

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2011

COREVIH GUYANE



COORDINATION RÉGIONALE DE LA LUTTE
CONTRE L'INFECTION PAR LE **VIH**

COREVIH GUYANE

Centre Hospitalier de Cayenne « Andrée Rosemon »

Avenue des Flamboyants - BP 6006

97306 Cayenne Cedex

Téléphone : 0594 39 50.50 poste 58 52

Télécopie : 0594 39.50.16

Email : corevih@ch-cayenne.fr

Site web : www.corevih.org ou www.corevih-guyane.org

SOMMAIRE	PAGES
1 - IDENTIFICATION DU COREVIH GUYANE	3
1.1– Territoire de référence	3
1.2- Etablissement de santé siège d’implantation du COREVIH	3
1.3 – Liste des Membres et Bureau du Corevih Guyane (cf annexe 1)	17
2 - MOYENS DU COREVIH GUYANE 2011	4
2.1 – Ressources humaines participant aux missions du Corevih Guyane	4
2.2 – Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du Corevih Guyane	4
2.3 – Moyens financiers du Corevih	5
2.4 – Outils développés par le Corevih	6
2.5 – Conventions signées entre établissements pour l’organisation et les moyens	7
2.6 – Indicateurs de fonctionnement	8
2.6-1 –Réunions	8
2.6-2 –Communication	9
3 – ACTIVITE DE L’ANNEE 2011	10
3.1 – Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et Staffs	10
3.2 – Mission de coordination	11
3.3 – Mission d’amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d’évaluation de la prise en charge et d’harmonisation des pratiques	12
3.4 – Rapport / Analyse des données médico-épidémiologiques (cf annexe 2)	21
4 – PROGRAMME PREVISIONNEL DE L’ANNEE 2012	13
4.1 –Objectifs pour les années 2012 à 2013	13
4.2 – Calendrier prévisionnel 2012 des réunions COREVIH	14
5 - DISCUSSION ET CONCLUSION	14
5.1 Discussion	14
5.2 Conclusions	16

1- IDENTIFICATION DU COREVIH GUYANE

1.1– Territoire de référence

Guyane Française

1.2- Etablissement de santé siège d'implantation du COREVIH

Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon est l'établissement de santé siège du Corevih Guyane

Adresse du siège : Centre Hospitalier Andrée Rosemon
Avenue des Flamboyants
BP 6006
97306 Cayenne Cedex

N° FINESS (établissement): 97 0300026

1.3 – Liste des Membres et Bureau du Corevih Guyane (annexe 1)



2- MOYENS DU COREVIH GUYANE

2.1 – Ressources humaines participant aux missions du Corevih Guyane

Tableau du personnel en poste en 2011

Année 2011		
Personnel	Temps consacré (ETP)	Noms
Coordination médicale	1+0.3 ETP Praticien Hospitalier	Dr L. ADRIOUCH (en fonction jusqu'au 26/09/2011) Pr M. NACHER
Coordination administrative	1 ETP	Mme M-L. NOUVELLET
TECs	4 ETP et ½ + ½ TP	<u>Affectées Sur Cayenne</u> Mme K. VERIN (1 TP) Mme S. SOYON (1 TP) Mme K. BIENVENU (1 TP) Mlle L.SAINTLOUIS (1/2 TP depuis le 10/10/2011) <u>Affectée Sur Kourou</u> Mme F. FRAISSE (1/2 TP) <u>Affectée Sur Saint Laurent du Maroni</u> Mlle S. DAUVILAIRE (1 TP)
Secrétariat	1 ETP	Mme Y. LINGIBÉ
Interne de santé publique	1 interne par semestre	Dr A. JOLIVET (de novembre 2010 à avril 2011) Dr Y. GUILLAUME (de mai 2011 à octobre 2011)
Data manager (site Internet+ requêtes eNadis)	2 journées / semaine	M. O. CASSE

2.2 – Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du Corevih Guyane

AU SIEGE	MOYENS
Bureau du Président	1 bureau + 1 poste informatique + 1 imprimante
Bureau du Coordinateur Médical	1 bureau partagé + 1 poste informatique + 1 imprimante partagée + 1 photocopieur et un fax partagés
Bureau du Coordinateur Administratif	1 bureau partagé + 1 poste informatique + 1 imprimante partagée + 1 photocopieur et un fax partagés
Bureau de la secrétaire	1 bureau partagé + 1 poste informatique + 1 imprimante partagée + 1 photocopieur et un fax partagés
Bureau des Techniciennes d' Etudes Cliniques	1 bureau partagé + 3 postes informatiques + 1 imprimante partagée + 1 photocopieur et un fax partagés
AUTRES ETABLISSEMENTS	MOYENS
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais	1 bureau partagé + 1 poste informatique
Centre Médico-Chirurgical de Kourou "Pierre BOURSICQUOT"	1 bureau + 1 poste informatique

2.3 – Moyens financiers du Corevih

L'enveloppe MIGAC en 2011 était d'un montant de 1 068 626 euros .

Budget prévisionnel de fonctionnement du Corevih Guyane en 2011

Rubriques	Coût unitaire	Coût Total
Documentation (Abonnements revues VIH/SIDA et acquisition d'ouvrages)		2 500 €
Total Documentation		2 500 €
eNadis		
Interfaces eNadis/DMI2 x 3 sites	4 000 €	12 000 €
Total eNadis		12 000 €
Réunions et Missions de coordination		
Missions Encadrement TEC (12 tournées)	63,00 €	756 €
Missions de coordination (Cayenne, 3 Kourou + 3 St Laurent + fleuve)	10 000,00 €	10 000 €
Réunions Ministère / INPES / INSERM / ANRS / InVS / Coopération x 2	3 000,00 €	6 000 €
Réunions nationales (5 participations)	3 000,00 €	15 000 €
Total Réunions et missions de Coordination		31 756 €
Remboursement des frais de déplacement des membres		
Remboursement frais déplacement membres COREVIH pour 2 réunions sur Cayenne		
Participants de Kourou (7 personnes x 128km x 0,31€) x 2 réunions	119,04 €	833 €
Participants de St Laurent du Maroni (12 personnes x 536km x 0,31) x 2 réunions	1 993,92 €	3 988 €
Remboursement frais déplacement membres COREVIH pour 1 réunion sur St Laurent		
Participants de Kourou (7 personnes x 408km x 0,31€) x 1 réunion	885,36 €	885 €
Participants de Cayenne (42 personnes x 536km x 0,31€) x 1 réunion	6 978,72 €	6 979 €
Nuités participants Saint Laurent du Maroni pour 2 réunions sur Cayenne (12 personnes x 31,50€) x 2 réunions sur Cayenne	378,00 €	756 €
Nuité participants Cayenne pour 1 réunion sur St Laurent du Maroni (42 personnes x 31,50€) x 1 réunion sur Saint Laurent du Maroni	1 323,00 €	1 323 €
Nuité participants Kourou pour 1 réunion sur St Laurent du Maroni (7 personnes x 31,50€) x 1 réunion sur Saint Laurent du Maroni	220,50 €	221 €
Total Remboursement des frais de déplacement des membres		14 985 €
Total Remboursement des frais de déplacement des membres		14 985 €
Fonctionnement Commissions et groupes de travail		
2 réunions x 4 commissions	250,00 €	2 000 €
Activités spécifiques (Ex: journée interassociative autour de la prévention) x 2	500,00 €	1 000 €
Total fonctionnement des commissions		3 000 €
Formations et réunions nationales/Congrès		
Formations collectives membres COREVIH (2)	7 000,00 €	14 000 €
Formation TEC (5)	3 000,00 €	15 000 €
Autres formations (2)	7 000,00 €	14 000 €
Total Formations et Réunions nationales/Congrès		43 000 €
Divers		5 000 €
Total Budget		112 241 €

2.4 – Outils développés par le Corevih

2011		
Dossier	Contexte / description	Outils
Bilan de synthèse annuelle	la circulaire n° DHOS/M2A/DGS/R12/2007/415 du 19 nov.2007 précise les conditions pour qu'un séjour dit « bilan de synthèse annuel » puisse bénéficier de la tarification d'un GHS (cf. page 390-394 yéni) : un parcours de soins avec plusieurs intervenants et examens doivent se dérouler sur une journée. Au CHAR ces conditions étaient impossibles à obtenir. Nous avons eu l'accord récent avec la sécurité sociale et l'ARS pour réaliser ce parcours de soins sur plusieurs jours.	Outils créés pour aider à la mise en place des bilans de synthèse <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocole personnalisé de prise en charge ▪ Fiche de consultation ▪ Proposition d'organisation
Tests Rapides à Orientation Diagnostic	Arrêté de nov.2010 autorisant l'utilisation des TRODS en dehors des situations antérieures (AES, urgences diagnostiques, femmes enceintes sur le point d'accoucher dont on ne connaît pas le statut sérologique), par des structures médicalisées et non médicalisées. Utilisation possible des trods donc pour du dépistage et des soins courants. Le corevih a travaillé au déploiement du TROD principalement en centre de santé, à l'hôpital, en cabinet de ville, à la croix rouge	Outils créés pour la mise en place des TROD <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulaire de consentement ▪ Fiche résultats (positif, négatif, indéterminé) ▪ Parcours d'un patient bénéficiant d'un TROD ▪ Fiche de Liaison ▪ Gestion de la prise en charge d'un patient avec TROD positif ▪ Organisation prise en charge TROD
Recueil des données épidémiologique	Dans l'optimisation du recueil des données médico-épidémiologiques, il a été mis en place une fiche type recueil des données qui pourrait être utilisée par les médecins ou les TECS dans les structures de santé (UCSA, Centres de santé etc..) n'utilisant pas encore le logiciel de recueil des données (Nadis). Celle-ci devrait être complétée pour tous les patients VIH+ suivis puis transmise au COREVIH pour saisie informatique.	Fiche est en 2 parties : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1) fiche initiale (elle ne sera complétée qu'une seule fois pour le patient) ▪ 2) fiche de suivi (elle devra être complétée à chaque consultation ou hospitalisation du patient)
Commission thématique	Elaboration d'une fiche technique générale pour les commissions dans le but d'aider les responsables de Commission pour le lancement de celles-ci. Ce document rappelle l'objet et le fonctionnement des Commissions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiche technique disponible sur le site
	Elaboration de la lettre de mission de la Commission Prévention communication qui définit les objectifs de travail, désigne un rapporteur, invite des personnalités extérieures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lettre de mission disponible sur le site
	Elaboration pour la commission prévention communication du cahier des charges pour la	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cahier des charges disponible

	communication sur le dépistage dans le cadre de la journée caribéenne du dépistage	sur le site
Départ ou démission Membre du Corevih	Elaboration d'une lettre type de démission disponible sur le site du Corevih	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lettre type démission disponible sur le site
Prise en charge du VIH en Guyane Hébergements d'urgence	Elaboration et mise en ligne de deux plaquettes d'information sur la prise en charge du VIH et des hébergements d'urgence dans le département	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquette sur la prise en charge du VIH en Guyane ▪ Plaquette sur les hébergements d'urgence
Mise à jour des listes de diffusion électronique	Liste globale de tous les acteurs Associations PVVIH Membres COREVIH et invités Membres Bureau Corevih Membres par commission Membres par groupe de travail CDAG- CIDDIST Médecins libéraux Services VIH référents	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste de diffusion

2.5 – Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens

Conventions signées	Année 2011
Objet : Signataires :	
Objet : Signataires :	
Objet : Signataires :	

Il n'y a pas encore eu de convention rédigée et signée entre

- » le Centre Hospitalier Andrée Rosemon et le Centre Médico-Chirurgical de Kourou
- » le Centre Hospitalier Andrée Rosemon et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

2.6 – Indicateurs de fonctionnement

2.6-1 –Réunions

2011	Réunions (nombre)	Participants (nombre)	Ordre du jour	Compte rendu de réunion
	3 Séances plénières	09/09/2011 (Salle des services culturels de la Mairie de Sinnamary)	Membres Collège 1 : 4 Collège 2 : 2 Collège 3 : 1 Collège 4 : 2 Invités : 18	Oui
14/03/2011 (Salle de Réunion de la Mairie de Sinnamary)		Membres Collège 1 : 2 Collège 2 : 1 Collège 3 : 1 Collège 4 : 1 Invités : 8	Oui	Oui
22/12/2011 (Salle de formation des urgences)		Membres Collège 1 : 2 Collège 2 : 0 Collège 3 : 1 Collège 4 : 1	Oui	Oui
Commissions thématiques	Commission prise en charge 17/02/2011	4	Oui	OUI
	Commission GRSP Finances	Néant	Cette commission ne s'est pas réunie	Néant
	Commission Dépistage 24/02/2011	9	Oui	oui
	Commission Prévention Communication			
	18/01/2011	11	Oui	Oui
	14/02/2011	8	Oui	Oui
	04/03/2011	8	Oui	Oui
	06/04/2011	5	Oui	Oui
	28/04/2011	13	Oui	Oui
	19/05/2011	10	Oui	Oui
09/06/2011	7	Oui	Oui	
17/10/2011	17	Oui	Oui	
Autres réunions				
	Journées nationales des Corevih - juin 2011	Participant : 1		
2 Réunions de bureau	13/05/2011	Présents : 7	Oui	oui
	18/02/2011	Présents : 7	Oui	Oui

2.6-2 –Communication

Nombre d’emails/courriers envoyés : informations non comptabilisées

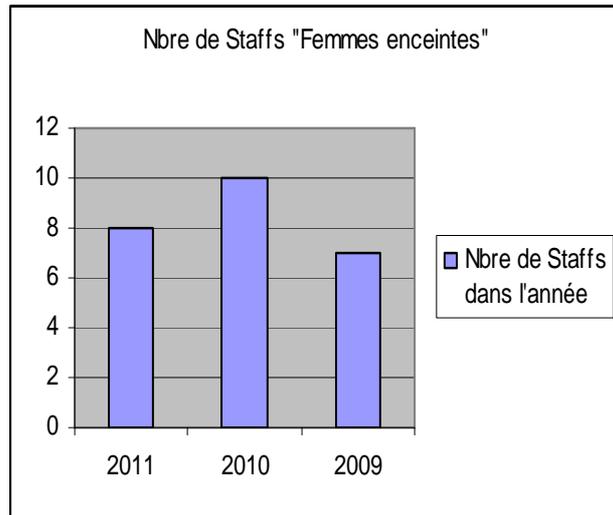
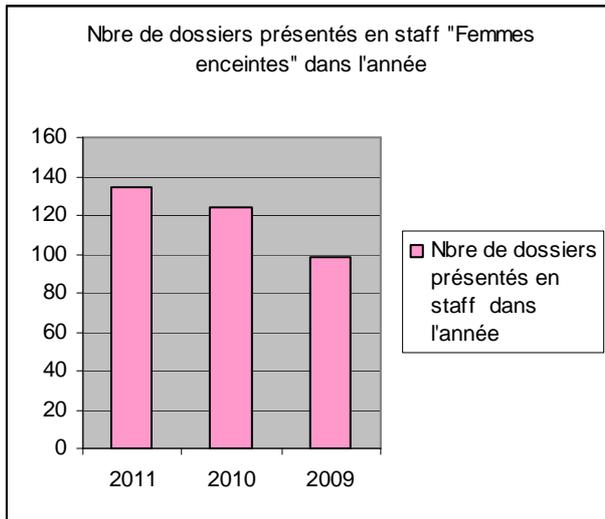
Nombre de connexion sur le site Internet : entre 150 et 200 visites / jour

Total Contacts : 520

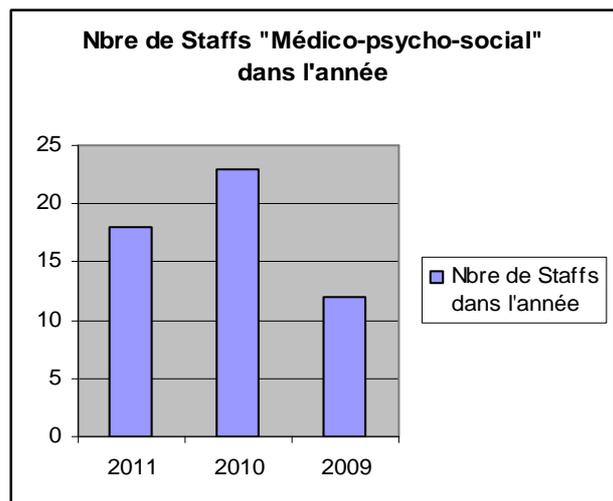
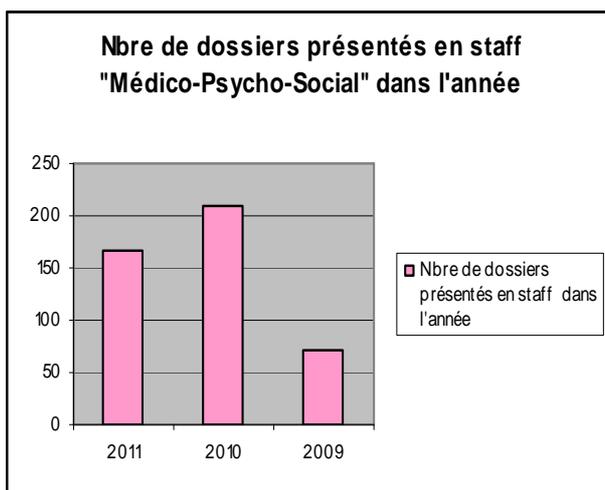
3 - Activités de l'année 2011

3.1 – Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et Staffs

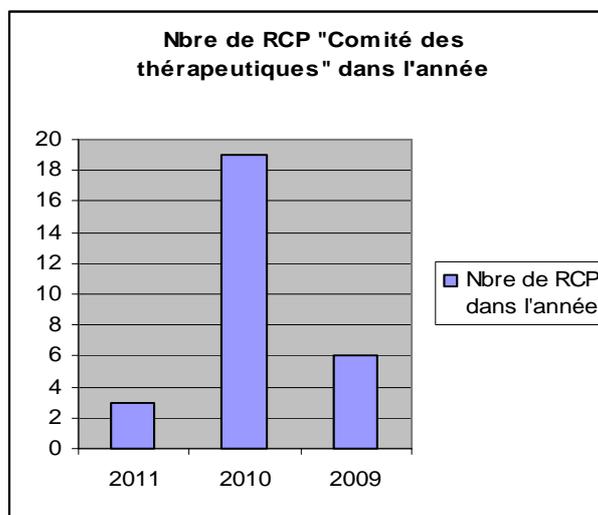
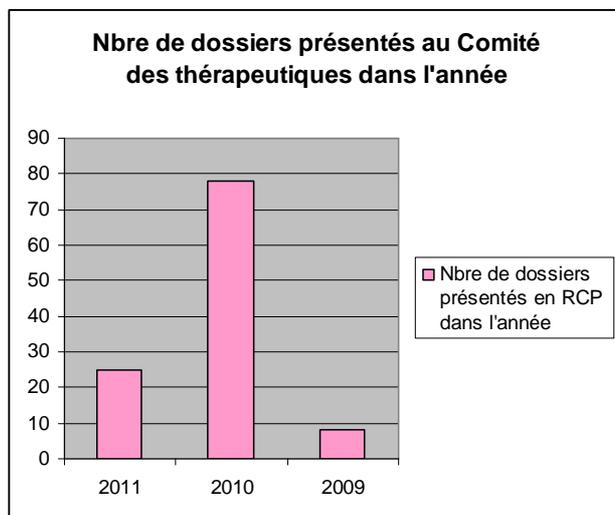
Staff des femmes enceintes	
Nombre de dossiers présentés	134
Nombre de staffs	8



Staff médico-psycho-social	
Nombre de dossiers présentés	166
Nombre de staffs	18



Comité des Thérapeutiques	
Nombre de dossiers présentés	25
Nombre de comités	3



3.2 – Mission de coordination

Actions de coordination mises en place dans le cadre du COREVIH

Nature	Actions de Coordination
Diffusion de l'information	Administration et animation du site Internet du Corevih (WWW.corevih.org ou www.corevih-guyane.org)
	Edition de la newsletter (arrêtée pendant 1 an pour des problèmes techniques)
Coordination de la prévention	Edition du bulletin trimestriel d'information du Corevih Guyane
	Production d'une plaquette d'information sur les différents intervenants et hébergements dans la prise en charge du VIH dans le département.
	Appui à la coordination des journées caribéennes du dépistage

3.3 – Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques

Thématique	Mission	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles
Observance thérapeutique	Participation à la Formation à l'observance thérapeutique (pour les acteurs de soins)	Formation
E-Nadis	Harmoniser les pratiques dans l'utilisation d'e-nadis	Formation
Vie affective et sexuelle	Participation à la Formation à la vie affective et sexuelle (pour les acteurs de soins)	Formation
Médecins de ville		Charte
Bilans de synthèse annuelle	Mise en place des bilans de synthèse annuelle	Fichiers et outils
Prise en charge du VIH dans le département	Identifier les services référents VIH du département	1 plaquette d'information sur les services référents VIH dans le département
Patients perdus de vue	Réduire le nombre de Patients perdus de vue	Procédure de rappel téléphonique et recherche active sur le terrain des patients perdus de vue
Dépistage de l'infection par le VIH	Mise en place progressive des tests rapides au CHAR	Outils Formation Réunions
Prise en charge de l'infection par le VIH		Formation Retour d'information par Enadis Evaluation des Pratiques Professionnelles

3.4 – Rapport / Analyse des données médico-épidémiologiques (cf annexe 2)

4 – Programme prévisionnel de travail de l'année 2012

4.1 – Objectifs pour les années 2012 à 2013

Thématique	Actions	Moyens	Objectifs
COMMISSION PRISE EN CHARGE			
AES	Harmoniser les protocoles de prise en charge des AES Elaboration d'une procédure commune puis adaptée pour certains sites	Mise en place d'un groupe de travail dans le cadre de la commission prise en charge	Harmonisation des pratiques et des procédures pratiques dans le département
consultation de synthèse annuelle	Mise en place des consultations de synthèse	Mise en place d'un groupe de travail	Améliorer la prise en charge des patients
Education thérapeutique	Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique	Mise en place d'un groupe de travail	Améliorer la prise en charge des patients
UCSA	Améliorer la prise en charge médicale du VIH au Centre pénitentiaire.	Reprise des consultations avancées par les médecins référents VIH	Poursuite de la prise en charge à la sortie de prison
Centres de santé	Renforcement et optimisation dans l'organisation des consultations avancées dans les centres de santé Reprise des consultations annuelles pour les patients des centres de santé		
COMMISSION DEPISTAGE			
Dépistage mobile hors les murs VIH, HTA, Diabète	Rédaction du projet Recensement des moyens humains Etablir le calendrier des déplacements du bus de prévention	Mise en place d'un groupe de travail	Favoriser l'accès à la prévention et au dépistage sur le département Aller au plus près des publics ciblés
Tests rapides	Rédaction d'une procédure pour les professionnels utilisant les TROD (accès, utilisation, public cible, conditions etc...) Mise en place de formation pour les soignants	Poursuite des travaux du groupe de travail	Développer l'utilisation des TROD dans les services définis et les centres de santé
COMMISSION PREVENTION ET COMMUNICATION			
Journée du 27 juin (journée caribéenne de dépistage)	Participation du Corevih chaque année à l'organisation de cette journée en Partenariat avec l'ARS et les associations.	Mise en place d'un groupe de travail	Dépistage précoce du VIH
Communication	Optimiser le site internet Evaluation du bulletin d'information Evaluation de la Newsletter	Mise en place d'un groupe de travail	Permettre à tous les acteurs du VIH, de suivre l'actualité du COREVIH, faciliter les échanges internes sur l'accès pro (documents de travail, cptes rendus de réunions, date des réunions de travail des commissions, du corevih etc...)

Autres objectifs : accompagner la mise en place du DOMEVIH en remplacement du DMI2 sur les différents sites du COREVIH

4.2- Calendrier prévisionnel 2012 des réunions COREVIH

Séances plénières

14/05/2012 – 17/09/2012 – 17/12/2012

Réunions de bureau

13/04/2012 – 10/08/2012 – 09/11/2012

5-Discussion et conclusion

5.1 Discussion

Ce rapport décrit l'activité du COREVIH et les statistiques de l'année sur un échantillon de 1230 patients suivis en 2011 inclus dans la base eNADIS. Mais tous les dossiers ne sont pas saisis dans eNADIS (difficultés à suivre le rythme, absence d'utilisation, absence d'informatisation).

Sur la file active

La file active réelle dépasse sans doute les 2000 patients (Cayenne 1000+ 200 en libéral+ 180 à Kourou+400 à Saint Laurent+ Centres de Santé entre 50 et 100+ pédiatrie plus de 50 patients). En 2011, sur les 153 nouveaux patients pris en charge dans eNADIS, il y a eu 80 nouveaux patients dépistés. A l'hôpital de jour adultes (HDJA) de Cayenne, où les données sont exhaustives, le nombre de nouveaux patients était de 38 soit un taux de croissance de 4.5% de la file active (doublement en 15 ans) ce qui est une baisse par rapport à l'année précédente (2010) où la croissance était de 7% (doublement en 10 ans). Ce chiffre est susceptible de fluctuer, néanmoins il semble évoluer à la baisse, ce qui est encourageant mais il reste élevé, ce qui pose la question de l'avenir et de l'anticipation de la prise en charge d'une file active sans cesse croissante (locaux, personnel...). Le principal pays de naissance des nouveaux patients est la France ce qui souligne que l'épidémie touche tout le monde et qu'il ne s'agit pas d'un problème d'une communauté particulière comme cela a été relayé dans la presse.

Sur le plan du dépistage,

la focalisation de la communication sur la population cible et sur les professionnels de santé semble avoir porté ses fruits. Alors que depuis 1992, près du tiers des patients à Cayenne et de la Moitié des patients à Saint Laurent étaient dépistés à un stade tardif (CD4<200). Cette désespérante absence de progrès s'est interrompue cette année avec 23% des patients à Cayenne (HDJa+UMIT) et 39% des patients à Saint Laurent dépistés tardivement. Cette **amélioration de la précocité du dépistage des patients infectés** est un signe encourageant alors que la mise en place des Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) et que le dépistage hors les murs se met en place et permettra sans doute des progrès supplémentaires lorsque le dépistage ira vers les populations les plus à risque. Cependant, bien que cette convergence d'indicateurs soit encourageante, le faible nombre de patients peut entraîner des fluctuations aléatoires. Il faudra surveiller l'évolution future de cet indicateur pour voir si la tendance se confirme. Sur le plan du dépistage, la commission dépistage du COREVIH travaille à la mise en place d'un projet de dépistage mobile régional commun financé par des crédits pérennes qui devraient permettre de mettre en place un projet ambitieux. L'idée générale est de dépister le VIH mais aussi le diabète et l'hypertension artérielle qui avec le VIH sont l'une des principales causes de mortalité prématurée en Guyane. Cela offrirait un service en plus aux populations et cela évitait d'en faire un camion SIDA (les données de l'enquête migrants montraient que les personnes préféraient un camion moins visible). L'objectif est aussi de rassembler les différents acteurs autour de ce projet au sein de la commission dépistage du COREVIH. Les premières expériences de la Croix Rouge et de Médecins du Monde (MDM) soulignent l'**importance de la médiation par les associations de terrain** (DAAC en l'occurrence). Cependant le financement des médiateurs est mal assuré ce qui constitue une incertitude pour l'avenir.

Un travail réalisé au sein du COREVIH et du CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) a montré que la prévalence du VIH chez les usagers de crack était de plus de 15%. Les usagers de Corevih Guyane - Rapport d'activités 2011

crack, notamment ceux qui ne sont pas suivis au CSAPA, devraient donc être un public prioritaire à toucher par des actions de dépistage hors des structures de soins habituelles. Leur prise en charge, notamment celle des personnes les plus désocialisées sera un sujet de réflexion important pour la commission prise en charge.

Sur le plan de la prise en charge,

il faut noter l'**amélioration spectaculaire des résultats à Saint Laurent du Maroni** (90% de succès thérapeutique) fruit du travail de l'équipe du CHOG, de sa disponibilité, et du renforcement des moyens autour de la prise en charge ambulatoire du VIH. Il n'y a donc pas de fatalité et les acteurs ont, ce n'est pas toujours facile à croire, une réelle prise sur l'amélioration des choses. A Kourou, le taux de succès thérapeutique était en progrès à 82%. Certes ces résultats ne sont que des résultats sur échantillon car dans ces 2 centres tous les patients de la file active ne sont pas dans la base. Par contre, **à l'HDJA de Cayenne on note une dégradation des résultats au dernier trimestre** (78% de succès thérapeutique) résultant de la conjonction d'un manque de médecins et du départ des 2 infirmières d'observance. Ceci souligne la **fragilité des acquis** car Cayenne avait jusqu'alors des résultats thérapeutiques excellents. La mise en place des consultations de synthèse et d'un programme d'éducation thérapeutique en HDJA ont pris du retard du fait des ces problèmes de ressources humaines. Ce sera l'un des défis de début 2012. L'UMIT et l'HDJA sont maintenant voisins et peuvent partager le plateau technique (IDE d'observance, psychologue, assistante sociale, médiateur culturel) permettant une prise en charge globale et sans doute une amélioration des résultats.

Un autre défi sera la reprise des consultations annuelles pour les patients des centres de santé qui sont interrompues depuis plus d'un an. Leur organisation est complexe et le renforcement de l'hôpital de jour (pas de PH candidat en 2011) pourrait faciliter la chose. En attendant, l'intensification des consultations avancées en communes isolées (tous les mois au lieu de tous les 3 mois) serait sans doute une amélioration notable. La montée en charge de TRODs dans les centres de santé a été timide en raison du turnover, et de la charge de travail sur site. Des kits pour le traitement post exposition lors des Accidents d'Exposition au Sang ont été distribués dans tous les centres pour faire face aux éventuels besoins.

Il faut souligner que les patients ont **d'énormes difficultés en termes d'accès aux droits**, notamment pour certains patients français. Les retards de traitements des dossiers et la réforme de l'AME font que les antirétroviraux incombent à l'hôpital ce qui grève lourdement le budget alors que les temps sont par ailleurs difficiles. Ainsi, à Cayenne près de 750 000 euros d'antirétroviraux sont à la charge de l'hôpital (environ 400 000 en 2010), ce qui représente une part significative du déficit de l'établissement (le tiers). Il semble indispensable de trouver des solutions et des financements pour faire face à cette réalité qui pénalise les patients et l'hôpital, et qui use les professionnels. Il va sans dire que ces difficultés sont surmultipliées dans les communes éloignées et qu'elles sont constantes pour les migrants.

En termes de communication,

le dépistage a été un slogan martelé le plus possible. Pour le premier décembre la solidarité a également été un thème important. A noter la participation de personnalités politiques à Saint Laurent du Maroni (AIDES) comme cela avait déjà été le cas dans les films regards et paroles croisées (SIDA Info Service).

En termes de recherche,

un nombre considérables de projets sont en cours (enquêtes connaissances attitudes et pratiques en population générale (ANRS/ORS IdF) : chez les publics vulnérables (Hommes ayant des rapports avec les hommes, usagers de crack, migrants (INTERREG/CIC EC/AIDES)), chez les populations vivant sur la berge française du Maroni (INTERREG/CIC EC)), les personnes vivant avec le VIH (VESPA ANRS/INSERM/CIC EC, INTERREG/CIC EC). Ces projets à la logistique particulièrement complexe permettront d'asseoir la prévention sur des données, d'optimiser puis d'évaluer les interventions de prévention. Il faudra par contre que les acteurs de la prévention s'emparent des résultats pour cibler, adapter les actions préventives puis s'en servir pour de futures évaluations. Les financements de l'Europe ou de l'ARS devront encourager ce type de projet basé sur des faits, avec des objectifs quantifiés. La coopération avec le Brésil et avec le Suriname n'a jamais été aussi vivante avec des projets sur la durée : projet CAP prostitution à Oïapoque (CIC EC), projet INTERREG de coopération transfrontalière pour le Brésil, Projet ANRS/FEDER pour l'évaluation d'un nouvel outil diagnostique de l'histoplasmosse disséminée (CIC EC/Suriname/CDC) susceptible d'être étendu au Guyana et au Brésil. Les nouveaux patients semblent avoir plus

fréquemment du virus CRF08_BC. Ceci souligne qu'il faudra, en plus de la surveillance comportementale, étudier ce que racontent les virus sur les moteurs de l'épidémie en Guyane grâce à l'épidémiologie moléculaire.

5.2 Conclusions

Au total, bien que les changements soient lents et laborieux, il y a des raisons de se réjouir (baisse du taux de croissance, amélioration du dépistage, progrès thérapeutiques à Saint Laurent du Maroni et à Kourou). Mais il y a aussi des raisons de s'inquiéter, car les améliorations de la précocité du dépistage sont éclipsées par l'accroissement des difficultés d'accès aux soins.

Annexe 1

Liste des Membres (arrêté n° 2323 du 09 octobre 2007) et invités permanents du Corevih Guyane (Mandat 2008-2011)

Collège 1

Représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Titulaire : Pr Pierre COUPPIE, chef de service de Dermatologie, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR)

- ⤵ 1^{er} suppléant : Dr Myriam EL GUEDJ, praticien hospitalier, Hôpital de Jour adultes, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne
- ⤵ 2^{ème} suppléant : Dr Aba MAHAMAT, praticien hospitalier, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne

Titulaire : Dr Michel JOUBERT, coordinateur médical des Centres de Santé, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne

- ⤵ 1^{er} suppléant : Dr Claire GRENIER, coordinateur médical des Centres de santé, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne
- ⤵ 2^{ème} suppléant : M. Sébastien PECKER, directeur adjoint chargé des Centres de santé, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne

Titulaire : Dr Elodie CHAUVET, praticien hospitalier, service de Médecine, Centre hospitalier de l' Ouest Guyanais (CHOG)

- ⤵ 1^{er} suppléant : Dr Andry RANDRIANJOHANY, praticien hospitalier, service de Médecine et centre de dépistage anonyme et gratuit, CHOG
- ⤵ 2^{ème} suppléant : Mme. Jocelyne ADOISSI, infirmière, service de médecine et Centre de dépistage anonyme et gratuit, CHOG

Titulaire : Dr Richard MILLOT, centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) de Cayenne

- ⤵ 1^{er} suppléant : Dr Lahouari MEBARKI, CSST de Saint Laurent du Maroni
- ⤵ 2^{ème} suppléant : Mme Julie-Anne MELLARD, directrice des appartements de coordination thérapeutique de Guyane (ACT)

Titulaire : Dr Fernand ALVAREZ chef de service de Médecine , Centre Médico-Chirurgical de Kourou (CMCK)

- ⤵ 1^{er} suppléant : Dr Yvane GOLITIN , centre de dépistage anonyme et gratuit , CMCK
- ⤵ 2^{ème} suppléant : Dr Michel CALVEZ, service de médecine, CMCK

Titulaire : Dr Christian MARTY , antenne de Cayenne du Centre Prévention Santé de Kourou

- ⤵ 1^{er} suppléant : M. José GAILLOU, coordonnateur des soins, Centre de prévention santé de Kourou
- ⤵ 2^{ème} suppléant : Mme Hélène PAINSEC, responsable administratif, centre de Prévention Santé de Kourou

Collège 2

Représentants des professionnels de santé et de l'action sociale

Titulaire : **Mme Valérie BERARD, assistante sociale, secrétaire du Réseau Ville Hôpital (RVH) KIKIWI**

- » 1^{er} suppléant : Mme Valérie WECKERLE, Infirmière, coordinatrice, RVH Kikiwi
- » 2^{ème} suppléant : Mme Constance LECONTE, psychologue clinicienne, RVH Kikiwi

Titulaire : **Mme Fallone ARNAUD, animatrice de prévention, RVH Matoutou**

- » 1^{er} suppléant : Mme Dina EMMANUEL, médiatrice socioculturelle, RVH Matoutou
- » 2^{ème} suppléant : Mme Chadeline TUEGNE TOGUE, responsable administrative RVH Matoutou

Titulaire : **Dr Laetitia ACCROMBESSI, RVH Périnat Guyane**

- » 1^{er} suppléant : Mme le Dr Hawa SOW, RVH Périnat Guyane
- » 2^{ème} suppléant : Mme. Gilberte LAGUERRE, sage-femme, RVH Périnat Guyane
- »

Titulaire : **Dr Serge PLENET, président du Collège des spécialistes, URMLG**

- » 1^{er} suppléant : Dr Bernard POLITUR, vice président de l' URMLG
- » 2^{ème} suppléant : Dr Armand SENELIS secrétaire adjoint de l' URLMG

Titulaire : **Dr Renée LONY, Médecin conseiller Technique, Rectorat**

- » 1^{er} suppléant : Mme Genevieve EUZET, infirmière Conseillère technique Rectorat
- » 2^{ème} suppléant : Mme Marie-Odile LOPVET, assistante sociale conseillère technique, Rectorat

Titulaire : **Mme Christine JOLY, infirmière, cellule éducation sanitaire, Direction de la solidarité et de la prévention du conseil général**

- » 1^{er} suppléant : Mme Nathalie BOUDINOT, infirmière, cellule éducation sanitaire, Direction de la Solidarité et de la Prévention du Conseil Général
- » 2^{ème} suppléant : Dr Christophe SAEZ, cellule études de Santé, Direction de la Solidarité et de la Prévention du Conseil Général

Titulaire : **Mme Denyse CASSIN, déléguée régionale, association Sida Info Service**

- » 1^{er} suppléant : Dr Michel OHAYON, coordinateur médical, association Sida Info Service
- » 2^{ème} suppléant : Dr Arame MBODJE, coordinatrice nationale, association Sida Info Service

Collège 3

Représentants des malades et des usagers du système de santé

Titulaire : **Dr Claire GIROU, présidente, association Aides – Délégation départementale**

- » 1^{er} suppléant : M. Michel POITEVIN, Vice président, association Aides
- » 2^{ème} suppléant : Mme Laetitia LOCHER, coordinatrice départementale association AIDES

Titulaire : **Mme Isabelle YAHIA, responsable du groupe Cayenne, association Chrétiens et Sida**

- » 1^{er} suppléant : Mme N'Daye NEPOTEL, membre du bureau, association Chrétiens et Sida
- » 2^{ème} suppléant : Mme Jocelyne GENEVIEVE, membre du bureau, association Chrétiens et Sida Cayenne

Titulaire : **Dr Geneviève SIMART, présidente, association Entr'Aides Guyane**
 » 1^{er} suppléant : M. Pierre SISSAOUI, directeur, association Entr'Aides Guyane
 » 2^{ème} suppléant : Mme Nadine LEGUENNEC, coordinatrice de l'aide aux malades, association Entr'Aides Guyane

Titulaire : **Mme Sarah ICARE, administrateur, UDAF Guyane**
 » 1^{er} suppléant : Mme Armide FALGAYRETTES, administrateur, UDAF Guyane
 » 2^{ème} suppléant : Mme Fabienne LAM-CHAM, administrateur de l'association Relais Familles Rurales, UDAF Guyane

Collège 4 Personnalités qualifiées

Titulaire : **Pr Mathieu NACHER , praticien hospitalier , Hôpital de Jour, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR)**
 » 1^{er} suppléant : Dr Vincent VANTILCKE, service de Dermatologie, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne
 » 2^{ème} suppléant : M. Raymond RENAUFERRER, médiateur culturel, Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne

Titulaire : **Mme. Shannon MASON, coordinatrice des ateliers santé**
 » 1^{er} suppléant : Mme Johanne MASSEMAIN, coordinatrice des ateliers santé Ville
 » 2^{ème} suppléant : Mme Sandrine LOUISET, directrice de l'association IMPACT

Titulaire : **Mme Michèle GASPARD, coordinatrice des actions de prévention sur le secteur de Kourou**
 » 1^{er} suppléant : Mme Estelle EPAILLY, coordinatrice CSST Akati'j de Kourou
 » 2^{ème} suppléant : Mme Cécile HENNE, infirmière référente de prévention, CSST Akati'j de Kourou

Titulaire : **M. Robert GEORGES, président association**
 » 1^{er} suppléant : M. Lysair DESTIN, association UCHG
 » 2^{ème} suppléant : M. Jean-Noel ROBILLARD, coordonnateur de la Mission France Guyane, Médecins du Monde

Invités permanents du Corevih Guyane

Nom des Invités	Fonction et structure
M.BARBOSA STEPHANE	Volontaire à l'associations AIDES Guyane

Dr. BAUDUFFE JEROME	Cellule éducation sanitaire
Dr. SANGARE ISSA	Coordinateur du réseau Kikiwi
Dr. VAUTRIN CYRIL	Médecin service de Médecine au Centre Hospitalier de l' Ouest Guyanais
Mme. AMORICH GILDA	Coordinatrice prévention des risques sexuels pour l'Ouest Guyanais
Mme. COULIBALY EVE	Responsable du service social conseillère technique au rectorat
Mme. DOS SANTOS OLIVEIRA CECILIA	Co ordinatrice association Chrétiens et Sida
Mme. HEMBERT KARINE	Médecins du Monde Mission France Guyane
Mme. KOWALSKI BEATRICE	Directrice Centre de prévention Santé à Kourou
Mme. LAUREL STEPHANIE	Coordinatrice territoriale "prévention des risques sexuels" Centre Hospitalier de l' Ouest Guyanais et réseau kikiwi
Mme. LE PABIC ROZENN	Association ADER
Mme. MARCHAND AMANDINE	Médecins du Monde Mission France Guyane
Mme. NICOT DELPHINE	Coordinatrice Association AIDES Guyane

Annexe 2

Rapport / Analyse des données médico-épidémiologiques 2011

Version : DatAids Activité ® v1.5

Source : Nadis

Année : 2011

(Date de début d'analyse 01/01/2011, date de gel de base 31/12/2011)

Service : GUYANE

(4 services dans 3 établissements de santé : Services HDJA et UMIT au CHAR + Service de médecine au CMCK + service de médecine au CHOG)

TABLE DES RESTITUTIONS

RAPPORT VIH ET CO-INFECTIONS HEPATITES

TABLEAUX

Tableau 1	Définitions	23
Tableau 2	Principales caractéristiques de la population suivie : nouveaux pris en charge	23
Tableau 3	Principales caractéristiques de la population suivie : nouveaux dépistés	23
Tableau 4	Principales caractéristiques de la population suivie : patients au stade sida	23
Tableau 5	Nombre de patients suivis selon le sexe	24
Tableau 6	Sex ratio	24
Tableau 7	Description des patients : age selon le sexe	24
Tableau 8	Distribution par mode de contamination	25
Tableau 9	Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte, par centre	25
Tableau 10	Répartition du nombre de cas de sida selon l'année de diagnostic de stade C	26
Tableau 11	Séroprévalence des principales co-infections dans la population : HTLV1	27
Tableau 12	Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Toxoplasmose	27
Tableau 13	Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Incidence Syphilis	27
Tableau 14	Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Prévalence Syphilis	28
Tableau 15	Séroprévalence des principales co-infections dans la population : AgHBs positif	28
Tableau 16	Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Ac VHC positif	28
Tableau 17	Proportion d'infection par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte	28
Tableau 18	Distribution selon l'âge et le sexe des patients dépistés dans l'année	28
Tableau 19	Distribution des sous-types VIH pour les patients dépistés dans l'année	29
Tableau 20	Répartition des nouveaux patients dépistés selon le pays de naissance	29
Tableau 21	Part de dépistage tardif parmi les nouveaux dépistés	30
Tableau 22	Distribution des CD4 au dépistage et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année	30
Tableau 23	Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique dans la file active	30
Tableau 24	Distribution des schémas thérapeutiques initiés parmi les patients suivis ayant débuté un traitement antirétroviral dans l'année	31
Tableau 25	Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux prescrites dans l'année	31
Tableau 26	Evolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux prescrites dans la file active (par familles d'ARV)	32
Tableau 27	Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux prescrites dans la file active (par molécules : nom commerciaux)	33
Tableau 28	Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement	33
Tableau 29	Principaux motifs d'arrêt des associations d'antirétroviraux arrêtées durant l'année	33
Tableau 30	Nombre de recours	34

Tableau 31	Proportion de patients vus en RCP par rapport à la file active du COREVIH	34
Tableau 32	Effectifs et part des principales co-morbidités prévalentes dans l'année	34

FIGURES

Figure 1	Distribution des patients de plus de 15 ans inclus dans la cohorte par Centre	24
Figure 2	Répartition des cas de Sida par année par centre	27
Figure 3	Distribution selon l'âge des patients dépistés dans l'année par sexe	29

RAPPORT ACCIDENTS D'EXPOSITION (AES)

TABLEAUX

Tableau 33	Effectifs et fréquences des personnes victimes d'AES selon leur sexe et le type d'AES	35
Tableau 34	Effectif et fréquence des épisodes d'AES selon leur type et l'attitude thérapeutique adoptée	35
Tableau 35	Effectifs et fréquence du type d'accident à l'origine d'un AES professionnel	35
Tableau 36	Effectif et fréquence de la profession des personnes exposées victimes d'AES Professionnels	35
Tableau 37	Effectifs de l'orientation sexuelle des personnes victimes d'AES sexuel, selon le sexe de la personne exposée	36
Tableau 38	Effectif et fréquence des modalités d'usage du préservatif chez les personnes victimes d'AES sexuel	36
Tableau 39	Effectif et fréquence des viols au cours des AES sexuels, selon le sexe de la personne exposée	36
Tableau 40	Effectif et fréquence des traitements prescrits selon le type d'AES	36
Tableau 41	Nombre de personnes ayant consulté à l'HDJA suite à un AES selon le type d'AES (Source : Secrétariat HDJA)	36

Tableau 1 : Définitions

Cohorte	Constitués des patients venus au moins une fois (un recours dans Nadis) entre la date de début d'analyse et la date de fin d'analyse, pour les services sélectionnés
File Active	Constitués des patients dont la situation est Suivi, à la date de gel de base (exclusion des patients décédés, suivi ailleurs ou perdus de vue)
Stratégie thérapeutique	Les requêtes concernent les patients traités ET en cours de suivi à la date de gel de base (exclusion des patients décédés, suivi ailleurs ou perdus de vue)
Nouveaux pris en charge	Patients dont la date du premier recours dans Nadis est comprise entre la date de début d'analyse et la date de gel de base
Nouveaux dépistés	Patients dont la date de diagnostic VIH est comprise entre la date de début d'analyse et la date de gel de base
Contrôle Qualité	Echantillonnage de 5 à 10 % de file active parmi les services analysés Contrôle de qualité (variables, bornes de confiance) définies et valisés par le Conseil Scientifique de News Aids Data Information System

RAPPORT VIH ET CO-INFECTIONS HEPATITES

Tableau 2 : Principales caractéristiques de la population suivie : Nouveaux pris en charge

	Effectif	%
Patients déjà suivis	1077	87.56
Nouveaux pris en charge	153	12.44
Total	1230	100

Tableau 3 : Principales caractéristiques de la population suivie : Nouveaux dépistés

	Effectif	%
NR	39	3.17
Non nvx dépistés	1111	90.33
Nouveaux dépistés	80	6.50
Total	1230	100

Tableau 4 : Principales caractéristiques de la population suivie : patients au stade sida

	Effectif	%
Non Sida	856	69.59
Sida	374	30.41
Total	1230	100

Tableau 5 : Nombre de patients suivis selon le sexe

	Effectif	%
F	648	52.68
H	582	47.32
Total	1230	100

Tableau 6 : Sex Ratio

Sex Ratio
0,898

Tableau 7 : Description des patients : age selon le sexe

	Effectif	Age moyen	Age minimum	Q1	Age médian	Q3	Age maximum
F	648	41.57099	5	33	40	49	84
H	582	47.45533	2	37	48	56	87
Global	1230	44.35528	2	24	43	53	87

Figure 1 : Distribution des patients de plus de 15 ans inclus dans la cohorte par centre

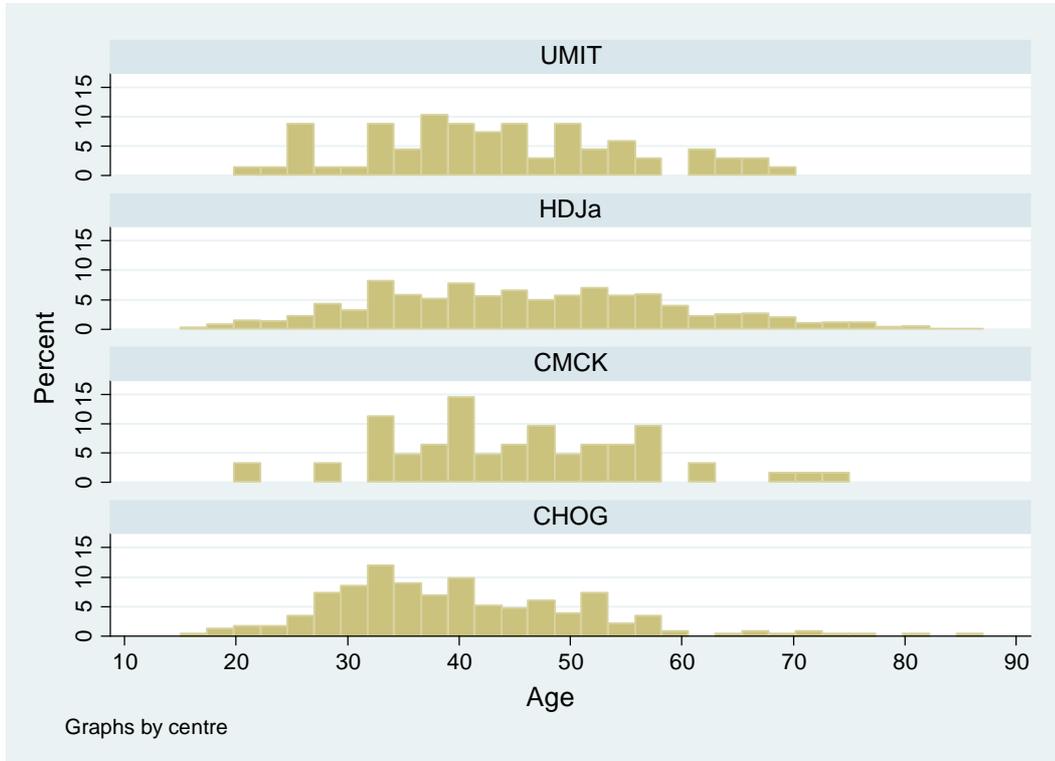


Tableau 8 : Distribution par mode de contamination

	Effectif	%
A. E. S.	1	0.08
Autre	3	0.24
Bisexuel	17	1.38
Homosexuel	19	1.54
Hétérosexuel	1080	87.80
Inconnu	47	3.82
Materno-fœtale	17	1.38
NR	41	3.33
Toxicomane IV	4	0.33
Transfusé	1	0.08
Total	1230	100

Tableau 9 : Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte, par centre

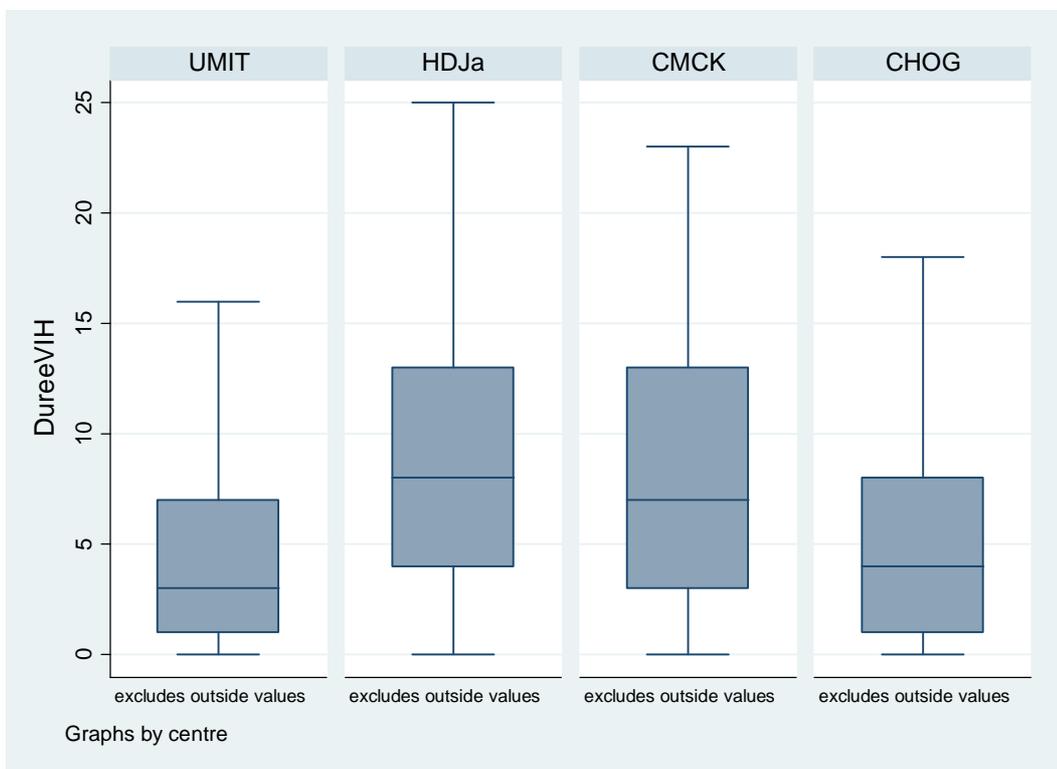


Tableau 10 : Répartition du nombre de cas de sida selon l'année de diagnostic de stade C

	Effectif	%
1981	1	0.27
1989	1	0.27
1992	1	0.27
1993	2	0.54
1994	4	1.07
1995	5	1.34
1996	9	2.41
1997	10	2.68
1998	9	2.41
1999	11	2.95
2000	15	4.02
2001	17	4.56
2002	24	6.43
2003	18	4.83
2004	29	7.77
2005	29	7.77
2006	25	6.70
2007	36	9.65
2008	30	8.04
2009	27	7.24
2010	38	10.19
2011	32	8.58
Total	373	100

Figure 2 : Répartition des cas de Sida par année par centre

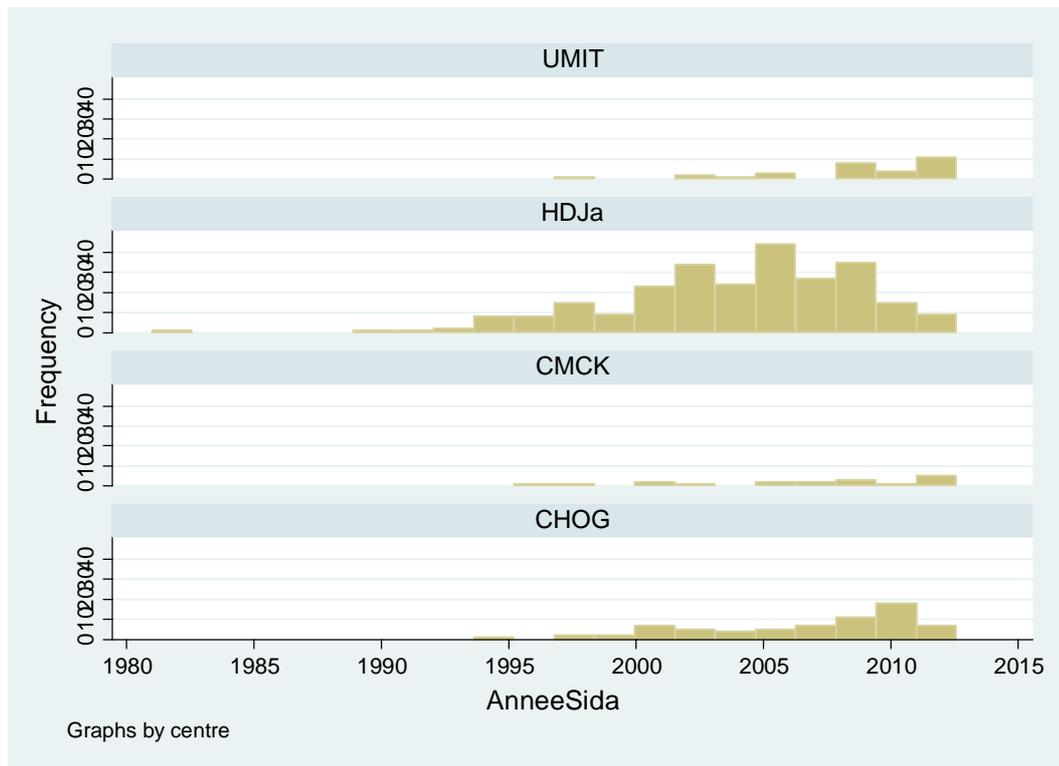


Tableau 11 : Séroprévalence des principales co-infections dans la population : HTLV1

	Effectif	%
NR	178	14.47
Negatif	1000	81.30
Positif	52	4.23
Total	1230	100.00

Tableau 12 : Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Toxoplasmose

	Effectif	%
NR	204	16.59
Negatif	346	28.13
Positif	680	55.28
Total	1230	100

Tableau 13 : Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Incidence Syphilis

	Effectif	%
NR	718	58.37
Negatif	499	40.57
Positif	13	1.06
Total	1230	100

Tableau 14 : Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Prévalence Syphilis

	Effectif	%
NR	376	30.57
Negatif	744	60.49
Positif	110	8.94
Total	1230	100

Tableau 15 : Séroprévalence des principales co-infections dans la population : AgHBs positif

	Effectif	%
NR	161	13.09
Negatif	1029	83.66
Positif	40	3.25
Total	1230	100

Tableau 16: Séroprévalence des principales co-infections dans la population : Ac VHC positif

	Effectif	%
NR	179	14.55
Negatif	1034	84.07
Positif	17	1.38
Total	1230	100

Tableau 17 : Proportion d'infection par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte

	Effectif	%
Non co-infecté par hépatite virale	1138	92.52
VHB	58	4.72
VHC	31	2.52
VHC&VHB	3	0.24
Total	1230	100

Tableau 18 : Distribution selon l'âge et le sexe des patients dépistés dans l'année

	Effectif	Age moyen	Age minimum	Q1	Age médian	Q3	Age maximum
F	39	34.2	18	27	33	42	58
H	41	40.1	21	32	39	48	67
Global	80	37.2	18	29	35.5	44	67

Figure 3 : Distribution selon l'âge des patients dépistés dans l'année par sexe

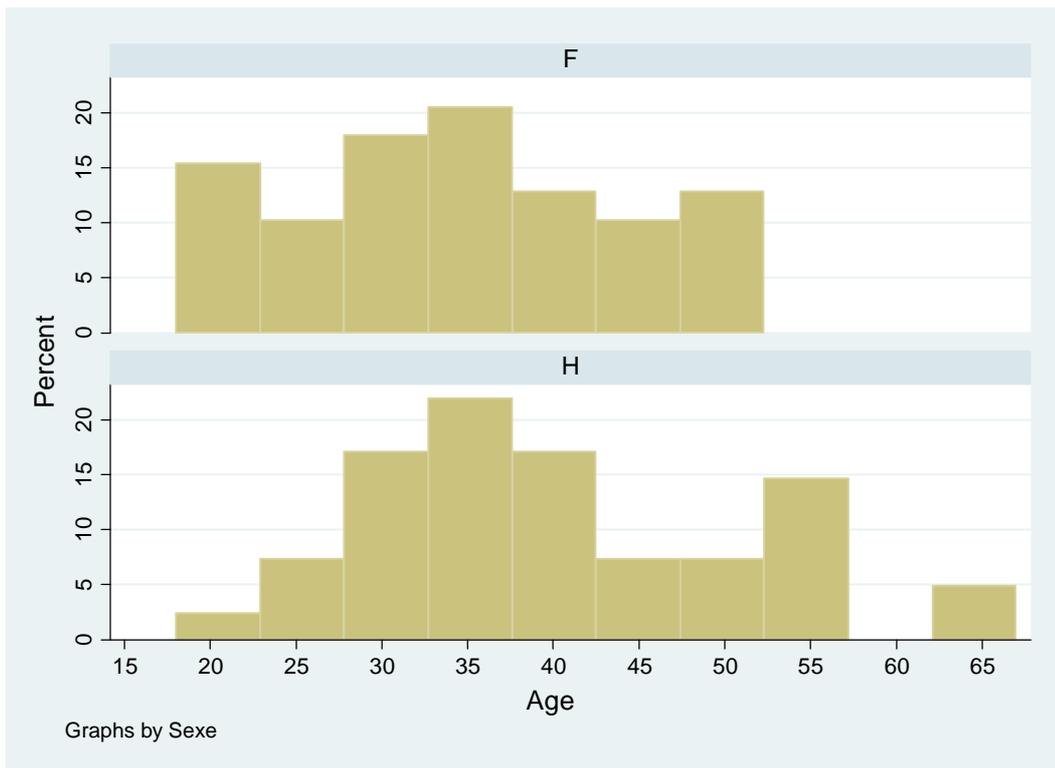


Tableau 19 : Distribution des sous-types VIH pour les patients dépistés dans l'année

	Effectif	%
B	11	13.75
CRF05_DF	1	1.25
CRF07_BC	1	1.25
CRF08_BC	10	12.50
CRF12_BF	2	2.50
CRF28_BF	6	7.50
CRF29_BF	2	2.50
NR	47	58.75
Total	80	100

Tableau 20 : Répartition des nouveaux patients dépistés selon le pays de naissance

	Effectif	%
FRANCE	26	32.50
SURINAM	20	25.00
HAÏTI	15	18.75
BRÉSIL	7	8.75
GUYANA	4	5.00
Guyane française	3	3.75
GUINEE-BISSAU	2	2.50
PEROU	1	1.25
REPUBLIQUE DOMINICAINE	1	1.25
VENEZUELA	1	1.25
Total	80	100

Tableau 21 : Part de dépistage tardif parmi les nouveaux dépistés

	Effectif	%
200-350	21	26,25
350-500	16	20
<200	22	27,5
>500	12	15
NR	9	11,25
Total	80	100

Tableau 22 : Distribution des CD4 au dépistage et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année

	TRT		Naif		Total	
	Effectif	%	Effectif	%		
200-350	17	80,95	4	19,05	21	100
350-500	8	50	8	50	16	100
<200	18	81,82	4	18,18	22	100
>500	0	0	12	100	12	100
NR	2	22,22	7	77,78	9	100
Total	45		35		80	

Tableau 23 : Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique dans la file active

	Effectif	%
10-30K	35	2,90
1K-10K	84	6,95
400-1000	36	2,98
51-400	177	14,65
50	605	50,08
>30K	110	9,11
NR	161	13,33
Total	1208	100

Tableau 24 : Distribution des schémas thérapeutiques initiés parmi les patients suivis ayant débuté un traitement antirétroviral dans l'année

	Effectif	%
2N+1II	4	3.25
2N+1IPb	64	52.03
2N+1NN	52	42.28
2N+2NN	1	0.81
3N	1	0.81
3N+1IPb	1	0.81
Total	1230	100

Tableau 25 : Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux prescrites dans l'année

	Effectif	%
Norvir + Reyataz + Truvada	39	31.71
Atripla	35	28.46
Sustiva + Truvada	13	10.57
Combivir + Kalétra	12	9.76
Norvir + Prezista + Truvada	9	7.32
Isentress + Truvada	3	2.44
Kivexa + Norvir + Reyataz	2	1.63
Atripla + Sustiva	1	0.81
Combivir + Viramune	1	0.81
Epivir + Retrovir + Viramune	1	0.81
Epivir + Viramune + Zerit	1	0.81
Epivir + Viread + Ziagen	1	0.81
Intelence + Truvada	1	0.81
Isentress + Kivexa	1	0.81
Kalétra + Kivexa	1	0.81
Kalétra + Truvada	1	0.81
Kivexa + Norvir + Reyataz + Viread	1	0.81
Total	1230	100

Tableau 26 : Evolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux prescrites dans la file active (par familles d'ARV)

	Effectif	%
2N+1IPb	518	47.35
2N+1NN	331	30.26
2N+1II	99	9.05
1N+1IPb+1II	27	2.47
1N+1NN+1IPb	25	2.29
3N+1IPb	20	1.83
1N+1NN+1II	13	1.19
3N	9	0.82
1NN+1IPb+1II	8	0.73
1N	6	0.55
2N+1IPb+1II	6	0.55
3N+1II	5	0.46
1IPb	3	0.27
2N+1IP	2	0.18
2N+1NN+1II	2	0.18
2N+1NN+1IPb	2	0.18
3N+1NN	2	0.18
1IPb+1II	1	0.09
1IPb+1II+1IE	1	0.09
1N+1IPb	1	0.09
1N+1IPb+1IE	1	0.09
1N+1IPb+1IF	1	0.09
1N+1IPb+1IF+1II	1	0.09
1N+1NN+1IPb+1II	1	0.09
1N+2IPb	1	0.09
1NN+2IPb	1	0.09
2IPb+1II	1	0.09
2N	1	0.09
2N+1IPb+1IE	1	0.09
2N+2IPb	1	0.09
2N+2NN	1	0.09
4N	1	0.09
4N+1IPb	1	0.09
Total	1094	100

Tableau 27 : Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux prescrites dans la file active (par molécules : nom commerciaux)

	Effectif	%
Norvir + Reyataz + Truvada	242	22.12
Atripla	225	20.57
Norvir + Reyataz + Viread + Ziagen	64	5.85
Isentress + Truvada	60	5.48
Truvada + Viramune	54	4.94
Combivir + Kalétra	46	4.20
Norvir + Prezista + Truvada	46	4.20
Kivexa + Norvir + Reyataz	44	4.02
Kalétra + Truvada	19	1.74
Isentress + Viread + Ziagen	18	1.65
Autres associations	276	25.23
TOTAL	1094	100

Tableau 28 : Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement

	Effectif	%
Echec Confirmé	68	9,91
Echec Non confirmé	70	10,2
Succes	548	79,88
Total	686	100

(ND =347 sur un total de 1033 patients traités depuis plus de 6 mois)

Tableau 29 : Principaux motifs d'arrêt des associations d'antirétroviraux arrêtées durant l'année

	Effectif	%
Fin de Grossesse	29	47,54
Décision du patient	20	32,79
Inconnu	4	6,56
Effets secondaires di	2	3,28
Non observance	2	3,28
Autres motifs thérape	1	1,64
Echec virologique	1	1,64
Effets secondaires cu	1	1,64
Fin de traitement	1	1,64
Total	61	100

Tableau 30 : Nombre de recours

Nombre de recours	8236
--------------------------	------

Tableau 31 : Proportion de patients vus en RCP par rapport à la file active du COREVIH

	Effectif	%
NON RCP	1110	90.24
RCP	120	9.76
Total général	1230	100

Tableau 32 : Effectifs et part des principales co-morbidités prévalentes dans l'année

	Effectif	%
Diabète	76	8,77
HTA	167	19,26
IR	28	3,23
Lipide	55	6,34
Cardio	13	1,5
AVC	16	1,85
Ostéoporose	1	0,12
Dépression	50	5,77
Libido	16	1,85
Néoplasie	22	2,54
Total général	867	100

RAPPORT ACCIDENTS D'EXPOSITION (AES)

Tableau 33 : Effectifs et fréquences des personnes victimes d'AES selon leur sexe et le type d'AES

	Feminin		Masculin		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Autre	4	9,76	5	16,13	9	12,5
Professionnel	22	53,66	5	16,13	27	37,5
Sexuel	15	36,59	21	67,74	36	50
Total	41	100	31	100	72	100

Tableau 34 : Effectif et fréquence des épisodes d'AES selon leur type et l'attitude thérapeutique adoptée

	Pas de TRT		TRT		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Autre	6	19.35	3	7.32	9	12.50
Professionnel	17	54.84	10	24.39	27	37.50
Sexuel	8	25.81	28	68.29	36	50
Total	31	100	41	100	72	100

Tableau 35 : Effectifs et fréquence du type d'accident à l'origine d'un AES professionnel

	Effectif	%
Piqûre	14	51.85
Projection	6	22.22
Autre	3	11.11
Coupure	2	7.41
NR	2	7.41
Total	27	100

Tableau 36 : Effectif et fréquences de la profession des personnes exposées victimes d'AES professionnels

	Effectif	%
Non Saisie	16	59,26
Infirmière	7	25,93
Aide Soignante	1	3,7
Autres	1	3,7
Chirurgien	1	3,7
Elève infirmier	1	3,7
Total	27	100

Tableau 37 : Effectifs de l'orientation sexuelle des personnes victimes d'AES sexuel, selon le sexe de la personne exposée

	Féminin	Masculin	Total général
homo	0	2	2
hetero	15	18	33
Total	15	20	35

Tableau 38 : Effectif et fréquence des modalités d'usage du préservatif chez les personnes victimes d'AES sexuel

	Féminin	Masculin	Total général
Non	6	3	9
Oui	1	0	1
Oui avec glissement	1	1	2
Oui avec rupture	3	17	20
Sexuel	4	0	4
Total	15	21	36

Tableau 39 : Effectif et fréquence des viols au cours des AES sexuels, selon le sexe de la personne exposée

	Féminin	Masculin	Total général
Non	1	18	19
Oui	11	0	11
Total	12	18	30

(Données viols non renseignés pour 42 personnes victimes d'AES sexuels)

Tableau 40 : Effectif et fréquence des traitements prescrits selon le type d'AES

		Moins de 4 j	Entre 4 et 20 jours	Plus de 20 jours	Total général
Professionnel	Combivir + Isentress	1	0	0	1
	Combivir + Kaletra	8	0	1	9
	Kaletra + Rétrovir + Viread	1	0	0	1
	Norvir + Reyataz + Trizivir	1	0	0	1
Sexuel	Combivir + Kaletra	28	1	2	28
Autre	Combivir Kaletra	3	0	0	3
Total général		42	1	3	43

Tableau 41 : Nombre de personnes ayant consulté à l'HDJA suite à un AES selon le type d'AES (Source : Secrétariat HDJA)

	Effectif	%
AES avec exposition sexuelle	93	49,47
AES avec exposition professionnelle	69	36,7
Autres AES	11	5,85
AES avec type d'exposition non renseigné	15	7,98
Total	188	100

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement celles et ceux qui ont largement contribué à l'élaboration de ce document, et qui se sont investis dans la vie du COREVIH.

Pr Mathieu NACHER

signé

Président du Corevih Guyane