

## **LES PERIPHERIES DE L'EPIDEMIE DE VIH EN GUYANE : PARTICULARITES DES ZONES ISOLEES**

E. Mosnier<sup>1,2,3</sup>, L. Epelboin<sup>2,3</sup>, N. Guiraud<sup>4</sup>, E. Jacoud<sup>1</sup>, B. Guarmit<sup>1</sup>, M. Auz<sup>1</sup>, C. Fereira<sup>1</sup>, S. Rhodes<sup>5</sup>, F. Huber<sup>6</sup>, M.Nacher<sup>2,6</sup>, L. Adriouch<sup>6</sup>

1. Pôle des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane, France
2. Equipe EA3593, Ecosystèmes amazoniens et Pathologie Tropicale, Université des Antilles et de la Guyane, Cayenne, France
3. Unité de Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane, France
4. Groupe de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille, UMR 7316, Centre de la Vieille-Charité, Marseille, France
5. Association Développement, Accompagnement, Animation, Coopération, Saint Georges de l'Oyapoque, Guyane, France
6. Hôpital de jour, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane, France
7. COREVIH, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane, France

### **Introduction-objectifs**

Bien que la prise en charge de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'améliore globalement en Guyane, les disparités régionales et communautaires restent importantes. L'objectif est ici de décrire pour la première fois les caractéristiques épidémiologiques, spatiales et cliniques des PVVIH suivies en zones isolées.

### **Matériels et Méthodes**

Les données présentées sont issues du suivi clinique réalisé en Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) de janvier 2014 à novembre 2015. Ces données ont été analysées et comparées aux données des PVVIH suivis dans les 3 centres hospitaliers de Guyane issues du logiciel Nadis@.

### **Résultats**

174 PVVIH ont été pris en charge en CDPS et comparés à 2143 patients suivis sur le littoral. L'évolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH montre une arrivée plus tardive mais particulièrement active en zones isolées par rapport au littoral, notamment chez les patients d'origine brésilienne ( $p < 0,005$ ). L'âge médian est de 43,8 ans, le sex ratio homme/femme est de 0,98. En zone isolées comme sur le littoral 1/3 des PVVIH sont dépistés tardivement ( $< 200 \text{ CD4/mm}^3$ ). Le succès virologiques après 6 mois de traitement est de 80% vs 88% sur le littoral ( $p = 0,135$ ), la moyenne des derniers CD4 ( $424 \text{ vs } 569/\text{mm}^3$ ) est plus basse que sur le littoral ( $p < 0,005$ ) enfin la charge virale moyenne est plus élevée que sur le littoral ( $8960 \text{ vs } 5317 \text{ copies/mL}$ ) ( $p < 0,005$ ).

L'histoplasmosse est la première cause d'infection opportuniste retrouvée. La répartition spatiale des patients suivis montre une incidence et prévalence de cas particulièrement élevée dans les villes frontalières charnières que constituent Maripasoula et Saint Georges de l'Oyapock.

### **Conclusion**

Le caractère particulièrement actif et original de l'épidémie et les indicateurs de suivi moins bons que sur le littoral rappellent l'importance de compléter les moyens de la prise en charge des PVVIH en zones isolées en Guyane.