



COREVIH GUYANE

COmité de coordination **RÉ**gionale de la lutte contre l'infection par le **VIH**

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

RAPPORT ANNUEL 2009

SOMMAIRE

IDENTIFICATION	3
MOYENS DU COREVIH	5
ACTIVITE DE L'ANNEE 2009	6
PROGRAMME DE L'ANNEE 2010	7
DISCUSSION	9
CONCLUSION	13

I-IDENTIFICATION

Territoire de référence : Guyane



Etablissement siège : Centre Hospitalier de Cayenne

Liste des Membres mise à Jour : Cf Annexe

Téléphone : 0594 39 50.50 poste 58 52 / 0594 39 48 12

Télécopie : 0594 39.50.16

Email : corevih@ch-cayenne.fr

Site web : www.corevih.org

Bureau du COREVIH élu le 28/01/2008

Président : **Mathieu Nacher**, Praticien Hospitalier, COREVIH, Centre d'Investigations Cliniques Epidémiologie Clinique, Centre Hospitalier de Cayenne

Vice présidente : **Claire Girou**, Médecin, Présidente AIDES Guyane

Geneviève Simart, Praticien Hospitalier, AIDES Entr'Aides Guyane

Denyse Cassin, Déléguée Régionale SIDA INFO SERVICE

Michèle Gaspard, Chargée de Mission ADER

Christian Marty, Médecin, CIDDIST, Croix rouge

Pierre Coupié, PUPH, Service de Dermatologie, Centre Hospitalier de Cayenne

Les départs depuis la mise en place du Corevih de Guyane (28/01/08)

Collège	Nom et Prénom(s)	Fonctions	Statut
1	Andry RANDRIANJOHANY	Médecin/CDAG Centre Hospitalier de l' Ouest Guyanais	1 ^{er} suppléant
	Elodie CHAUVET	Médecin Centre Hospitalier de l' Ouest Guyanais	Titulaire
	Hélène PAINSEC	Responsable administratif Centre de prévention Santé de Kourou	2 ^{ème} suppléant
2	Valérie WECKERLE	Coordinatrice Réseau Kikiwi	1 ^{er} suppléant
3	Michel POITEVIN	Vice-président Association Aides	1 ^{er} suppléant
	Nadine LE GUENNEC	Coordinatrice Entr'Aides	2 ^{ème} suppléant
	Laetitia LOCHER	Coordinatrice Association Aides	2 ^{ème} suppléant
	Pierre SISSAOUI	Directeur Entr'Aide Guyane	1 ^{er} suppléant
4	Shannon MASON	Coordinatrice Action Prévention Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais	Titulaire

Partenaires impliqués

- Préfet de Région : Chef de file de la lutte contre le SIDA (Depuis 2010 c'est le Directeur de l'ARS)
- Direction Santé et Développement Social (DSDS)
- Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
- Guyane Promo Santé (GPS)
- Centre d'Investigations Cliniques Epidémiologie Clinique (CIC-EC) de Guyane

II-MOYENS DU COREVIH

Moyens humains au 01/01/2009

Année 2008	Temps consacré
Coordination	1+0.3 ETP Praticien Hospitalier (en théorie)
Adjoint des cadres	1 ETP
TECs	3 ETP 'TECs' (2 et ½ faisant fonction de TECs) + ½ CDD se termine fin mars
Secrétariat	1 ETP

Moyens Matériels

Etablissement siège	6 ordinateurs + 1 imprimante + 1 photocopieur + 1 fax
Autres établissements	1 ordinateur

Outils développés par le COREVIH

Site Internet	www.corevih.org (?connections)	
Fichier d'adresse de correspondants	Nombre de correspondants : 200	Nombre d'envois : 300
Grille de réflexion pour les commissions thématiques et méthode de travail.		
Bulletin d'information	Edition trimestrielle	
Newsletter	Sortie mensuelle (pas encore opérationnel)	
- communication des actualités sur le VIH aux médecins libéraux via le site de l'URML		
Annuaire des associations de lutte contre le VIH	Disponible sur www.corevih.org	
Protocole de rappel des patients perdus de vue		
Procédure de recensement des patients décédés		
- Mise à jour des patients décédés sur eNADIS en septembre 2009 après enquête auprès de la mairie de Cayenne et des archives de dermatologie		
Procédure de délivrance d'ARV aux patients non assurés sociaux		
Bons Corevih pour délivrance des ARV par la pharmacie hospitalière aux patients non assurés sociaux		
Dossier de consultation de prévention		
Procédure pour le remboursement des frais de déplacement des membres du Corevih		

III-ACTIVITE DE L'ANNEE 2009

Indicateurs de fonctionnement

		Réunions (nombre)	Participants (nombre)	Ordre du jour	Compte rendu de réunion
Séances plénières	20/04/09 Validation synthèse groupes de travail, projets de recherche en cours et recrutements	3	20	Oui	Oui
	13/10/09 Validation groupes de travail sur prise en charge des populations isolées et sur les tests de dépistage rapides, Coopération avec le Brésil, Formations, Projet INTERREG		23	Oui	Oui
	21/12/09 Point épidémiologique 2009, point sur groupes de travail en cours (Dépistage et Troubles neurocognitifs), Etat des lieux 2009, Campagne sexualité des adolescents)		17	Oui	Oui
Groupes de travail	Perdus de vue (Cayenne)	4 (dont 2 en 2008)	9	Oui	Oui
	Perdus de vue (Saint Laurent du Maroni)	1	16	Oui	Oui
	Réduction des risques sexuels chez les patients infectés par le VIH	3 (dont 2 en 2008)	9	Oui	Oui
	Tests de dépistage rapides	3	6	Oui	Oui
	Prise en charge des populations isolées	3	14	Oui	Oui
	Communication sur le Dépistage	2	7	Oui	Oui
	Troubles neurocognitifs	1	4	Oui	Oui
Réunions de bureau	27/02/09 02/06/09 14/09/09		6/9 6/10 7/11	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui
Formations	06/07/09 à Cayenne Prise en charge de l'infection par le VIH		12		
	22/12/09 à Saint Laurent du Maroni Prise en charge de l'infection par le VIH		20		

Communication

Nombre d'emails/courriers envoyés :

Nombre de connexion sur le site Internet :

Réunions de concertation pluridisciplinaires

Staff des femmes enceintes		Comité médico-psycho-social		Comité des thérapeutiques	
Nombre de dossiers présentés	98	Nombre de dossiers présentés	72	Nombre comités	6
Nombre staffs	7	Nombre comités	12		

Analyse globale des données 2009

Toujours difficile car problèmes d'exhaustivité.

IV-PROGRAMME DE L'ANNEE 2010

	Intitulé	Période	Lieu
Réunions	Plénières : Bureau :	15/03/2010 06/07/2010 15/11/2010	Cayenne (CHAR) Cayenne (CHAR) Saint Laurent du Maroni
eNadis	Courrier au comité de pilotage pour faire évoluer le dossier avec ajout d'une page prévention		
	Généralisation de l'utilisation d'eNadis dans les centres et postes de santé		
	Analyse détaillée des données sur les différents sites une fois le retard comblé (sous réserve de création de postes de TECs).		
	Mise en place d'un contrôle qualité des données par le data manager du CIC EC et mise en place des outils NEW AIDS DATA QUALITE et NEW AIDS DATA ACTIVITE. Facilitation de l'accès aux données grâce à des requêtes ciblées par le Data Manager.		
	Mise en place d'un groupe de travail eNADIS.	Avril 2010	
Prise en charge	Mise en place des bilans de synthèse annuels (consultation de prévention & vie affective et sexuelle)	22/02/2010	HDJa Cayenne
	Mise en place du protocole de rappel des patients absents à leur rendez-vous		
	Mise en place d'un staff Perdus de vue/Prévention secondaire		
Enquêtes	La qualité de vie des patients infectés par le VIH		
	Les prises de risques sexuels et la non		

	divulgateur du statut sérologique ainsi que les facteurs associés à ces comportements chez les patients infectés		
	Les facteurs favorisant l'interruption du traitement (perte de vue) chez les patients infectés par le VIH		
	CAP VIH prostitution Oïapoque		HDJa Cayenne
	Enquêtes CAP populations vulnérables (INTERREG 2 ans) (Migrants, HSH, Crack, Maroni)		
	CAP VIH en milieu carcéral		
	CAP VIH Piroguiers Maroni		
Dépistage	Introduction des tests de dépistage rapides (recherche biomédicale)		
Communication	Tenter de finaliser un plan de communication sur le VIH	Février/Avril 2010	Cayenne
Coopération	Mise en place du Programme Coopération transfrontalière Brésil (recrutement) Extension de CAP prostitution Oïapoque	Avril	Saint Georges
	Coopération Suriname -projet ANRS tests diagnostics de l'histoplasmose déposé en mars (Suriname/CDC Atlanta extension secondaire possible Guyana/Brésil) -Projet Interreg enquête CAP Maroni Coopération Rep Dominicaine/Sainte Lucie Enquêtes CAP interreg coopération (COIN, CDARI, PANCAP)		
Groupes de travail	Dépistage (communication) Troubles neurocognitifs Prévention en populations isolées Population carcérale	Février-octobre 2010	Cayenne/Saint Laurent
Formation	Formation des médecins des centres et postes de santé à la prise en charge médicale de l'infection par le VIH	En continu	Sur site, au CHAR et au CHOG
	Formation des acteurs de prévention et/ou de soins sur les aspects sociaux et psychologiques de la prise en charge du VIH	Mars 2010	Saint Laurent du Maroni
	Formation des professionnels de soins sur la prise en charge du VIH	Juin 2010	Kourou
	Formation des médecins libéraux à la prise en charge médicale de l'infection par le VIH	25 septembre 2010	Cayenne
	Formation à l'observance thérapeutique (pour les acteurs de soins)	07 au 11 Juin 2010	Cayenne
	Formation à la vie affective et sexuelle (pour les acteurs de soins)	15 au 19 Novembre 2010	Cayenne
	Formation des acteurs de communication et de promotion de la santé en marketing social axé sur le VIH	21-22 et 25-27 Octobre 2010	Cayenne

V-DISCUSSION

En 2008, d'après des données brutes de l'INVS, il y aurait 151 nouveaux cas. Cependant, d'après les données estimées après imputation multiple, il y aurait plus de 250 nouvelles infections.

A l'hôpital de jour adultes à Cayenne, lorsque l'on examine le nombre de patients par année de diagnostic VIH il semble y avoir une légère baisse depuis 2005. **Il existe donc une discordance entre les données corrigées de l'INVS et ce qui est observé à l'hôpital de Jour de Cayenne.** Cela signifie que le lieu qui suit les 2/3 de la file active n'a accueilli que le quart des nouveaux dépistés. Ceci est surprenant et signifie que soit de nombreux patients sont perdus de vue avant même d'avoir consulté un spécialiste, soit que la croissance se fait ailleurs qu'à l'hôpital de jour de Cayenne et il existe un problème d'exhaustivité du recueil des données sur les files actives. Cela pourrait aussi signifier que les corrections surestiment le nombre de diagnostics. Les corrections se font par imputations multiples qui peuvent avoir une précision variable. **Il est crucial de clarifier ce point.**

L'incidence du **SIDA** en 2007 était 17 fois celle de Métropole. Parmi les patients de la file active, 30% sont au stade SIDA. En 2009, 9 personnes infectées par le VIH suivi au CHAR sont décédées, d'après les données de eNADIS qui ne sont pas forcément exhaustives.

Depuis plus de 10 ans plus de 1% des parturientes sont VIH+ (dans certaines communautés, la prévalence du VIH chez les parturientes est de 4%). En 2009, ce taux était à 1.3%. Chaque année, 70 à 80 femmes infectées par le VIH accouchent en Guyane.

A Cayenne, depuis 1992, 30% des patients sont dépistés avec des CD4<200. Ceci est similaire à la métropole, mais on peut noter une stagnation prolongée des résultats malgré les énormes efforts de communication sur le sujet depuis des années. En y regardant de plus près, le dépistage est souvent tardif chez les hommes migrants dont 50% sont dépistés à moins de 200 CD4. L'enquête ANRS CAP migrants sur l'Île de Cayenne montrait que 52% des hommes et 23% des femmes n'avaient jamais fait le test VIH contre 39% des hommes en population générale. On note que les ¾ des hommes haïtiens et brésiliens n'avaient jamais fait de dépistage VIH.

A Saint Laurent, le dépistage est beaucoup plus tardif avec près des 2/3 des personnes dépistées à moins de 200 CD4.

Les déclarations VIH montraient qu'en Guyane 20% des infections VIH diagnostiquées dataient de moins de 6 mois alors qu'en métropole 40% des infections diagnostiquées avaient moins de 6 mois.

L'**évolutivité** de l'épidémie est préoccupante. Ainsi **en 1999, environ 700 patients étaient suivis sur les 3 hôpitaux fin 2009 on estime que ce nombre est proche de 1500.** On note qu'à Cayenne, autant de femmes que d'hommes sont suivis dans les files actives alors qu'à Saint Laurent on observe un homme pour 2 femmes. Ceci pose la question de moteurs de l'épidémie différents entre le Maroni et le littoral et implique des conséquences sur les stratégies de prévention.

Prise en charge Adultes

Les décès et les cas de SIDA sont en baisse progressive. Ils sont essentiellement liés à des dépistages tardifs, et/ou à des problèmes comportementaux souvent en rapport avec des addictions.

Globalement, si l'on s'en tient au contrôle immunovirologique, les résultats thérapeutiques sont en amélioration. A l'hôpital de jour de Cayenne, 85% des patients évalués au 1^{er} Décembre 2009 étaient en succès thérapeutique. Ce résultat est comparable à la métropole. Cependant, tous les services ne sont pas inclus (Centres de Santé, Prison, UMIT, Pédiatrie). Le rapprochement de l'activité clinique hospitalière ambulatoire à Cayenne (UMIT/HDJa) va permettre une meilleure lisibilité et une meilleure organisation de la prise en charge avec partage du 'plateau technique' (observance, prévention, psychologie, médiateur, assistantes sociales).

Pour Saint Laurent les données sur échantillon montraient que seuls 60% étaient en succès thérapeutique. Pour Kourou, les données sont en cours de rattrapage, et l'on ignore pour l'instant la proportion des patients traités en succès thérapeutique. Les résultats dans ces différents services seront probablement moins bons car ils ne disposent pas du même plateau technique que l'hôpital de jour adultes. De plus, ils n'ont pu bénéficier d'un feed back leur permettant d'adapter la pratique aux résultats thérapeutiques car le nombre de TECs ne permet pas de couvrir tous les services.

Avec l'amélioration du contrôle des charges virales, **la prévention et la prise en charge des complications à long terme** deviennent des objectifs prééminents. De même, la **Qualité de vie** est également au centre des objectifs de la prise en charge. Ces divers objectifs soulignent l'importance d'une **Prise en charge globale** qui pour l'heure est assurée de façon non optimale à Cayenne, qui est difficile à Saint Laurent (éclatement des acteurs sur plusieurs sites, partage avec le réseau Matoutou) et Kourou. Pour les 3 hôpitaux, il faut noter le manque de consultations spécialisées (néphrologie, neurologie, et, à un moindre degré, cardiologie/endocrinologie) alors qu'une part importante de la file active devrait bénéficier de ces consultations spécialisées. Une fois encore, eNADIS permettrait une meilleure identification des patients nécessitant une consultation spécialisée et une programmation pour des consultations spécialisées groupées. De plus, eNADIS offre la possibilité de cibler les réunions multidisciplinaires sur les patients posant problème afin d'organiser une prise en charge globale.

Il faut souligner les difficultés à rassembler les différents praticiens pour des réunions autour de dossiers en raison d'horaires incompatibles. Des efforts ont été faits pour remobiliser les acteurs et répondre à leurs contraintes.

Perdus de vue

La plupart des patients sont perdus de vue peu de temps après le diagnostic. Une enquête récente¹ a montré qu'à la mairie de Cayenne 200 personnes qui étaient connues dans le DMI2 comme perdues de vue (et non décédées) se sont avérées décédées. A titre indicatif l'INVS recensait 520 décès depuis le début de l'épidémie en Guyane. A Saint Laurent, le problème des perdus de vue est encore plus aigu. Au niveau de l'hôpital, le nombre de décès est sous estimé par le DMI2, ce qui signifie également que nombre de patients classés perdus de vue sont peut être décédés. **Il est donc fort possible que le poids du VIH en termes de mortalité soit beaucoup plus important que ce qu'indique l'INVS.** Pourtant, ce problème n'est pour l'instant pas pris en charge par les hôpitaux². Les patients manquant leur rendez vous ne sont pas rappelés alors qu'une enquête sur 30 patients montrait que tous acceptaient (voire demandaient) à ce qu'on les rappelle.³ Des solutions simples, tels les logiciels de rendez-vous, pourraient limiter les personnes partant sans rendez vous, car n'ayant pas le temps d'attendre leur tour pour un rendez-vous.

Problèmes d'éducation thérapeutique

En 2002, les résultats thérapeutiques étaient les plus mauvais de France. Grâce à une adaptation des stratégies les résultats à l'hôpital de jour de Cayenne sont aujourd'hui équivalents de ceux de la métropole (85% de patients traités en succès thérapeutique). Ceci n'est semble t'il pas le cas à Saint Laurent où seuls 60% des patients traités (données incomplètes) sont en succès thérapeutique. Ceci est lié d'une part aux difficultés inhérentes au fleuve (distance, transports, absence de frigo pour conserver le ritonavir...) et d'autre part à l'éclatement de la prise en charge. Alors que les patients y sont plus lourd qu'à Cayenne, l'hôpital de jour de Saint Laurent n'offre pas la même qualité de « plateau technique » pour la prise en charge globale (pas d'assistante sociale, pas de psychologue sur place, les consultations d'observance ne sont pas à temps plein la personne qui s'en occupe est peu disponible du fait de tâches multiples simultanées ...). Les médecins doivent en plus courir d'un service à l'autre (littéralement) pour gérer les remises de résultats de la CDAG entre 2 consultations, et les urgences du service. Cette situation ne devrait pas exister. Il existe un CIDDIST/CDAG à quelques pas de

¹ Adriouch L. Thèse de Doctorat de Médecine

² Synthèse du groupe de travail COREVIH sur les perdus de vue. www.corevih.org

l'hôpital et donc une certaine redondance. De plus, à l'heure de la tarification à l'activité, la dispersion des forces de praticiens hospitaliers à la CDAG, ou pour régler les problèmes de gestion d'une association qui existe en grande partie pour pallier les déficiences de l'hôpital, n'est pas du tout rentable. C'est d'autant plus choquant que les résultats thérapeutiques sont sub-optimaux. Un recentrage des activités semble beaucoup plus logique : Reprise par l'hôpital de jour des activités d'observance et d'assistante sociale, et reprise de la CDAG par la croix rouge ce qui pourrait de plus libérer de précieux locaux. Il faut cependant que l'option CDAG (pas de demande de carte vitale ou de papiers) soit assurée. Les patients n'ayant pas de couverture sociale doivent, à chaque consultation amener tous leurs papiers à la PASS, sinon l'hôpital ne leur délivre pas les antirétroviraux. Matoutou offre des services sociaux mais ne permet pas la délivrance hospitalière des antirétroviraux. Il faut donc une assistante sociale dédiée au VIH à l'hôpital de Saint Laurent. Il est important de séparer l'enveloppe PASS de l'enveloppe antirétroviraux et médicaments onéreux du VIH, et de déterminer précisément la charge financière, comme c'est le cas à Cayenne.

Pour Kourou, les premières données sur les résultats thérapeutiques ne sont pas encore disponibles car le module d'extraction des données doit être adapté.

Le contrôle de la charge virale a également un impact important sur le potentiel de transmission du VIH au partenaire lorsque les patients continuent à prendre des risques. C'est une raison supplémentaire d'optimiser le contrôle immunovirologique de l'infection VIH qui en combinaison avec une offre de dépistage systématique pourrait être la meilleure prévention.

Réduction des risques sexuels chez les personnes infectées par le VIH

L'enquête VESPA a montré que 16% des personnes infectées ne disent pas à leur conjoint qu'elles le sont (<2% en métropole). Près de la moitié des patients haïtiens interrogés n'utilisaient pas le préservatif avec leur partenaire de statut négatif ou inconnu. De plus, une étude récente a montré que le taux de croissance de l'épidémie est fortement corrélé à la proportion de patients dont la charge virale n'est pas bien contrôlée³. Ceci suggère qu'une forte proportion des nouveaux patients a été infectée par des patients déjà suivis, qui n'ont donc pas changé leur comportement malgré le suivi médical. Il faut donc impérativement améliorer la prévention chez les personnes infectées. La prise en charge des accidents d'exposition au VIH est bien codifiée. Cependant, trop de patients ignorent que leur partenaire peut en bénéficier en cas d'accident.

Plus généralement, une étude récente⁴ montrait que les connaissances des patients infectés vis-à-vis du VIH restaient mauvaises malgré le fait qu'ils avaient bénéficié, en théorie, d'informations sur leur maladie.

Prévention des complications à long terme de l'infection par le VIH et de ses traitements.

Avec l'amélioration du contrôle immunovirologique de l'infection VIH et le vieillissement de la file active, la prise en charge du patient se tourne de plus en plus vers la prévention des complications à long terme du VIH et de ses traitements. Ainsi, les complications métaboliques, rénales, cardiovasculaires, neuropsychiatriques sont les nouveaux défis de la prise en charge. Le manque de spécialiste fait que, pour l'heure, les complications rénales, neurologiques, métaboliques et cardiovasculaires ne font pas l'objet d'une attention suffisante. Or une proportion significative de la file active souffre de telles pathologies (par exemple à Cayenne près de 50 patients sont insuffisants rénaux, on estime que 20 à 30% de la file active aurait des troubles neurocognitifs qui impactent l'observance, le suivi, et la qualité de vie...).

Population carcérale

Le suivi des patients infectés par le VIH à la prison s'est longtemps faite par un seul médecin qui n'est pas remplacé lors de ses congés. Récemment, l'utilisation de eNADIS a

³ Nacher M., et al. Public Health

⁴ Adriouch L., Thèse de Doctorat en Médecine

été étendue au centre pénitentiaire. La prévention secondaire semble essentielle à organiser chez ces patients. Il faut souligner que la confidentialité n'est pas assurée (délivrance des médicaments dans les cellules devant les autres détenu) ce qui pousse certains patient à ne pas se traiter. Les plages horaires de consultation sont insuffisantes, ce qui raccourcit les consultations, souvent au détriment de la prévention. Or les patients ont apparemment de très mauvaises connaissances sur le VIH.

Centres de prévention et de Santé

Le COREVIH a validé les conclusions d'un groupe de travail sur la prise en charge des patients infectés par le VIH dans les centres de Santé⁵. Etant donné les nombreuses difficultés (accès au droits, confidentialité, distance, absence de frigo, difficulté de faire des examens complémentaires, manque de formation des médecins, absence de plateau technique...) il a été décidé que ces patients devaient pouvoir bénéficier d'une hospitalisation de jour au moins une fois par an (comme le recommande le rapport d'expert) pour bénéficier du plateau technique adéquat. Les résultats de ces séjours seront discutés en staff multidisciplinaire et les recommandations seront inscrites dans eNADIS que devrait pouvoir consulter les médecins des centres de Santé ayant l'ADSL. eNADIS permettra d'une part un dossier partagé (CDS, médecin coordonnateur CDS, HDJ, médecin des consultations avancées, assistante sociale, IDE observance...), et d'autre part l'évaluation des résultats thérapeutiques et le suivi des files actives.

L'importance d'un nombre suffisant de techniciennes d'études cliniques est encore cruciale, l'évolutivité de l'épidémie et la surface du territoire devraient largement permettre de financer ces postes en nombre adéquat.

Pédiatrie

Une trentaine d'enfants infectés sont suivis en pédiatrie au CHAR, entre dix et quinze au CHFJ et six au CMCK. Le nombre croissant de grossesses chez les femmes infectées par le VIH provoque une augmentation du nombre d'enfants devant être suivis pour dépister les toxicités liées à l'exposition in utero aux antirétroviraux. Malgré les mesures mises en place chaque année, de nombreuses femmes échappent au dispositif de dépistage et de suivi, prenant ainsi le risque d'infecter leur enfant. De nombreux enfants nés de femmes infectés sont perdus de vue et il n'est pas possible de vérifier qu'ils ne sont pas infectés. Depuis le début de l'épidémie, les pédiatres n'ont jamais bénéficié d'un recueil de données permettant l'évaluation, la comparaison, l'optimisation. On ignore donc les résultats thérapeutiques des enfants suivis en Guyane. Là encore, eNADIS pourrait être une solution pour faciliter la prise en charge (dossier plus ergonomique, synthèses cliniques et thérapeutique...). Il est essentiel d'informatiser rapidement les consultations de pédiatrie et de renforcer les postes de Techniciens d'études cliniques. Ceci était un objectif du SROS III qui n'a pas été atteint.

Transmission mère enfant.

Depuis 2005, les femmes enceintes infectées par le VIH sont mises sous trithérapie, et les enfants bénéficient d'une intensification en cas de facteurs de risque. A Cayenne, il y a eu 3 enfants infectés en 2006, 3 en 2007, 0 en 2008, et 2 en 2009 malgré les efforts faits dans ce domaine (staffs pluridisciplinaires autour des femmes enceintes). Ceci correspond à un taux de transmission à 6% pour 2006-2008. Il y a donc eu des progrès. Le taux global pour la Guyane est de 3% mais ceci est probablement une sous estimation du taux réel car beaucoup de nouveaux nés sont perdus de vue avant que l'ont ait pu vérifier qu'ils n'étaient pas infectés. Il reste des efforts à faire si l'on veut réduire le taux de transmission à moins de 2% comme le préconise le rapport Yéni.

⁵ Synthèse du groupe de travail du COREVIH sur la prise en charge des populations isolées. www.corevih.org

VI – CONCLUSION

Il faut noter l'évolutivité de l'épidémie et **l'augmentation continue des files actives**. Il faudra que les ressources humaines suivent cette évolution. Si les données corrigées de l'INVS sont bien exactes cela signifie qu'il existe un nombre considérablement plus important de patients que ce que montrent les files actives.

Les résultats thérapeutiques sont en deçà de ce que l'on pourrait espérer à Saint Laurent en raison de populations particulièrement difficiles à prendre en charge, et en raison de l'insuffisance du plateau technique qui ne permet pas une bonne prise en charge sociale, ni un soutien efficace à l'observance. Il faut réorganiser la prise en charge à **Saint Laurent** et **renforcer l'hôpital de jour** de façon à offrir une prise en charge globale. Pour tous les centres, les enjeux des complications à long terme vont nécessiter une **offre de consultations spécialisées** pour aider les patients à vieillir avec le VIH.

L'information est essentielle pour connaître l'épidémie et pour une coordination efficace des acteurs autour de cibles pertinentes. eNADIS est un nouvel outil aux potentialités énormes en termes d'amélioration de la prise en charge, et en termes d'amélioration de la connaissance de l'épidémie. Pour être utile, ce dossier doit être alimenté par des techniciennes d'études cliniques. Or, comme cela est souligné de façon régulière, le **nombre de techniciennes d'études cliniques est insuffisant**. Etant donné la superficie du territoire Guyanais, l'évolutivité des files actives, ceci devrait logiquement aboutir à corriger ce problème car cela rentre complètement dans les contours de l'instruction d'avril 2009.