Transgenre (MtoF)	0	0
Tranche d'âge		
15-29 ans	3	15,0
30-39 ans	4	20,0
40-49 ans	4	20,0
50-59 ans	4	20,0
60-69 ans	4	20,0
70-79 ans	1	5,0
> 80 ans	3	15,0
Mode de contamination		
Accident d'exposition viral	1	5,0
Autre	1	5,0
Hémophile	0	0,0
Inconnu	15	75,0
Materno-fœtale	0	0,0
Origine zone endémique	0	0,0
Séjours zone endémique	0	0,0
Toxicomane IV	1	5,0
Transfusé	0	0,0
Transmission sexuelle	2	10,0

5. Bilan de la PREP en Guyane en 2021

a) Contexte

La PrEP est un moyen de prévention contre le VIH 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.

Par ailleurs, depuis le 1er juin 2021, la primo-prescription de PREP et le suivi peut être réalisé par un médecin généraliste libéral afin de toucher un plus grand nombre de candidat à cette prévention.

Lieux de consultation PREP en Guyane



b) 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.

Du 01/02/2017 au 31/12/2021, 270 patients ont été vu en consultation PREP.

106 (39%) patients ont été perdus de vue entre 2017 et 2020.

A. Consultation en HDJA en 2021

Parmi les 11 patients suivis du 01/01/2021 au 31/12/2021, on note 3 (27%) nouveaux patients et 8 (73%) patients en poursuite de suivis des années précédentes. La moyenne d'âge était de 36 ans et la médiane à 33 ans.

Les patients étaient majoritairement des hommes (82%) et nés en France (55%).

B. Consultation hors les murs en 2021

Parmi les 224 consultations réalisées du 01/01/2021 au 31/12/2021 chez 107 patients, on note 73 (68%) nouveaux patients et 34 (32%) patients en poursuite de suivis des années précédentes.

Perdus de vue de 2020

21 patients suivis en 2020 n'ont pas eu de suivi en 2021 et sont considérés comme perdus de vue.

	Homme		Femme		Transgenre Mto F		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tranches d'âge								
17-25 ans	1	4,8	3	14,3	0	0,0	4	19,0
26-35 ans	2	9,5	4	19,0	0	0,0	9	42,9
36-45 ans	0	0,0	8	38,1	0	0,0	8	38,1
Pays de Naissance								
République Dominicaine	0	0,0	13	61,9	0	0,0	13	61,9
Guyana	0	0,0	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Brésil	1	4,8	2	9,5	0	0,0	3	14,3
Haiti	1	4,8	1	4,8	0	0,0	2	9,5
Cuba	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Année de début de suivi								
2019	0	0,0	7	33,3	0	0,0	7	33,3
2020	3	14,3	11	52,4	0	0,0	14	66,7
Type de perdu de vue								
Avant initiation	0	0,0	5	23,8	0	0,0	5	23,8
Post initiation	2	9,5	4	19,0	0	0,0	6	28,6
En cours de suivi	1	4,8	9	42,9	0	0,0	10	47,6
Total	3	14,3	18	85,7	0	0,0	21	100,0

C. Nouveaux patients 2021

73 patients ont consulté pour la première fois à la consultation « hors les murs » de la maison de santé Arago en 2021.

58 patients avaient une indication de traitement PREP, dont 13 ne souhaitant pas un suivi avec mise sous PREP ont arrêté leur suivi après bilan annuel des IST.

35 patients ont initié un traitement PREP au cours de l'année.

10 patients ont effectué leur bilan pré-thérapeutique et sont en attente de mise sous PREP.

	Homme		Femme		Transgenre Mto F		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tranches d'age								
17-25 ans	2	2,7	15	20,5	1	1,4	17	23,3
26-35 ans	5	6,8	26	35,6	1	1,4	32	43,8
36-45 ans	3	4,1	15	20,5	0	0,0	18	24,7
46-55 ans	1	1,4	3	4,1	0	0,0	4	5,5
>55 ans	1	1,4	1	1,4	0	0,0	2	2,7
Pays de Naissance								
République Dominicaine	3	4,1	45	61,6	0	0,0	48	65,8
Guyana	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Brésil	0	0,0	4	5,5	1	1,4	5	6,8
Haiti	1	1,4	4	5,5	0	0,0	5	6,8
France	2	2,7	6	8,2	0	0,0	8	11,0
Autre	5	6,8	0	0,0	1	1,4	6	8,2
Total	12	16,4	59	80,8	2	2,7	73	100,0
Ville de résidence								
Cayenne	11	15,1	55	75,3	2	2,7	67	91,8
Matoury	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,7
Macouria	0	0,0	3	4,1	0	0,0	3	4,1
Autres	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Couverture Sociale								
Aucune	7	9,6	30	41,1	2	2,7	39	53,4
Couverture maladie à jour	5	6,8	14	19,2	0	0,0	19	26,0
AME	0	0,0	15	20,5	0	0,0	15	20,5
Profession								
Aucune	9	12,3	52	71,2	2	2,7	63	86,3
(Dont dit spontanément tds)	1	1,4	20	27,8	1	1,4	22	30,6
salariée	3	4,1	6	8,2	0	0,0	9	12,3
Etudiant	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4
Antécédent d'IST								
Non	9	12,3	52	71,2	2	2,7	63	86,3
Oui	3	4,1	7	9,6	0	0,0	10	13,7
Chlamydia	0	0,0	4	5,5	0	0,0	4	5,5
Gonocoque	2	2,7	0	0,0	0	0,0	2	2,7
VHB	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,7

Syphilis	1	1,4	1	1,4	0	0,0	2	2,7
Addiction								
Non	8	11,0	57	78,1	1	1,4	63	86,3
Oui	7	9,6	16	21,9	1	1,4	10	13,7
Alcool	1	1,4	3	4,1	0	0,0	62	84,9
Alcool+tabac	0	0,0	2	2,7	1	1,4	62	84,9
Alcool+tabac+cannabis	1	1,4	1	1,4	0	0,0	10	13,7
cannabis	2	2,7	2	2,7	0	0,0	62	84,9
cocaine	0	0,0	1	1,4	0	0,0	10	13,7
tabac	3	4,1	6	8,2	0	0,0	62	84,9
tabac+cannabis	0	0,0	1	1,4	0	0,0	10	13,7
Groupe à risque								
Travailleur(euse) du sexe	0	0,0	34	46,6	2	2,7	36	49,3
HSH multipartenaire	2	2,7	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Hétéro multipartenaire	3	4,1	1	1,4	0	0,0	4	5,5
Personne exposée aux IST	2	2,7	13	17,8	0	0,0	15	20,5
aucun	5	6,8	11	15,1	0	0,0	16	21,9
total	12	16,4	59	80,8	2	2,7	73	100,0

ATCD prise de risque

		N	%
Oui		65	89,0
<u>Type de prise de risque</u>			
Rupture de préservatif		26	35,6
Rapport non protégé		30	41,1
rupture et rapports non protégé		9	12,3
Non		8	11,0
total		73	100,0

	Homme		Femme		Transgenre Mto F		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>Antécédent de violences déclarées</u>								
17-25 ans	2	2,8	2	2,8	1	1,4	5	6,9
26-35 ans	1	1,4	9	12,5	1	1,4	11	15,3
36-45 ans	3	4,2	7	9,7	0	0,0	10	13,9
46-55 ans	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4
>55 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	6	8,3	19	26,4	2	2,8	27	37,5
<u>Antécédent de viols déclarés</u>								
17-25 ans	2	2,8	2	2,8	0	0,0	4	5,6
26-35 ans	1	1,4	6	8,3	1	1,4	8	11,1
36-45 ans	1	1,4	5	6,9	0	0,0	6	8,3
46-55 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
>55 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	4	5,6	13	18,1	1	1,4	18	25,0

D. Suivi des patients

Parmi les patients 92 patients suivi dans le cadre d'une PREP :

34 étaient suivis l'année précédente

58 étaient des nouveaux patients

34 patientes n'avaient pas de contraception efficace et n'a pu être mise au cours de la consultation

<u>Groupe à risque</u>	N	%
Travailleur(euse) du sexe	65	70,7
Personne exposée aux IST	19	20,7
HSH multipartenaire	4	4,3
Hétérosexuel multipartenaire	4	4,3
<u>Evènements 2021</u>		
Initiation TPE	16	17,4
Initiation PREP	40	43,5
Non initiation sur IR	1	1,1
IST	13	0,0
Vaginose	2	2,2
Chlamydiae	5	5,4
Gonocoque	5	5,4
HPV	1	1,1
Infection Urinaire	6	6,5
Rupture de traitement	15	16,3
AEV au cours de la rupture de traitement	7	7,6
Reprise de PREP post rupture de traitement	11	12,0
Absence de consultation de plus de 6 mois en 2021	21	22,8
Avant Initiation	5	5,4
Post initiation	5	5,4
en cours de suivi	11	12,0
arrêt PREP/Suivi	11	12,0
Reprise de suivi de perdu de vue des années précédentes	6	6,5
	4	4,3

c) Les CDPS

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.

Entre 2019 et 2020, 30 patients ont bénéficié de la PREP en CDPS.

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

En 2021, la possibilité de primo-prescription par les médecins généralistes et l'accès à FORMAPREP a permis de déployer plus largement l'offre de PREP dans les CDPS en dehors des missions d'infectiologie.

En 2021, 29 personnes (3 hommes/26 femmes) ont eu un suivi en CDPS pour PREP dont seulement 11 encore sous traitement au 31 décembre 2021. L'âge médian est de 30 ans.

Le traitement a été instauré à MPA (n=10), GRS (n=9), Papaïchton (n=8) 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 Oiapoque depuis mars 2019 il a été décidé de temporiser.

L'indication de PREP retenue était majoritairement le travail du sexe (n=23). On note des indications pour prise de risque à répétitions (n=4 dont 1 partenaire de PVVIH inobservant) et pour multipartenariat (n=2 dont 1 HSH).

La durée de prise médiane était de 2 mois (2jours-11 mois). La raison d'arrêt notifié dans les dossiers était principalement dû à des problèmes de tolérance des traitements, de difficultés de prise quotidienne et de rupture de droits sociaux.

d) Les Cegidd de la Croix Rouge Française

En 2019-2020, 50 patients ont consultés dans un des Cegidd de la Croix Rouge Française pour une consultation PREP, dont 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.

En 2021, 80 consultations en lien avec la PREP ont été réalisé au sein des Cegidd de la Croix rouge Française.

34% (n=27) concernaient une primo-prescription.

Personnes ayant consulté pour PrEP

Tout type de consultation PrEP	18-24 ans **	25-29 ans **	30-39 ans **	40-49 ans **	TOTAL
Hommes	1	3	5	2	11
Femmes	5	6	13	12	36
Personnes Transgenres	0	0	0	0	0
Sexe non renseigné	0	0	0	0	0
TOTAL	6	9	18	14	47
Information seule	18-24 ans **	25-29 ans **	30-39 ans **	40-49 ans **	TOTAL
Hommes	1	1	2	0	4
Femmes	3	3	4	3	13
Personnes Transgenres	0	0	0	0	0
Sexe non renseigné	0	0	0	0	0
TOTAL	4	4	6	3	17
1ère prescription	18-24 ans **	25-29 ans **	30-39 ans **	40-49 ans **	TOTAL
Hommes	0	1	3	1	5
Femmes	2	2	9	8	21
Personnes Transgenres	0	0	0	0	0
Sexe non renseigné	0	0	0	0	0
TOTAL	2	3	12	9	26
Suivi & renouvellement	18-24 ans **	25-29 ans **	30-39 ans **	40-49 ans **	TOTAL
Hommes	0	1	2	1	4
Femmes	2	2	4	5	13
Personnes Transgenres	0	0	0	0	0
Sexe non renseigné	0	0	0	0	0
TOTAL	2	3	6	6	17
Arrêt PrEP	18-24 ans **	25-29 ans **	30-39 ans **	40-49 ans **	TOTAL
Hommes	0	0	0	0	0
Femmes	0	0	1	0	1
Personnes Transgenres	0	0	0	0	0
Sexe non renseigné	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	1	0	1

** L'âge pris en compte est celui au moment de la première consultation sur la période considérée

Facteurs de risque

Facteurs de risques	Nombre de personnes	Pourcentage de personnes
HSH	3	8,3%
Migrants	31	86,1%
Hétéros multipartenaires	22	61,1%
UD	2	5,6%
Prostitution	16	44,4%
Aucun de ces facteurs de risque ou non	2	5,6%
TOTAL	36	100%

**** Seuls les facteurs de risque renseignés au moins une fois dans la période analysée sont pris en compte**

Schéma de prise

Schéma de prise	Nombre de personnes	Pourcentage de personnes
En continu	32	88,9%
Mixte / variable	2	5,6%
A la demande	2	5,6%
TOTAL	36	100%

e) Le Cegidd du CHOG

De 2018 à 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.

En 2021, 3 consultations en lien avec la PREP ont été réalisées au sein du CeGIDD dont 2 sont des primo-prescription, 1 homme <18 ans et 1 homme de 25-29 ans.

Les patients avaient tous une couverture sociale et deux sont des migrants.

f) Conclusion

Il est nécessaire 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).

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.

6. Le déploiement des TROD sur le territoire

Le COREVIH Guyane est acteur du déploiement des TROD VIH sur le territoire depuis plus de 10 ans.

1. Contexte

En 2012, le taux de sérologies VIH positives par million d'habitants était 9 fois supérieure à la moyenne nationale (1462 contre 169 sérologies positives par millions d'habitants) avec près de 52 millions de sérologies réalisées sur le territoire soit 80/1000 habitants. Le motif principal de réalisation du dépistage VIH était encore trop souvent la présence de signes cliniques liés au VIH ou à une pathologie opportuniste et donc à un stade tardif.

Toujours en 2012, la file active hospitalière guyanaise était estimée à 2000 patients. Parmi les nouveaux patients, un tiers étaient dépistés à un stade tardif ($CD4 < 200/mm^3$).

A cette époque, dans le plan de lutte contre le VIH 2010-2014, l'HAS recommande de :

- Proposer un test de dépistage à la population générale de 15 à 70 ans indépendamment d'une notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH à l'occasion d'un recours aux soins.
- Développer l'utilisation des TROD.
- Déployer en Guyane une offre de dépistage facilitée en allant au devant des publics isolés du système de soins traditionnel.
- Développer des offres alternatives de dépistage utilisant des TROD en milieu communautaire.
- Accompagnement post-annonce du diagnostic jusqu'à l'entrée dans le soin.

L'enjeu est de conduire vers le dépistage les personnes qui ne se considèrent pas exposées au risque et de faire baisser le nombre de diagnostics tardifs.

Ainsi le groupe d'experts mené par le professeur Morlat recommande :

- d'améliorer le dépistage de l'infection par le VIH en réduisant le délai entre le contact et le diagnostic et en réduisant les inégalités de dépistage entre les groupes et les différentes régions pour permettre la mise sous traitement de toutes les personnes atteintes et de permettre ainsi un meilleur contrôle de l'épidémie.
- de veiller à l'articulation entre le diagnostic et la prise en charge pour diminuer le nombre de personnes diagnostiquées et non suivies.

Le TROD est un test de dépistage rapide, c'est-à-dire un test unitaire, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'il est pratiqué auprès du patient.

Il peut être réalisé sur sang total, salive, plasma ou sérum.

Un TROD positif doit toujours être confirmé par un dépistage classique.

L'intérêt est de faciliter l'accès au dépistage des personnes qui ne se dépistent pas ou pas assez souvent par manque d'accès au dépistage traditionnel. De plus le TROD favorise la prise en charge post-annonce avec aucun perdu de vue pour le rendu des résultats. Il est utile dans les situations d'urgence du fait de sa rapidité de rendu des résultats et de sa bonne accessibilité.

2. Le dépistage par TROD :

Le TROD est un test de dépistage rapide, c'est-à-dire un test unitaire, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'il est pratiqué auprès du patient.

Il peut être réalisé sur sang total, salive, plasma ou sérum.

Un TROD positif doit toujours être confirmé par un dépistage classique.

L'intérêt est de faciliter l'accès au dépistage des personnes qui ne se dépistent pas ou pas assez souvent par manque d'accès au dépistage traditionnel. De plus le TROD favorise la prise en charge post-annonce avec aucun perdu de vue pour le rendu des résultats. Il est utile dans les situations d'urgence du fait de sa rapidité de rendu des résultats et de sa bonne accessibilité.

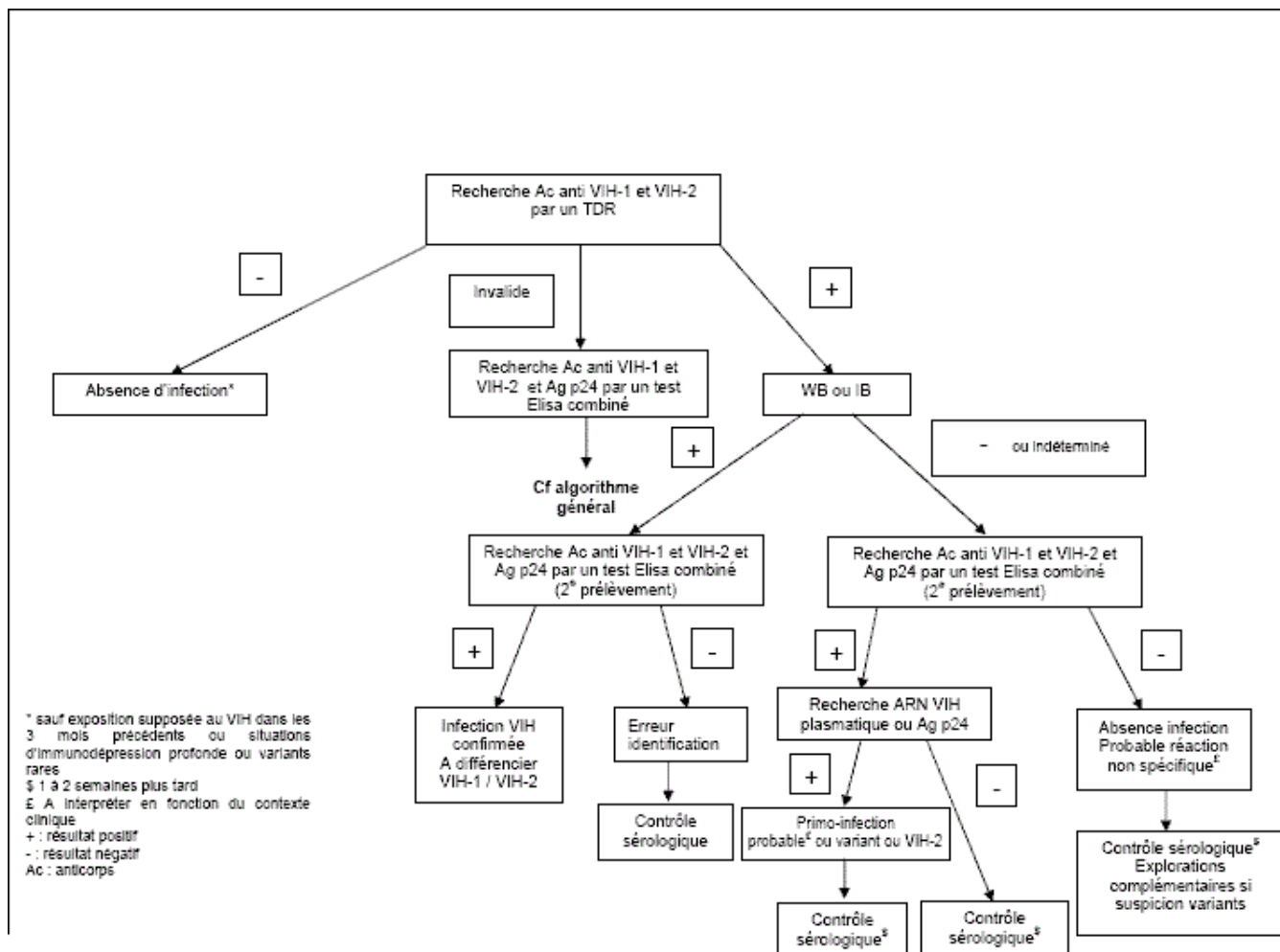


Figure 1 : algorithme de dépistage par TROD VIH

3. Le déploiement des TROD au Service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne

Le COREVIH Guyane a mis en place un projet pilote de dépistage du VIH par TROD par une équipe dédiée dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Cayenne, devant des actions déjà entreprise dans des services d'urgences ayant eu de bons résultats:

- Evaluation TROD aux USA dans 6 services d'urgence
 - Faisable
 - Coût efficace
 - Avec entrée dans les filières de soins
 - Pour réussir l'intégration d'une telle mesure, il faut avant le début de la recherche
- 2 études dans les urgences en France : ANRS et URDEP

L'objectif principal était de mettre en place une stratégie de dépistage du VIH par TROD réalisé par une équipe dédiée dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Cayenne .

Les objectifs secondaires étaient multiples :

- Décrire l'accès au dépistage et la demande de dépistage de ces patients.
- Décrire les causes d'acceptation / de refus.
- Décrire les caractéristiques des nouveaux cas diagnostiqués.

Evaluation du projet :

1. Logigramme des inclusions

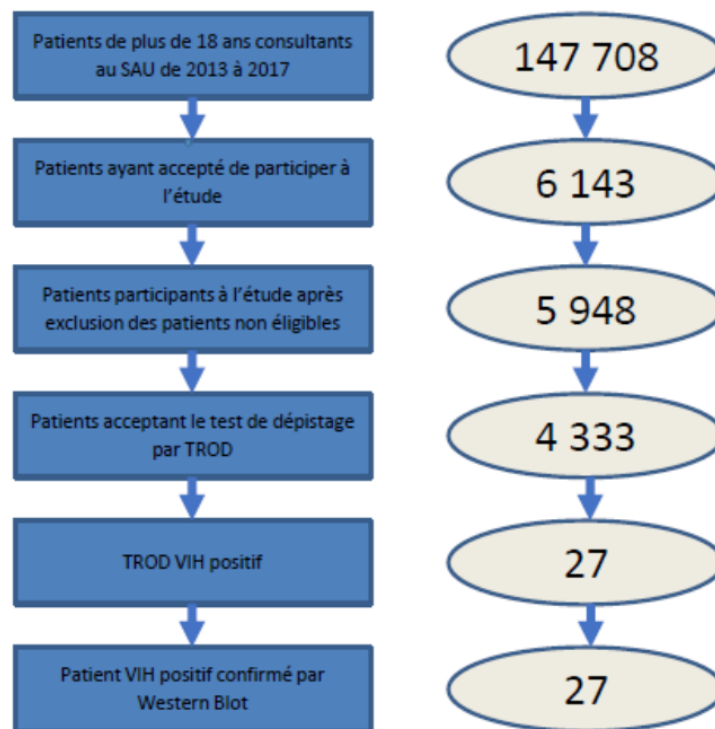


Figure 2 : Logigramme des inclusions

2. Caractéristiques des patients participants à l'étude

Parmi les patients ayant accepté de participer à l'étude, 54 % étaient des hommes, âgé de 18 à 92 ans avec une moyenne d'âge à 39 ans. La moitié étaient nés en France et trois quart avaient une couverture maladie. Parmi ces patients, 20% n'avaient jamais réalisé de test de dépistage VIH et 60% n'avaient pas réaliser leur test annuel.

On note que les hommes sans couverture sociale se dépistent moins.

3. Réalisation des TROD

Parmi les patients ayant accepté de participer à l'étude, 73% ont accepté le dépistage VIH par TROD, dont 36% ne seraient pas aller faire le test ailleurs.

Au cours de l'étude, 4333 TROD VIH ont été effectués, 33 TROD sont revenus positifs dont ceux de trois patients connaissant leur statut + trois tests faux positifs. Ainsi 27 TROD ont été confirmés positif par ELISA, soit 0,6% de test positifs.

4. Caractéristiques des patients dépistés positifs

Parmi les 27 patients nouvellement dépistés positif, tous étaient des hommes avec une moyenne d'âge de 42 ans. Les patients étaient principalement nés à l'étranger (81%) et 45% n'avaient pas de couverture sociale. Les pays les plus représentés étaient Haïti et le Brésil.

Plus de la moitié des patients (56%) n'avaient jamais fait de tests au cours de leur vie et 67 % ne seraient pas aller se faire dépister ailleurs.

Après orientation dans les services de suivi (HDJA ou UMIT), 78% des patients ont été mis sous traitement ARV et 86% en succès thérapeutique à 6 mois.

5. Conclusion

Du personnel dédié au dépistage et au counselling des IST permet d'informer et de dépister un plus grand nombre de patients.

Avec 0.6% des patients dépistés positifs, cette études incite à poursuivre cette stratégie de dépistage du VIH, développer les horaires de dépistage, déployer les autres TROD IST disponibles sur le territoire et étendre aux autres services d'accueil des urgences de Guyane.

4. Le déploiement des TROD communautaire en Guyane

Plusieurs associations du territoire guyanais ont une habilitations à réaliser des TROD : ADER, AIDES, ENTR'AIDES, ID Santé et Médecins du monde.

L'association ID santé ayant eu son habilitation aux TROD, il n'y a pas encore de données d'activité.

Associations habilitées aux TROD	Médecins du Monde	ADER	ENTR'AIDES	AIDES	Total
Habilitation				NC	
TROD VIH	01/09/2021 1	2016	15/11/2016		
TROD VHC	15/07/2015	2016	15/11/2016		
TROD VHB	08/11/2021	NA	NA		
Services partenaires pour les orientations	HDJA - CHC	CHK	HDJA - CHC Cegidd CRF Cayenne	NC	
TROD VIH réalisés				NC	
2010	54	NA	NA		54
2011	NC	NA	NA		0
2012	252	NA	NA		252
2013	298	NA	NA		298
2014	485	NA	NA		485
2015	522	NA	NA		522
2016	559	318	NA		877
2017	501	323	121		945
2018	293	267	121		681
2019	173	382	187		742
2020	14	342	72		428
2021	0	399	179		578
Total	3151	2031	680		5862
TROD VIH positifs				NC	
2010	2	NA	NA		2
2011	NC	NA	NA		0
2012	5	NA	NA		5

2013	2	NA	NA		2
2014	6	NA	NA		6
2015	4	NA	NA		4
2016	7	4	NA		11
2017	1	4	3		8
2018	3	3	3		9
2019	9	2	2		13
2020	1	1	72		74
2021	0	0	3		3
Total	40	14	83		137
Taux de positivité au VIH					
				NC	
2010	0,04	NA	NA		0,04
2011	NA	NA	NA		0,00
2012	0,02	NA	NA		0,02
2013	0,01	NA	NA		0,01
2014	0,01	NA	NA		0,01
2015	0,01	NA	NA		0,01
2016	0,01	0,01	NA		0,03
2017	0,00	0,01	0,02		0,04
2018	0,01	0,01	0,02		0,05
2019	0,05	0,01	0,01		0,07
2020	0,07	0,00	1,00		1,07
2021	NA	0,00	0,02		0,02
Total	0.23	0,04	1,08		1,35
TROD VHC réalisés					
				NC	
2014	34	NA	NA		34
2015	70	NA	NA		70
2016	41	0	NA		41
2017	80	0	0		80
2018	109	2	0		111
2019	30	26	0		56
2020	8	40	0		48
2021	0	51	0		51
Total	372	119	0		491
TROD VHC positifs					
				NC	
2014	0	NA	NA		
2015	0	NA	NA		
2016	0	NA	NA		
2017	1	NA	NA		
2018	1	0	0		
2019	0	0	0		
2020	0	0	0		
2021	NA	0	NA		
Taux de positivité au VHC					
				NC	
2014	0	NA	NA		0

2015	0	NA	NA	0
2016	0	NA	NA	0
2017	0,1	NA	NA	0,1
2018	0,1	0	0	0,1
2019	0	0	0	0
2020	0	0	0	0
2021	NA	0	NA	0

7. 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 positivité 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 positivité 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.

Axe 4 : 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

1. Occuper les lieux stratégiques décisionnels et d'expertise

a) Présentation orale

Mathieu NACHER :

Infocus, Reunion de expertos en micologia clinica, Mexico (novembre 2022)

Preemptive therapy of histoplasmosis in people living with HIV-AIDS

Aude LUCARELLI :

Mayotte sans SIDA (février 2022)

La Guyane, un autre DROM face aux inégalités en santé

Louise Hureau:

Journées des soignants, nos soignants ont du talent 2022, Cayenne (mai 2022)

Comportements à risque sexuel et addictif, et infections sexuellement transmissibles chez les orpailleurs illégaux en Guyane Française: une étude observationnelle multicentrique.

Journées Thématiques PrEP : CegiDD Santé sexuelle, Paris (juin 2022)

Comportements à risque sexuel et addictif, et infections sexuellement transmissibles chez les orpailleurs illégaux en Guyane Française: une étude observationnelle multicentrique.

Journées Nationales des Coordinateurs de Corevih, Nice (septembre 2022)

Délivrance du lait maternisé pour les nourrissons issus de mères séropositives au VIH ; Présentation du parcours d'accès harmonisé sur les sites du GHT de Guyane.

Nicolas VIGNIER :

EACS/SFLS Workshop, Paris (Novembre 2022)

The French response to the challenges of health care for migrants. HIV and co-infection care under difficult circumstances; the migrant crises and the war in Ukraine.

Journées Thématiques PrEP : CegiDD Santé sexuelle, Paris (juin 2022)

- Cas clinique infections sexuellement transmissibles.
- Facteurs associés à la rupture de suivi des personnes vivant avec le VIH résidant dans le bassin transfrontalier de Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane Française.

Congrès de Médecine Générale, Paris, (2022)

Parcours de soins de personnes migrantes primo-arrivantes aux antécédents de violences subies, prises en soin dans une PASS ambulatoire.

Leslie ALCOUFFE :

Congrès AFRAVIH, Marseille (avril 2022)

GUYASSeReMIG – Santé sexuelle des femmes migrantes consultant dans les Centres Prévention Santé de la Croix Rouge Française en Guyane française

Journées des soignants, nos soignants ont du talent 2022, Cayenne (mai 2022)

Etat des lieux de la santé sexuelle des femmes migrantes consultant dans les Centres Prévention Santé de la Croix Rouge Française en Guyane en 2021

Journées Thématiques PrEP : CegiDD Santé sexuelle, Paris (juin 2022)

Santé sexuelle des femmes migrantes consultant dans les Centres Prévention Santé de la Croix Rouge Française en Guyane.

23^{ème} Journées nationales d'infectiologie, Bordeaux, (juin 2022)

Connaissance de la prophylaxie pré-exposition au VIH et du potentiel préventif des antirétroviraux chez les femmes migrantes en Guyane française.

b) Communication écrite : poster

Louise Hureau:

Journées des soignants, nos soignants ont du talent 2022, Cayenne (mai 2022)

Comportements à risque sexuel et addictif, et infections sexuellement transmissibles chez les orpailleurs illégaux en Guyane Française: une étude observationnelle multicentrique.

Nicolas VIGNIER :

95th European General Practice Research Network (EGPRN) Meeting, Antwerp, Belgium (octobre 2022)

Are immigrants living in France more reluctant to receive vaccines than native-born French citizens? findings from the national health Barometer study.

AIDS 2022, Montreal (Juillet 2022)

Knowledge of HIV pre-exposure prophylaxis and antiretrovirals preventive potential among migrant women in French Guiana.

Congrès AFRAVIH, Marseille (avril 2022)

Parcours en santé sexuelle de personnes migrantes primo-arrivantes aux antécédents de violences subies, prises en soin dans une PASS ambulatoire.

23^{ème} congrès de la SFLS, Paris (novembre 2022)

- Dispositif Parcours : De l'Exil à l'élan !
- Facteurs associés à la rupture de suivi des personnes vivant avec le VIH résidant dans le bassin transfrontalier de Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane française.
- Des occasions manquées : La PrEP et le TPE restent sous utilisées en Guyane dans les zones isolées transfrontalières.
- L'épidémie de Monkeypox est-elle une occasion de prise en soins en santé sexuelle.
- Bilans de santé optimisés pour les migrants primo arrivant à la Croix Rouge française de Guyane, un modèle efficient ?

23^{ème} Journées nationales d'infectiologie, Bordeaux, (juin 2022)

- Comportements de prévention et recours aux soins des personnes en centre d'hébergement social durant la première vague de COVID-19 en France. 23^{ème} Journées nationales d'infectiologie. Bordeaux. 2022.
- Connaissance de la prophylaxie pré-exposition au VIH et du potentiel préventif des antirétroviraux chez les femmes migrantes en Guyane française.

Leslie ALCOUFFE :

AIDS 2022, Montreal (Juillet 2022)

Sexual health of migrant women attending French Red Cross Health Prevention Centers in French Guiana, in 2021.

Journées des soignants, nos soignants ont du talent 2022, Cayenne (mai 2022)

Etat des lieux de la santé sexuelle des femmes migrantes consultant dans les Centres Prévention Santé de la Croix Rouge Française en Guyane en 2021

c) 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 des groupe de travail « Vaccination-Prévention » et « Migrants et Populations vulnérables »
Membre du CA de la société de médecine des voyages
Membre de l'ESCMID
- Pr ADENIS
Membre de l'ASTMH : american Society of tropical Medicine and Hygiene
Membre de l'ISHAM : the International sopciety for Human and Animal Mycology

d) Sollicitation pour expertise des Dr LUCARELLI et Pr NACHER de la part du Pr EPELBOIN pour la rédaction du Rapport DELOBEL

2. Développer l'expertise à l'international et notamment pour les pays transfrontaliers

Deux articles focus (ref 1 et 16 ci dessous), incluant des coauteurs des pays voisins se sont pour la première fois penchés de façon globale sur les IST sur chaque frontière. Ayant compilé l'ensemble des informations des systèmes d'information et des publications sur le sujet, il visent à constituer une référence consultable par tous sur le sujet.

1. Nacher M, Koendjibiharie A, Michaud C, Rabier S, Leborgne C, Rousseau C, Lucarelli A, Thorey C, Gonzales A, Terlutter F, Thomas N, Gastel BV, Biacabe S, Eer MV, Vreden S, Hcini N, Woittiez L. Sexually transmitted infections on the border between Suriname and French Guiana: A scoping review. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Oct 5;9:994964. doi: 10.3389/fmed.2022.994964. PMID: 36275821; PMCID: PMC9583868.
2. Duplan H, Rabier S, Sudre C, Adriouch L, Lucarelli A, Huber F, Mutricy L, Wojcik JM, Vignier N, Pascolini E, Adenis A, Nacher M. The Evolution of HIV Patient Retention and Care in French Guiana: A Broader View From the Système National des Données de Santé. *Front Public Health*. 2022 Feb 17;10:823193. doi: 10.3389/fpubh.2022.823193. PMID: 35252098; PMCID: PMC8891454.
3. Nacher M, Adenis A, Blaizot R, Abboud P, Le Turnier P, Françoise U, Lucarelli A, Demar M, Djossou F, Epelboin L, Couppié P. Establishing the proportion of severe/moderately severe vs mild cases of progressive disseminated histoplasmosis in patients with HIV. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022 Nov 4;16(11):e0010856. doi: 10.1371/journal.pntd.0010856. PMID: 36331990; PMCID: PMC9668148.
4. Mutricy-Hureau L, Pisoni A, Suarez-Mutis M, Figueira da Silva A, Lambert Y, Mespoulhe P, Godin A, Parriault MC, Van Melle A, Mosnier E, Gaillet M, Michaud C, Schaub R, Galindo M, Adenis A, Nacher M, Vreden S, Tuillon E, Douine M. Sexual and addictive risk behaviors and sexually transmitted infections in illegal gold miners in French Guiana: A multicenter observational study. *PLoS One*. 2022 Sep 29;17(9):e0272932. doi: 10.1371/journal.pone.0272932. PMID: 36174015; PMCID: PMC9522014.
5. Pisoni A, Reynaud E, Douine M, Hureau L, Alcocer Cordellat C, Schaub R, Poland D, Monkel R, Lommen J, Yenkyan K, Vreden S, Nacher M, Tuillon E. Automated and combined HIV, HBV, HCV, and syphilis testing among illegal gold miners in French Guiana using a standardized dried blood device. *Acta Trop*. 2023 Feb;238:106731. doi: 10.1016/j.actatropica.2022.106731. Epub 2022 Nov 14. PMID: 36395882.
6. Alcouffe L, Huber F, Creton PM, Bitan L, Gonzalez A, Volpellier M, Vignier N. *Sexual vulnerability of migrant women in the multicultural context of French Guiana: A societal issue*. *Front Public Health*. 2022 10: 934049. doi: 10.3389/fpubh.2022.934049

7. Méchaï F, Bachelet D, Han L, Dubert M, Parisey M, Cordel H, Bourgarit A, Bertrac C, Chauveau S, Billard-Pomares T, Carbonnelle E, Bouchaud O, Yazdanpanah Y, Vignier N, Laouénan C. *Tuberculosis treatment outcomes among precarious patients in France*. Infect Dis Now. 2022;7(52) :389-395. doi: 10.1016/j.idnow.2022.08.004.
8. Vignier N, Moussaoui S, Marsaudon A, Wittwer J, Jusot F, Dourgnon P. *Burden of infectious diseases among undocumented migrants in France: Results of the Premiers Pas survey*. Frontiers in Public Health. 2022. 10:934050. doi: 10.3389/fpubh.2022.934050
9. Moussaoui S, Combes S, Ibanez G, Gautier A, Relyea B, Vignier N. *Are immigrants living in France more reluctant to receive vaccines than native-born French citizens? findings from the national health Barometer study*. Vaccine. 2022 Jun 21;40(28):3869-3883. doi: 10.1016/j.vaccine.2022.05.041. Epub 2022 May 27. PMID: 35644674
10. Osei L, Basurko C, Nacher M, Vignier N, Elenga N. *About the need to address pediatric health inequalities in French Guiana: a scoping review*. Arch Pediatr 2022;29(5):340-346.
11. 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, Lydie N, Simon A, Alcouffe L, Vignier N. *Addressing sexuality and sexual health with migrants. Practice guidelines*. Infect Dis Now 2022;52(2):61-67.
12. Vignier N, Bouchaud O, Fauroux A. *L'accès aux soins des personnes migrantes*. La Gazette de l'infectiologie. SPILF. Aout 2022.
13. Vignier N. *Maladies infectieuses et déterminants sociaux*. Le Mag | Fondation UG n°31. Juin 2022;6:35-37
14. Vignier N. *L'aide médicale d'état est-elle vraiment un problème économique ?* De Facto n°31. Février 2022
15. Vignier N. *Migration and changing global patterns of infectious disease*. In: Sandro G, Ettman C, Zaman M. *Migration and health*. Boston: University of Chicago Press. 2022, p. 91–97. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226822495.001.0001>
16. Nacher M, Divino F, Leborgne C, Correa V, Rabier S, Lucarelli A, Rhodes S, Gaillet M, Malafaia D, Rousseau C. *Sexually transmitted infections on the border between Brazil and French Guiana*. Frontiers in Public Health (2023) 11:1.
16. 17. Divino F, Nacher M, dos Santos Pereira R, Peiter P. *Vulnerability of the HIV cascade of care in an Amazonian town: A qualitative study*. Frontiers in Public Health (2022) 10:

CONCLUSION

Le présent rapport illustre la diversité des activités réalisées par les différents acteurs. Quelques conclusions prudentes peuvent être tirées :

Tout d'abord le nombre de nouveaux diagnostics semble avoir substantiellement baissé depuis 2020. Ce résultat est plausible du fait des efforts importants de prévention combinée, de dépistage, et de prise en charge des dernières années. Il faut cependant noter que dans d'autres pays on a assisté à une baisse de 19% (dans certains pays plus de 40%) du nombre de nouveaux diagnostics depuis le COVID-19, baisse qui n'a pas été corrigée à distance de la fin de l'épidémie. Si ces chiffres se confirment (il faut voir si le SNDS capte des nouveaux patients exclusivement vus en ville et voir l'évolution du nombre de dépistages réalisés—cela reste toujours aussi laborieux de compiler le nombre de tests...), ce serait une excellente nouvelle. En tout cas sur les fleuves, les CDPS et les acteurs associatifs ont considérablement musclé l'activité de dépistage qui est au même niveau que ce qui est pratiqué en métropole, ce qui est remarquable.

Outre l'aspect quantitatif, il semble que depuis 2020 le profil épidémiologique des nouveaux diagnostics a changé: près de 1 nouveau patient sur 4 a pour mode de transmission des rapports avec des hommes alors qu'auparavant cette proportion était inférieure à 5%. Sans doute faut-il renforcer la prévention ciblée sur les HSH.

Le succès thérapeutique est imparfait autour de 90% des patients évalués ayant une charge virale indétectable. Il faut cependant noter que chez les nouveaux patients mis sous traitement on atteint 98% de succès.

Le SIDA et les décès sont toujours en baisse, ce qui est conforme au succès thérapeutique et à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics VIH, et rassure par rapport à un scénario où une proportion importante de patients seraient non diagnostiqués ou non suivis; en effet, dans ce scénario, on verrait plus de patients arrivant avec des pathologies opportunistes.

D'une façon générale, sur le plan des IST, il est aussi laborieux de compiler les chiffres des diagnostics des différentes IST qui sont dispersés dans différentes structures ne répondant pas toujours en temps utile pour transmettre les informations. La forte résurgence de la syphilis à l'ouest (et notamment les nombreux cas de syphilis congénitale) est préoccupante et montre l'importance d'une bonne surveillance épidémiologique. Les patients ayant une hépatite B chronique sont massivement perdus de vue alors qu'ils pourraient parfois bénéficier d'un traitement.

Malgré les progrès accomplis, la situation des IST et du VIH n'est jamais statique et nécessite toujours une vigilance pour détecter les évolutions épidémiologiques dans notre contexte complexe.



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