



RAPPORT **D'ACTIVITÉ** **2015**



COREVIH Guyane

COREVIH Guyane

Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon

Avenue des Flamboyants - BP 6006

97306 Cayenne cedex

Téléphone : 0594 39.48.12

Télécopie : 0594 39.50.16

Email : corevih@ch-cayenne.fr

SOMMAIRE :

1. ORGANISATION DU COREVIH GUYANE :

1.1 Identification du territoire de référence

1.2 La structure

1.3 Liste des Membres et Bureau du COREVIH Guyane

2. MOYENS DU COREVIH GUYANE :

2.1 Ressources humaines

2.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement

2.3 Moyens financiers

3. ACTIVITES RELATIVES AUX MISSIONS DES COREVIH :

3.1 Les indicateurs de fonctionnement

3.2 Suivi des outils développés

ORGANISATION DES COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DU COREVIH :

BILAN DES ORIENTATIONS DE TRAVAIL 2015

3.3 Bilan formations 2015

4. ORIENTATION DU COREVIH EN 2016

5. BILAN EPIDEMIOLOGIQUE

2. MOYENS DU COREVIH GUYANE :

2.1 Les ressources humaines :

Tableau des personnels en poste en 2015 :

	Temps consacré (ETP)	Noms
Coordination médicale	1 + 0,3 ETP Praticien Hospitalier	Pr. Mathieu NACHER Dr. Leila ADRIOUCH
Coordination administrative	1 ETP	Mme Sylvana THERY remplacée par Mme AUZ Marie au 1/04/15
TEC	5,5 ETP	<u>Affectées sur Cayenne :</u> Mme Ketty BIENVENU (1 TP) Mme Lidia SAINTLOUIS (1 TP) Mme Sergine SOYON (1 TP) Mme Karine VERIN (1 TP) <u>Affectée sur Kourou :</u> Mme Hélène TAITZ (1/2 TP) départ à la date du 1/04/15 non remplacée jusque fin d'année <u>Affectée sur Saint-Laurent du Maroni :</u> M. Ibrahim ALI (1 TP) à la date du 10/6/2014 départ à la date du 31/07/15 non remplacé jusque fin d'année
Secrétariat	1 ETP	Mme Rose-Hélène REIVAX
Interne	1 interne/semestre	1 FFI CHAPONNAY Amandine du 8/01/15 au 11/12/15

2.2 Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement :

AU SIEGE (Centre hospitalier Andrée Rosemon – Cayenne)	MOYENS	AU TOTAL
Bureau du Président – local individuel	1 poste informatique 1 imprimante 1 ligne téléphonique extérieure	
Bureau de la Coordination médicale/ administrative et de l'Interne – local partagé	2 postes informatiques fixes 1 poste informatique portable (pour l'interne) 1 imprimante <u>partagée</u> 1 ligne téléphonique extérieure 1 poste téléphonique en interne	Postes informatiques = 10 Imprimante = 5
Bureau de la Secrétaire et des Techniciennes d'Etudes Cliniques – local partagé	5 postes informatiques 1 imprimante <u>partagée</u> 1 photocopieur <u>et</u> 1 fax <u>partagés avec la Coordination et l'Interne</u> 1 ligne téléphonique extérieure 1 poste téléphonique en interne	Photocopieur = 3 Fax = 3
AUTRES ETABLISSEMENTS	MOYENS	
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni – Local partagé avec quatre autres personnes Moyens mis à disposition du TEC par l'établissement d'accueil	1 poste informatique 1 imprimante <u>partagée</u> 1 photocopieur <u>et</u> 1 fax <u>partagés avec l'HDJ</u> 1 ligne téléphonique extérieure	Lignes téléphoniques extérieures = 5 Téléphones en interne = 2
Centre Médico-Chirurgical de Kourou – Local partagé avec le secrétariat des consultations Médecine/CDAG Moyens mis à disposition du TEC par l'établissement d'accueil	1 poste informatique 1 matériel compact « imprimante/ photocopieur/ fax » <u>partagé</u> 1 ligne extérieure <u>partagée</u>	

2.3 Moyens financiers

DOTATION FIR de 1 114 000 euros	
Ressources humaines en poste	
Coordination médicale	1,3 ETP PH
Coordination administrative	1 ETP
Technicien d'étude clinique	5,5 ETP (4CHAR+1CHOG+0,5CMCK)
Secrétaire	1 ETP
Ressources humaines sollicitées	
Technicien d'étude clinique fléché "hépatites" - 1 ETP	
Technicien d'étude clinique en renfort (CHOG/CDPS/prison)	
Data manager	1 ETP
Frais de fonctionnement	
DEPLACEMENTS :	
EN GUYANE : transport, hébergement, restauration	
- du Président	
- du Médecin coordonnateur	
- du Coordinateur administratif	
- des TEC	
EN METROPLE : transport, hébergement, restauration, inscription congrès / formations	
- du Président	
- du Médecin coordonnateur	
- du Coordinateur administratif	
- des TEC/secrétariat	
- Autres (dont formations stratégiques)	
ORGANISATION REUNIONS DU COREVIH / FORMATIONS COREVIH	
- Réunions COREVIH (collation)	
- Prise en charge frais de déplacement des personnes "conventionnées pour des missions ciblées" (membres du COREVIH + associatifs) (cf. convention partenariat CHAR/Asso)	
- Formations organisées par le COREVIH	
INFORMATIQUE : prestation informatique e-Nadis	
- Maintenance annuelle	
- Mise en place de la passerelle (x 3 sites)	
- Déploiement DOMEVIH	
MATERIEL : achats divers	
- Ouvrages, revues spécialisées VIH-SIDA	
- Commande de mobiliers et matériel	

3. ACTIVITES RELATIVES AUX MISSIONS DES COREVIH :

MISSION 1 :

Favoriser la coordination des activités des acteurs de la lutte contre le V.I.H. Il s'agit de la coordination de l'ensemble 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 la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé.

Les missions coordonnées par les COREVIH sont réalisées par les acteurs qui en ont la charge, le COREVIH étant chargé d'en améliorer la complémentarité, la cohérence et la diffusion.

MISSION 2 :

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. Il s'agit d'un travail collectif basé sur la confrontation et les échanges de pratiques, l'évaluation de celles-ci et l'harmonisation des protocoles et procédures. La COREVIH s'appuie sur les recommandations et rapports produits par les experts et différentes agences nationales telles l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Agence française de sécurité des produits de santé (AFSSAPS) ou la Haute autorité de santé (HAS).

MISSION 3 :

Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

3.1 Les indicateurs de fonctionnement :

INDICATEURS DE FONCTIONNEMENT		
		Commentaires :
Indicateurs de coordination	Diffusion et organisation des staffs et des réunions pluridisciplinaires	Cf tableau 1 et 2 ci dessous
	Mailing lists pour diffusion des informations cibles	65 mailing lists
	Groupes de travail des commissions	6 commissions avec 15 groupes de travail (<i>organisation tabelau suivant</i>)
Outils de communication (<i>internet, téléphone, supports écrits ...</i>)	Bulletins trimestriels	1/trimestre
	News letters	1/mois
	Mailing lists	
	Doodle, dropbox etc.	
	Communiqués spéciaux à large diffusion et acteurs cibles	
Appui à la coordination des acteurs associatifs et institutionnels	Organisation des EPU avec Kikiwi	
	Participation aux réunions SPIP (prison et VIH)	1/2 mois
	appui logistique pour les grands évènements (JMS...)	
	Groupes de travail de l'ARS	
Participation des coordinatrices aux manifestations rattachées à la thématique du VIH	En Guyane	Réunions transfrontalières / PAHO Amazonie
	En Métropole	SFLS (<i>Société française de la lutte contre le sida</i>) / SFSP (<i>Société française de santé publique</i>) / ATHS (<i>Colloque : Addictions Toxicomanies Hépatites Sida</i>)

Tableau 1 : Réunions annuelles du COREVIH Guyane

2015	Réunions (nombre)	Participants (nombre)	Ordre du jour	Compte rendu de réunion
3 séances plénières	12/05/2015 (salle Domus Médica)	Membres Collège 1 : 2 Collège 2 : 1 Collège 3 : 3 Collège 4 : 4 Invités : 15	Oui	Oui
	11/09/2015 (salle Domus Médica)	Membres Collège 1 : 1 Collège 2 : 1 Collège 3 : 3 Collège 4 : 3 Invités : 38	Oui	Oui
	11/12/2015 (salle Domus Médica)	Membres Collège 1 : 4 Collège 2 : 0 Collège 3 : 2 Collège 4 : 1 Invités : 32	Oui	Oui
3 réunions de Bureau	23/01/2015	Présents : 7	Oui	Oui
	11/09/2015	Présents : 10	Oui	Oui
	11/12/2015	Présents : 7	Oui	Oui

Tableau 2 : Réunions de concertation pluridisciplinaires et staffs

STAFF FEMMES ENCEINTES	2015
Nombre de dossiers présentés	142
Nombre de staffs	9
Nombre de participants	83

STAFF MEDICO-PSYCHO- SOCIAL	2015
Nombre de dossiers présentés	148
Nombre de staffs	16
Nombre de participants	114

COMITE DES THERAPEUTIQUES	2015
Nombre de dossiers présentés	23
Nombre de RCP	8
Nombre de participants	37

STAFF « PATIENTS DIFFICILES »	2015
Nombre de dossiers présentés	16
Nombre de RCP	5
Nombre de participants	54

3.2 Suivi des outils développés :

ORGANISATION DES COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DU COREVIH :

Les groupes de travail sont mis en place tous au long de l'année avec un agenda qui tient compte des imprévus (ex : arrêtés ministériels, réunions organisées en « urgence »...) et des remaniements des acteurs important en Guyane (départ d'un acteur clé qui peut momentanément « bloquer » un groupe de travail ou au contraire arrivée d'un acteur phare qui déclenche le fonctionnement d'un groupe de travail spécifique).

Commissions	Groupes de travail
Communication/Prévention	Evènementiel (axe « déploiement des actions sur le territoire lors des grands évènements sur la thématique VIH »)
	Actions de communication/prévention continues (axe « stratégie continue de communication sur le VIH »)
Dépistage	Amélioration de l'offre de dépistage global sur le territoire
Prise en charge	Milieu carcéral/post-carcéral remplacé en décembre 2015 par la création d'une commission intitulée « prison »
	Centres de santé/populations isolées
	Périnatalité
	Perdus de vue
	Précarité/Addictions/populations vulnérables
	Amélioration de la qualité de vie (ETP, BSA, ateliers patients...)
	Vieillessement/Co morbidités
Harmonisation des pratiques	Nadis/Domevih/...
	Harmonisation de la prise en charge VIH (AES/Vaccinations/Gestions des ARV/...)
	Gestion des formations pour les salariés du Corevih et l'aide à l'organisation de formations concernant la prise en charge du VIH
Gestion administrative	Budget/Fonctionnement interne
	Rapport annuel/Fiches « Action »
Prison	

BILAN DES ORIENTATIONS DE TRAVAIL 2015

Le 23 janvier 2015, la réunion de bureau du Corevih Guyane a validé ces axes prioritaires :

- le déploiement global de l'offre de dépistage sur le département
- la poursuite du travail mené en 2014 en communes isolées et CDPS
- la poursuite du travail mené en 2014 sur l'accès aux droits
- le travail de réflexion sur la fusion des CDAG/CIDDIST, avec l'organisation de ce nouveau dispositif
- la poursuite du travail mené en milieu carcéral
- le renforcement du travail de coordination dans l'ouest guyanais (zone d'intervention de travail privilégié pour 2015)
- ETP/patients VIH

Orientations 2015	Bilan 2015 des Actions réalisées
Le déploiement global de l'offre de dépistage sur le département	Poursuite du dispositif de dépistage par « TROD » au CHAR (mise en place du TROD dans les services clés, en CDPS, aux urgences... avec suivi des commandes, du stock et gestion des critères de qualité par le Corevih)
	Une formation TROD organisée par le COREVIH, dédiée aux professionnels de santé de la Guyane en partenariat avec l'association AIDES. Date : 28 septembre 2015 au 2 octobre 2015. Le nombre de participant était de 16 personnes sélectionnées selon le territoire et leurs compétences au sein de leurs structures respectives.
	Accompagnement des acteurs associatifs au dépistage par TROD
	Aide au montage de dossier de la demande d'habilitation de l'association Akatij de Kourou, Centre Littoral.
	Participation à plusieurs évènements de prévention tel que la JCD 2015 et la JMS 2015 : partenariat avec des associatifs (prévention/éducation à la santé) / un dépistage plus soutenu grâce à l'organisation des médecins de l'HDJA / orientation au CDAG pour un dépistage et autres consultations.
	Réunion de mise en place des auto-tests en officine. Organisation de communications ciblées et large public sur les auto-tests. Organisation avec Kikiwi des 2 EPU (Cayenne et Saint-laurent) sur les autotests. Participation à l'élaboration « moyens de dépistage » du réseau Kikiwi
La poursuite du travail mené en 2014 en communes isolées et CDPS (Médecins co-référents DRs Mosnier et Epelboin, data-manager spécifique : Dr. Basma Guarmit)	Participation aux réunions transfrontalières
	Participation aux réunions organisées par le POAmazonien
	Participation aux formations des acteurs (formations ETP et TROD)
	Co-organisation EPU en CDPS
	Suivi du dépistage par TROD
	Co-organisation de la veille épidémiologique spécifique en CDPS (cascade de soins, optimisation de la délivrance des ARV...)
	Co-élaboration d'un programme stratégique spécifique « vih-hépatites » en CDPS/zones frontalières

	Appui aux missions « avancées » d'infectiologie pour la prise en charge des patients VIH en CDPS
La poursuite du travail mené en 2014 sur l'accès aux droits	Dysfonctionnements administratifs majeurs mettant en péril le suivi clinique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) migrants (en particulier : retard de traitement des demandes de carte de séjour pour soins, pertes de dossiers...). Deux points majeurs ont été décidés pendant ces un an de fonctionnement : - une lettre COREVIH a été envoyée à la préfecture afin de faire par des inquiétudes recensées par les associatifs et personnels du CHAR - une proposition de recueil de données est en cours de validation Depuis fin 2015, l'ARS relance son groupe de "Veille sanitaire". Le COREVIH est en pleines réflexions sur la viabilité de ce groupe et son éventuelle fusion avec celui de l'ARS.
Fusion des CDAG/CIDDIST : CEGIDD	Organisation des réunions de travail avec appui de l'ARS Diffusion régulière des décisions ministérielles aux acteurs Guyanais avec « vulgarisation » de l'information (notamment lors des plénières du Corevih) Rédaction du projet CEGIDD du CHAR Appui à la rédaction des projets CEGIDD des autres partenaires institutionnels Missions d'expertises des projets CEGIDD de Guyane
La poursuite du travail en milieu carcéral (Co-référent : Dr Huber)	Missions avancées "VIH" au centre pénitentiaire de Rémire Monjoly. Co-organisation des réunions de travail inter-partenaires : tous les 2 mois avec le SPIP, l'UCSA, l'UFPI, COREVIH, et les partenaires extérieurs afin : - d'améliorer le suivi "dedans-dehors" des détenus infectés par le VIH, - d'optimiser la coordination entre les acteurs

	Encadrement de deux thèses : -une thèse (présentée en Mai 2015) : "suivi post carcéral des détenus du centre pénitencier de Rémire Montjoly" d'Alice Merceron. - une thèse (présentée en Novembre 2015) : "enquête CAP : VIH au sein des détenus du centre pénitencier de Rémire Montjoly"
	Appui aux missions de promotion de la santé (risques sexuels) des associations
	Appui et suivi du projet post doctoral du Dr Gadio Gueda « identification des facteurs favorisant ou entravant le suivi des pvVIH en Guyane
Le renforcement du travail de coordination dans l'Ouest Guyanais	Renforcement du temps de présence du Corevih dans l'ouest guyanais
ETP/Patients VIH (Co-référent Dr Calvez)	Co-rédaction du projet ETP du service de l'hôpital de jour Adultes du CHAR
	Suivi des formations ETP du réseau Kikiwi
	Missions d'expertises des projets ETP de Guyane
	Participation aux ateliers « patients » des associations (missions d'expertise)
	Sur l'île de Cayenne : Création d'un groupe de travail ETP : mise en place d'un groupe de travail ayant pour but de créer une plateforme en ETP : CHAR et associatifs

Autres axes de travail dits « annexes » : renforcement / développement de la prévention des risques sexuels en milieu scolaire, populations vulnérables, harmonisation des pratiques, déploiement du DOMEVIH...

Groupes de travail annexes 2015	
Axes de travail "annexes"	Principales actions réalisées
Groupe Crack/VIH	Participation aux EPU de Janvier et Février 2015 par le Réseau Kikiwi Dans la continuité, 2 journées sur cette thématique afin dans un 1er temps : la rencontre des acteurs, dans un 2nd temps : définition d'objectifs de santé à améliorer selon les acteurs de terrain Rencontre le service d'ELSA et le CRPV indépendamment dans le cadre de leurs formations addictions Organisation d'un séminaire de travail (en collaboration avec le cic-ec) : détermination des axes de travail selon les compétences des acteurs (document diffusé). => 1er groupe de travail mis en place lors de la plénière du 11 septembre 2015. Renouvelé le 11 décembre 2015. Participation d'un membre COREVIH au congrès « ATHS (Addictions/Toxicomanie/Hépatites/Sida) 2015 » Co-rédaction d'un cycle de formation Crack/Troubles psychiques/Hépatites/VIH
Groupe HSH	Rencontre des associatifs en mai 2015 : organisation d'un séminaire de travail (en collaboration avec le cic-ec) : détermination des axes de travail selon les compétences des acteurs (document diffusé) Groupe de travail réuni lors de la plénière de Septembre 2015 Problème : plusieurs acteurs clés ne sont plus présents sur le territoire guyanais ce qui bloque l'évolution du groupe pour l'instant.
Groupe "éducation à la santé chez les femmes PvHIIH"	Création d'un sous groupe dans la commission ETP qui souhaitait répondre à un besoin venant des patientes de l'HDJA. 1 médecin / 2 coordinatrices Corevih/ 1 coordinatrice Kikiwi / 1 AS / 2 IDE ETP / 1 psychologue.

	Partenariat avec le Réseau kikiwi dans la création d'un programme d'ateliers "Femmes et VIH" à direction des patientes de l'HDJA.
Groupe Travailleuses du sexe / VIH	Organisation d'une première réunion avec l'association ADER et Entr'aides nov.2015
Participation des coordinatrices aux manifestations portant sur la thématique du VIH.	Journée Caribéenne de Dépistage : Période : semaine 22 au 27 juin 2015 Objectif : « Incitation au dépistage précoce » - Appui à la coordination des réunions d'organisation - Mobilisation des acteurs par de nombreuses actions de prévention et d'incitation au dépistage VIH - Ateliers d'animation de prévention - Offre de dépistage par TROD et tests classiques (au sein du CHAR/CHOG et hors les murs) - Campagne de communication - Plan de communication financé par l'ARS - Distribution de préservatifs -Couverture médiatique -Recensement des actions de proximité via un relevé - Evaluation des indicateurs quantitatifs pré-listés - Recueil de l'activité de dépistage TROD et de l'activité sérologique auprès des structures habilitées, des médecins libéraux, des laboratoires hospitaliers et de ville. - Recueil des activités de prévention - Réalisation et diffusion aux partenaires du bilan global d'évaluation

Journée Mondiale de lutte contre le Sida :

Période : 1er décembre 2015

Objectif : « 90% - 90% -90% »

- Mobilisation des acteurs par diverses actions, tenue de stands de prévention/information VIH/IST (CHAR/CHOG – hors les murs)
- Appui à la coordination des associatifs et institutionnels (IFSI / Collège Nonnon)
- Mise en place partenariat collège Nonnon/CHAR et IFSI Cayenne/CHAR pour des actions de prévention.
- Mise en place des outils de communication en collaboration avec Guyane Promo Santé
- Action INPES : la campagne "Dépistage" qui sera diffusée en décembre et qui comprendra un volet terrain en complément d'une diffusion média (9/12/15 au 13/12/15) (Pas d'affiche régionale créée)
- Couverture médiatique (communiqué de presse ARS le 26/11/14 – intervention de la presse locale)
- Recueil global : en cours (association SIS)

Semaine transfrontalière :

Du 21 au 26 septembre 2015, partenaires institutionnels et associatifs, guyanais et brésiliens ont organisé la semaine de la santé à Saint Georges et de l'autre bord du fleuve à l'Oiapoque.

Objectif général du projet de coopération : « La réduction de l'impact de l'infection par le VIH à la frontière franco-brésilienne ».

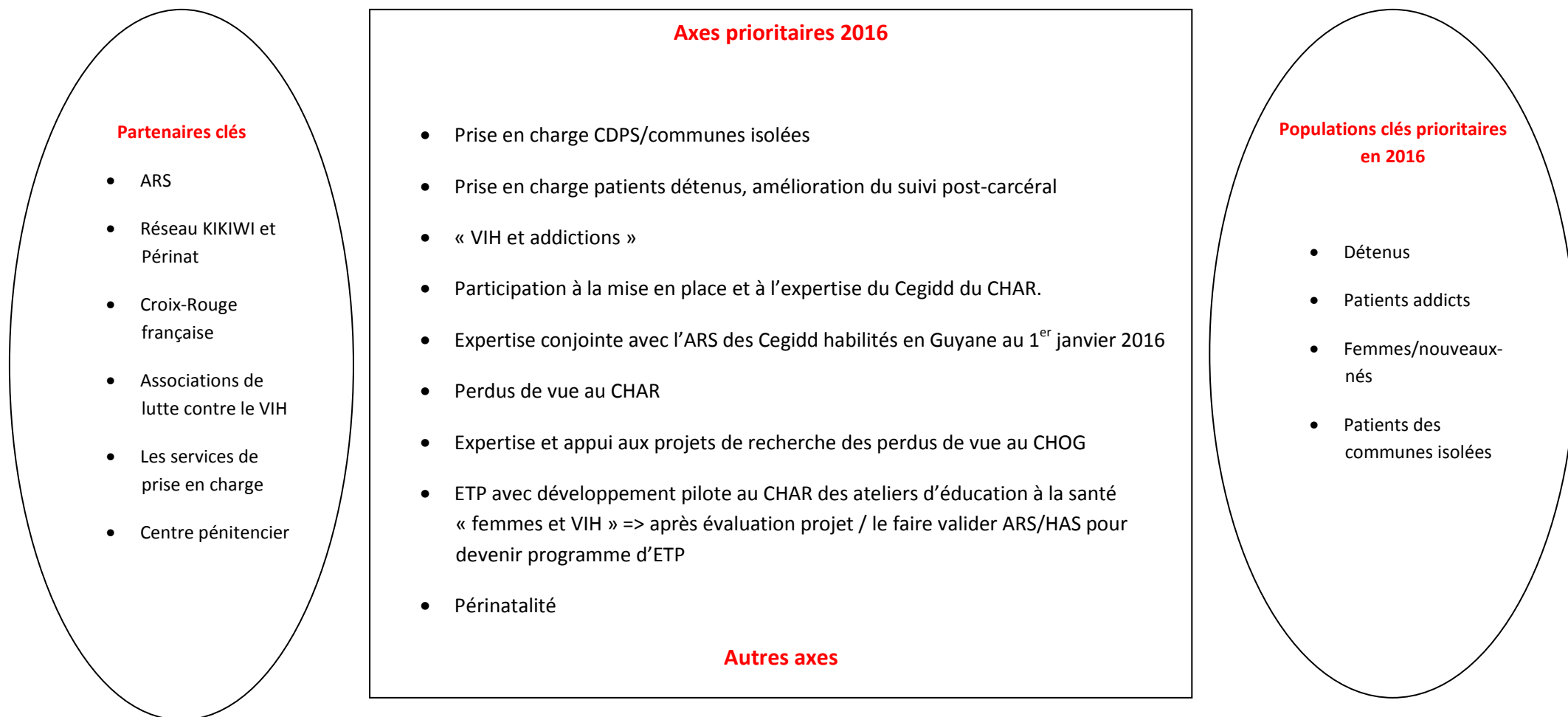
- Sensibilisation des populations à la prévention et au dépistage.
- Campagne de communication bilingue.

	- Accès à l'information et au dépistage des populations les plus isolées grâce aux « pirogues de prévention » des deux côtés de la frontière -Ateliers de prévention dont les collèges respectifs des zones transfrontalières. -Activités de dépistage au plus près des populations et favoriser l'accès au dépistage -Visites de l'hôpital d'Oiapoque, du CDPS de Saint-Georges de l'Oyapock, CASAI, UNIFAP - temps d'échanges entre les professionnels - échanges de pratiques - Etat des lieux du village de Kumaruma – se situe sur un embranchement du fleuve de l'Oyapock côté brésilien
Périnatalité	Mise en place d'un groupe de travail « corevih/réseau périnatalité/réseau Kikiwi » : procédures et recommandations de bonnes pratiques en cours d'élaboration et validation
Perdus de vue	Elaboration d'une procédure de rappel au CHAR, avec mise en place d'un référent au CHAR (IDE : Julie Delanoe) Elaboration d'une procédure de prise en charge spécifique des perdus de vue Mise en place de groupe de travail au CHOG et à Kourou Elaboration d'une « charte patient » pour le partage du secret professionnel
Déploiement du Domevih	Installation du DOMEVIH avec « correction » des bases de données
Harmonisation des pratiques	Diffusion continue des nouvelles recommandations, des procédures... à l'ensemble des acteurs Formation au logiciel Nadis et extension des utilisateurs de Nadis Formation du personnel des CDPS et des nouveaux professionnels Formation sur site des TECS

3.3 Bilan formations 2015

Nom de la formation	Statut du Salarié formé	ORGANISME	Dates
Séminaire de formation "TEC en COREVIH"	2 TEC	SFLS	15-20 Juin 2015
Process com'	2 coordinatrices COREVIH	Laboratoire Privé	17 et 18 Juillet 2015
Data manager	1 TEC	FORMATIS	13 Avril au 5 Juin 2015
Eductation thérapeutique	1 coordinatrice médicale	Réseau Kikiwi	40h Décembre 2015
TROD	1 coordinatrice	COREVIH	35h Septembre 2015
EPP tous au long de l'année	1 coordinatrice	Laboratoires Privés	2015
« ATHS (Addictions/Toxicomanie/Hépatites/Sida) 2015 »	1 médecin membre du COREVIH	ATHS	29 Septembre au 2 Octobre 2015
SFLS (<i>Société française de la lutte contre le sida</i>)	1 coordinatrice médicale	SFLS	8 et 9 Octobre 2015
SFSP (<i>Société française de santé publique</i>)	1 coordinatrice	SFSP	4 au 6 Novembre 2015

4 ORIENTATIONS DU COREVIH EN 2016 :



5 BILAN EPIDEMIOLOGIQUE :

Les données sur Kourou et Saint Laurent ne sont pas disponibles du fait du départ des techniciens d'études cliniques. Ceux ci viennent d'être remplacés et devraient donc progressivement rattraper ce retard.

Malgré l'amélioration des résultats thérapeutiques, le VIH tue toujours : on note ainsi 13 décès à Cayenne. Ceci souligne à nouveau l'importance d'un dépistage le plus précoce possible et d'un suivi régulier. On note ainsi 226 perdus de vue à Cayenne soit 17% de la file active. Le problème de la rétention dans le soin a été particulièrement documenté dans la certaines populations vulnérables, tels que les anciens détenus. Ainsi, 55 à 60% des pvVIH sortis de prison entre 2007 et 2013 ont été perdus de vus ou sont décédés après leur libération. Le taux brut de mortalité a été estimé à environ 10 fois celui de la population générale guyanaise, alors même que ces patients étaient peu immuno-déprimés (thèse d'Alice Merceron soutenue en 2015).

A l'hôpital de jour en 2015 on note une augmentation du nombre de personnes prises en charge. Ceci est sans doute lié, au moins en partie, à l'activité du centre pénitentiaire (Dr Huber) qui est maintenant saisie dans eNADIS, combiné à un retour dans le soin de pvVIH préalablement dépistés mais non suivis.

```
. tab ANNEE_PEC, plot
```

ANNEE_PEC	Freq.	
1991	2	*
1992	24	*****
1993	14	*****
1994	10	****
1995	19	*****
1996	28	*****
1997	30	*****
1998	34	*****
1999	35	*****
2000	38	*****
2001	34	*****
2002	44	*****
2003	53	*****
2004	48	*****
2005	57	*****
2006	47	*****
2007	54	*****
2008	63	*****
2009	60	*****
2010	62	*****
2011	49	*****
2012	65	*****
2013	66	*****
2014	73	*****
2015	130	*****
Total	1,139	

De même à l'UMIT l'augmentation du nombre de nouvelles personnes prises en charge correspond à l'activité accrue dans les centres de santé (Dr Mosnier), et à l'arrivée d'un nouveau médecin investi dans la prise en charge des pvVIH (Dr Epelboin).

```
. tab ANNEE_PEC, plot
```

ANNEE_PEC	Freq.	
1992	3	***
1994	2	**
1995	1	*
1996	3	***
1997	1	*
1998	1	*
1999	3	***
2000	1	*
2001	2	**
2002	4	****
2003	4	****
2004	3	***
2005	4	****
2006	4	****
2007	8	*****
2008	9	*****
2009	10	*****
2010	19	*****
2011	10	*****
2012	13	*****
2013	11	*****
2014	26	*****
2015	43	*****
Total	185	

Ainsi, en l'espace de 2 ans (2013-2015), le nombre de nouveaux pvVIH pris en charge annuellement a doublé à l'HDJA et quadruplé à l'UMIT. Il s'agit en premier lieu de patients qui étaient déjà connus et non suivi ou en rupture de suivi. Néanmoins, 2015 a été l'année la plus pourvoyeuse de nouveaux patients enregistrés sur Cayenne (n=96).

Ainsi, il semble y avoir une augmentation modérée des nouveaux diagnostics à l'HDJa et une amélioration sensible à l'UMIT, qui correspond largement aux nouveaux patients diagnostiqués en CDPS.

HDJa

. tab ANNEE_VIH, plot

ANNEE_VIH	Freq.	
1986	2	*
1987	4	***
1988	3	**
1989	6	****
1990	12	*****
1991	14	*****
1992	14	*****
1993	19	*****
1994	13	*****
1995	29	*****
1996	29	*****
1997	26	*****
1998	43	*****
1999	30	*****
2000	42	*****
2001	33	*****
2002	48	*****
2003	58	*****
2004	50	*****
2005	58	*****
2006	55	*****
2007	60	*****
2008	58	*****
2009	49	*****
2010	47	*****
2011	45	*****
2012	66	*****
2013	43	*****
2014	53	*****
2015	74	*****
Total	1,083	

. tab ANNEE_VIH, plot

ANNEE_VIH	Freq.	
1989	1	*
1991	1	*
1992	3	***
1993	2	**
1994	2	**
1996	3	***
1997	1	*
1998	2	**
1999	2	**
2000	2	**
2001	2	**
2002	3	***
2003	6	*****
2004	5	*****
2005	9	*****
2006	7	*****
2007	13	*****
2008	13	*****
2009	7	*****
2010	10	*****
2011	9	*****
2012	8	*****
2013	9	*****
2014	8	*****
2015	22	*****
Total	150	

Sur le plan immunovirologique, à l'hôpital de jour plus de la moitié ont des CD4 >500 c'est à dire une bonne immunité malgré le fait que environ 30% ont été dépistés à moins de 200 CD4. En ce qui concerne le traitement antirétroviral plus de 94% des patients traités sont en succès virologique, un résultat remarquable malgré les difficultés sociales lourdes de beaucoup de patients.

```
. tab RECODE_DERNIER_CD4
```

RECODE_DERNIER_CD4	Freq.	Percent	Cum.
200-350	139	13.94	13.94
350-500	179	17.95	31.90
<200	97	9.73	41.62
>500	582	58.38	100.00
Total	997	100.00	

```
. tab RECODE_CD4_DEPISTAGE
```

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	166	22.68	22.68
350-500	158	21.58	44.26
<200	218	29.78	74.04
>500	190	25.96	100.00
Total	732	100.00	

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

EchecM6_CV_Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	26	3.60	3.60
EchecNC	15	2.08	5.68
Succes	681	94.32	100.00
Total	722	100.00	

Sur le plan immunovirologique, à l'UMIT et dans les CDPS le niveau d'immunité est moindre que celui de l'HDJa. Près du quart des patients ont des CD4 <200 et sont donc à risque d'infection opportuniste. Seul un tiers des patients ont des CD4>500. Les CD4 au dépistage sont également généralement légèrement plus bas. Cela peut s'expliquer par le mode de recrutement de l'UMIT : principalement des patients symptomatiques vus aux urgences, et des pvVIH dépistés –souvent tardivement- en CDPS (alors que l'HDJa recrute en grande partie des patients dépistés par la Croix-rouge, à l'occasion de bilan d'IST ou de consultation pour vaccinations).

En ce qui concerne le traitement antirétroviral environ 90% des patients de l'UMIT traités sont en succès virologique, (environ 80% dans les CDPS) un résultat remarquable malgré les difficultés sociales lourdes, et l'isolement géographique de beaucoup de patients.

```
. tab RECODE_DERNIER_CD4
```

RECODE_DERNIER_CD4	Freq.	Percent	Cum.
200-350	21	19.63	19.63
350-500	21	19.63	39.25
<200	26	24.30	63.55
>500	39	36.45	100.00
Total	107	100.00	

```
. tab RECODE_CD4_DEPISTAGE
```

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	24	28.57	28.57
350-500	10	11.90	40.48
<200	30	35.71	76.19
>500	20	23.81	100.00
Total	84	100.00	

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

EchecM6_CV_Controle	Freq.	Percent	Cum.
EchecC	4	6.78	6.78
EchecNC	2	3.39	10.17
Succes	53	89.83	100.00
Total	59	100.00	

à l'HDJ moins de 10% ont des CD4<200

```
. tab RECODE_DERNIER_CD4_2 if RECODE_DERNIER_CD4_2 != "NR"
```

RECODE_DERNIER_CD4_2	Freq.	Percent	Cum.
<200	97	9.73	9.73
>=200	900	90.27	100.00
Total	997	100.00	

Chez les nouveaux dépistés 27% des patients ont moins de 200 CD4 ce qui est similaire à ce qui est régulièrement observé en Guyane et en France métropolitaine.

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

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	14	22.58	22.58
350-500	15	24.19	46.77
<200	17	27.42	74.19
>500	16	25.81	100.00
Total	62	100.00	

à l'UMIT et dans les CDPS un quart des patients ont donc des CD4<200 et plus des deux tiers sont dépistés à moins de 200 CD4.

```
. tab RECODE_DERNIER_CD4_2 if RECODE_DERNIER_CD4_2 != "NR"
```

RECODE_DERNIER_CD4_2	Freq.	Percent	Cum.
<200	26	24.30	24.30
>=200	81	75.70	100.00
Total	107	100.00	

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

RECODE_CD4_DEPISTAGE	Freq.	Percent	Cum.
200-350	3	18.75	18.75
350-500	1	6.25	25.00
<200	11	68.75	93.75
>500	1	6.25	100.00
Total	16	100.00	

Aussi bien à l'HDJa qu'à l'UMIT, au moins 70% des pvVIH sont nés en dehors du territoire français, avec des origines géographiques qui diffèrent dans les deux services.

à l'HDJa 19.8% des patients répondants sont nés sur le territoire Français.

. tab PAYS_NAISS

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
ALGÉRIE	1	0.09	0.09
ALLEMAGNE	1	0.09	0.18
ARGENTINE	1	0.09	0.26
BRÉSIL	116	10.18	10.45
CAMEROUN	4	0.35	10.80
COLOMBIE	3	0.26	11.06
COTE D'IVOIRE	3	0.26	11.33
DOMINIQUE (ILE)	2	0.18	11.50
ETHIOPIE	1	0.09	11.59
FRANCE	178	15.63	27.22
GABON	1	0.09	27.30
GAMBIE	1	0.09	27.39
GUINEE	1	0.09	27.48
GUINEE-BISSAU	7	0.61	28.09
GUYANA	123	10.80	38.89
Guadeloupe	1	0.09	38.98
Guyane française	14	1.23	40.21
HAÏTI	430	37.75	77.96
Mayotte	1	0.09	78.05
NR	156	13.70	91.75
PAKISTAN	1	0.09	91.83
PEROU	5	0.44	92.27
PORTUGAL	1	0.09	92.36
REPUBLIQUE DOMINICAINE	19	1.67	94.03
Réunion	1	0.09	94.12
SAINTE-LUCIE	12	1.05	95.17
SENEGAL	2	0.18	95.35
SURINAM	52	4.57	99.91
TOGO	1	0.09	100.00
Total	1,139	100.00	

à l'Umit et dans les CDPS 28.5% des patients répondants sont nés sur le territoire français.

. tab PAYS_NAISS

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
ALGÉRIE	1	0.54	0.54
BRÉSIL	41	22.16	22.70
CAMEROUN	2	1.08	23.78
COTE D'IVOIRE	1	0.54	24.32
DOMINIQUE (ILE)	3	1.62	25.95
FRANCE	33	17.84	43.78
GABON	1	0.54	44.32
GUYANA	10	5.41	49.73
Guadeloupe	1	0.54	50.27
Guyane française	8	4.32	54.59
HAÏTI	30	16.22	70.81
Mayotte	2	1.08	71.89
NR	31	16.76	88.65
PEROU	1	0.54	89.19
REPUBLIQUE DOMINICAINE	4	2.16	91.35
SAINTE-LUCIE	1	0.54	91.89
SURINAM	15	8.11	100.00
Total	185	100.00	

Concernant les nouveaux patients de l'HDJ on note toujours une prédominance de patients haïtiens, mais il faut noter le nombre non négligeable de patients brésiliens.

. tab PAYS_NAISS if NVX=="Oui"

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
BRÉSIL	13	17.57	17.57
CAMEROUN	1	1.35	18.92
COLOMBIE	1	1.35	20.27
FRANCE	8	10.81	31.08
GUYANA	2	2.70	33.78
Guyane française	1	1.35	35.14
HAÏTI	34	45.95	81.08
NR	5	6.76	87.84
REPUBLIQUE DOMINICAINE	5	6.76	94.59
Réunion	1	1.35	95.95
SURINAM	3	4.05	100.00
Total	74	100.00	

A l'UMIT et dans les CDPS ce qui frappe c'est que les nouveaux patients sont surtout d'origine brésilienne. Ceci reflète certainement l'activité du Dr Mosnier au CDPS et la présence d'un problème VIH chez les orpailleurs... Ceci révèle sans doute aussi les grandes difficultés des patients de la zone frontalière brésilienne, pour qui l'accès aux soins nécessiteraient des allers-retours sur Macapa (Xh de trajet), alors que les consultations délocalisées sur St Georges sont beaucoup plus logiques et accessibles (X mn de pirogue)

On note qu'en 2015, un très petit nombre de nouveaux diagnostics concernaient des pvVIH nés au Guyana, alors que ces dernières représentent une proportion significative de la file active suivie.

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

PAYS_NAISS	Freq.	Percent	Cum.
BRÉSIL	12	54.55	54.55
CAMEROUN	1	4.55	59.09
FRANCE	1	4.55	63.64
GUYANA	1	4.55	68.18
HAÏTI	5	22.73	90.91
REPUBLIQUE DOMINICAINE	1	4.55	95.45
SURINAM	1	4.55	100.00
Total	22	100.00	

Concernant la situation des patients vis à vis des traitements on note un écart entre l'HDJa où plus de 90% des patients sont sous traitement ARV, et l'UMIT/CDPS :un tiers sont naïfs de traitement. Ceci traduit sans doute la complexité à mettre en route un traitement antirétroviral chez des patients vivant en zone isolée avec les risques d'interruption itérative et de sélection de résistances. Cependant en termes de potentiel de transmission il semble capital de rattraper le retard. Ceci à très bien été amorcé par le Dr Mosnier mais se heurte à des difficultés pratiques notamment en termes de nécessité de venir chercher ses traitements au centre de santé. En effet suite à des rumeurs de détournement non confirmées par les praticiens (Cayenne, Maripasoula, Saint Laurent...), il est interdit de délivrer plus d'un mois de traitement aux patients et ce même si une sélection attentive des patients est faite. En effet, ces patients vivent souvent en zones forestières reculées, avec nécessité de longs déplacements, difficiles et onéreux, pour se rendre aux CDPS. Ils doivent alors se loger à proximité, parfois dans l'illégalité. On comprend aisément que cette limitation d'accès favorise les ruptures de traitement ARV, et s'oppose au rattrapage des patients à dépister et traiter.

```
. tab SITUATION_ARV
```

SITUATION_A RV	Freq.	Percent	Cum.
ARRET	17	1.49	1.49
EN_COURS	1,020	89.55	91.04
NAIF	102	8.96	100.00
Total	1,139	100.00	

. tab SITUATION_ARV

SITUATION_A RV	Freq.	Percent	Cum.
ARRET	6	3.24	3.24
EN_COURS	115	62.16	65.41
NAIF	64	34.59	100.00
Total	185	100.00	

Concernant les facteurs de risque l'épidémie est essentiellement à transmission hétérosexuelle. Il faut cependant noter que chez les nouveaux on retrouve une proportion plus élevée de HSH à l'HDJa à Cayenne sans que l'on puisse vraiment conclure sur une nouvelle tendance. Il faudra surveiller cela étant donné les fréquentes situations à risque mises en évidences.

. tab FDR

FDR	Freq.	Percent	Cum.
Autre	4	0.37	0.37
Bisexuel	15	1.39	1.76
Homosexuel	26	2.41	4.17
Hémophile	2	0.19	4.35
Hétérosexuel	975	90.28	94.63
Inconnu	30	2.78	97.41
Materno-foetale	26	2.41	99.81
Toxicomane IV	2	0.19	100.00
Total	1,080	100.00	

. tab FDR if NVX=="Oui"

FDR	Freq.	Percent	Cum.
Bisexuel	1	1.37	1.37
Homosexuel	8	10.96	12.33
Hétérosexuel	61	83.56	95.89
Inconnu	3	4.11	100.00
Total	73	100.00	

. tab FDR

FDR	Freq.	Percent	Cum.
Autre	2	1.33	1.33
Bisexuel	1	0.67	2.00
Homosexuel	2	1.33	3.33
Hémophile	1	0.67	4.00
Hétérosexuel	135	90.00	94.00
Inconnu	9	6.00	100.00
Total	150	100.00	

. tab FDR if NVX="Oui"

FDR	Freq.	Percent	Cum.
Homosexuel	1	4.55	4.55
Hétérosexuel	20	90.91	95.45
Inconnu	1	4.55	100.00
Total	22	100.00	

On retrouve toujours autant d'hommes que de femmes tant dans la file active que chez les nouveaux patients, avec peut être un peu plus de nouveaux diagnostics chez les femmes à l'UMIT et dans les CDPS.

. tab SEXE

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	567	49.78	49.78
H	572	50.22	100.00
Total	1,139	100.00	

. tab SEXE if NVX="Oui"

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	36	48.65	48.65
H	38	51.35	100.00
Total	74	100.00	

. tab SEXE

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	95	51.35	51.35
H	90	48.65	100.00
Total	185	100.00	

. tab SEXE if NVX=="Oui"

SEXE	Freq.	Percent	Cum.
F	13	59.09	59.09
H	9	40.91	100.00
Total	22	100.00	

Environ 30% des patients dans la file active HDJ sont au stade C alors que c'est plutôt 37% à l'UMIT.
NB: le stade C reste stade C même si l'immunité du patient s'améliore considérablement.

. tab CDC

CDC	Freq.	Percent	Cum.
A0	12	1.10	1.10
A1	63	5.80	6.91
A2	287	26.43	33.33
A3	219	20.17	53.50
B0	5	0.46	53.96
B1	9	0.83	54.79
B2	56	5.16	59.94
B3	103	9.48	69.43
C	1	0.09	69.52
C0	3	0.28	69.80
C1	6	0.55	70.35
C2	40	3.68	74.03
C3	282	25.97	100.00
Total	1,086	100.00	

. tab CDC

CDC	Freq.	Percent	Cum.
A0	5	3.31	3.31
A1	14	9.27	12.58
A2	34	22.52	35.10
A3	33	21.85	56.95
B0	3	1.99	58.94
B1	1	0.66	59.60
B2	4	2.65	62.25
B3	1	0.66	62.91
C0	1	0.66	63.58
C2	7	4.64	68.21
C3	48	31.79	100.00
Total	151	100.00	

Il y a eu 27 SIDA à l'HDJ et UMIT/CDPS ce qui montre qu'il y a toujours trop de dépistages tardifs et de perdus de vue. En proportion, l'UMIT/CDPS a déclaré beaucoup d'IO. Comme écrit ci-dessus, ceci est à mettre en lien avec le mode de recrutement des 2 services. En outre, l'UMIT a augmenté sa capacité d'accueil en hospitalisation.

. tab ANNEE_SIDA

ANNEE_SIDA	Freq.	Percent	Cum.
1992	2	0.60	0.60
1993	1	0.30	0.91
1994	4	1.21	2.11
1995	4	1.21	3.32
1996	7	2.11	5.44
1997	6	1.81	7.25
1998	4	1.21	8.46
1999	8	2.42	10.88
2000	11	3.32	14.20
2001	14	4.23	18.43
2002	22	6.65	25.08
2003	14	4.23	29.31
2004	19	5.74	35.05
2005	25	7.55	42.60
2006	15	4.53	47.13
2007	27	8.16	55.29
2008	24	7.25	62.54
2009	18	5.44	67.98
2010	15	4.53	72.51
2011	22	6.65	79.15
2012	16	4.83	83.99
2013	25	7.55	91.54
2014	11	3.32	94.86
2015	17	5.14	100.00
Total	331	100.00	

. tab ANNEE_SIDA

ANNEE_SIDA	Freq.	Percent	Cum.
1997	1	1.79	1.79
2000	1	1.79	3.57
2002	1	1.79	5.36
2003	1	1.79	7.14
2004	2	3.57	10.71
2005	2	3.57	14.29
2006	4	7.14	21.43
2007	3	5.36	26.79
2008	5	8.93	35.71
2009	7	12.50	48.21
2010	5	8.93	57.14
2011	5	8.93	66.07
2012	2	3.57	69.64
2013	5	8.93	78.57
2014	1	1.79	80.36
2015	10	17.86	98.21
2016	1	1.79	100.00
Total	56	100.00	

Au total, il semble que les efforts au centre pénitentiaire et à la prison complètent l'image de l'épidémie. Dans les communes de l'intérieur il existe un signal nouveau avec un nombre significatif

de nouveaux diagnostics chez les brésiliens qui serait lié aux activités d'orpaillage. Les patients de l'intérieur sont souvent dépistés plus tard, ils sont plus difficiles à suivre car l'offre de soin est moindre et souvent distante du lieu de vie des patients qui ont des problèmes de transport. Ainsi le nombre de patients naïfs de traitement semble lié à cette difficulté à amorcer le traitement qui nécessite plusieurs consultations. Malgré cela le taux de succès thérapeutique est remarquable montrant qu'il est possible d'y arriver. L'interdiction de donner plus d'un mois de traitement a des conséquences péjoratives évidentes sur les résultats et la charge virale communautaire sur les fleuves, qui reste un élément important de la dynamique épidémique. Il faudra surveiller les résultats de près. Sur le plan des femmes enceintes, à Cayenne, la prévalence du VIH est de 1,35% (il y a eu 44 naissances de femmes infectées par le VIH (2 jumeaux)) et un enfant infecté. A Saint Laurent en 2015, la prévalence chez les femmes enceintes était de 1,27%, (il y a eu 32 naissances de femmes infectées par le VIH).

Sur Cayenne les résultats thérapeutiques sont très bons, comparable aux chiffres de métropole. La proportion de patients dépistés à moins de 200 CD4 reste stable, mais est considérablement plus faible que dans les pays de la région où les 2/3 des patients sont dépistés à ce stade. De même dans la région le taux de succès thérapeutique serait plutôt de 65% à moins de 1000 copies soit près de 30 points de pourcentage de différence. Au Suriname, le traitement n'est initié qu'à 350 CD4 et depuis peu. La cascade thérapeutique estime que seuls 14% des patients infectés par le VIH (le sachant ou pas) présents au Suriname sont indétectables. Les chiffres de Guyane semblent donc incomparables. L'examen des origines géographiques des nouveaux dépistés nous fait suspecter une dynamique qui reste importante au sein des migrants haïtiens et brésiliens, alors que d'autres populations semblent moins touchés que par le passé (personnes nées au Guyana).

Malgré les résultats encourageants il y a toujours des nouveaux cas de SIDA et l'on meurt toujours du SIDA en Guyane. Pas loin de 20% des patients sont perdus de vue à Cayenne, certains reviendront au stade SIDA, d'autres auront une vie sexuelle à risque avec une charge virale élevée, d'autres mourront sans que l'on le sache. Ces dernières années, les travaux du CIC nous avaient déjà alerté sur le dynamisme de l'épidémie et le mauvais pronostic de l'infection VIH parmi les consommateurs de crack. Les chiffres d'attrition et de mortalité issus de la cohorte rétrospective des sortants de prison, complétés par les résultats d'une enquête CAP (2015), mettant en évidence de très grandes prises de risque des détenus, ont confirmé l'intérêt de cibler particulièrement nos actions vers les populations les plus marginalisées et éloignées du soin.

En outre, les résultats quantitatifs ne doivent pas cacher le fait qu'il y a des difficultés qualitatives concernant la qualité de la prise en charge: n'y a plus qu'une assistante sociale pour la file active toujours plus grande à Cayenne et toujours socialement précaire, la psychologue n'est pas remplacée et il est donc compliqué de gérer les patients en souffrance : rappelons que près de 40% des pvVIH interrogés dans l'étude VESPA2 avaient des difficultés pour s'alimenter, et une sur deux n'avait pas de médecin traitant.

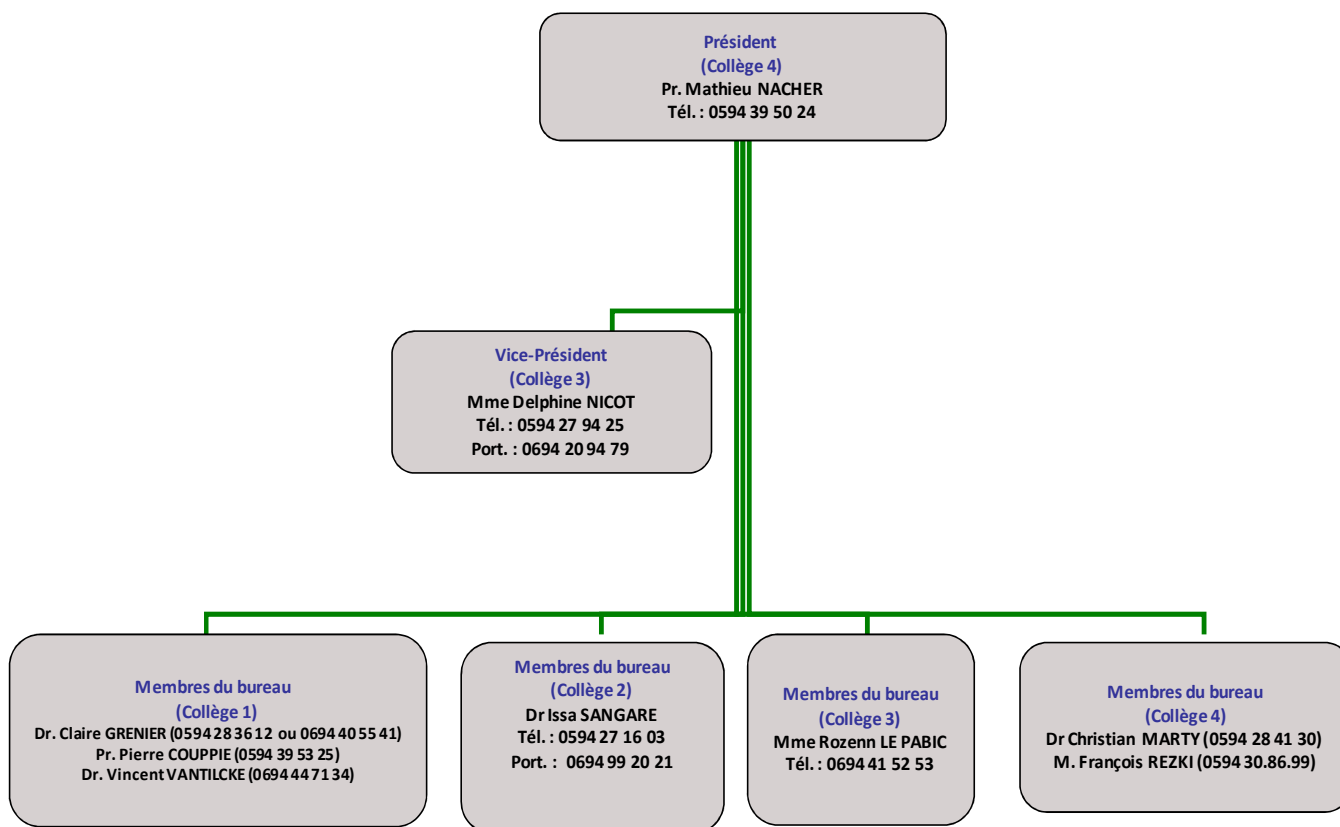
Les bons résultats virologiques contrastent également avec le ressenti des professionnels qui ont l'impression que ceux-ci sont précaires au vu du contexte financier, avec un risque de dégradation qualitative. En termes de prise en charge globale, il faut garder en tête que l'offre de soin guyanaise reste souvent en deça de ce qui est recommandé dans les rapports d'experts (absence d'accès au fibroscanner, à l'ostéodensitométrie, difficile recours aux avis spécialisés) et que les conditions

administratives et sociales « extrêmes » des pvVIH requièrent souvent des exercices d'ingéniosité de la part des soignants. Il ne faut donc pas relâcher les efforts.

ANNEXES

MEMBRES DU BUREAU DU COREVIH GUYANE - en 2012

Bureau du Corevih Guyane



LISTE DES MEMBRES DU COREVIH GUYANE - en 2012 TITULAIRES - 1er SUPPLEANT - 2ème SUPPLEANT

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

