N° MIG ou mission FIR Intitulé MIGAC DAF ou action FIR / …			Montant accordé au titre de 2022	Dépenses réalisées au titre de 2022
Mission 1-3-1 COREVIH			€	€
Date de mise en œuvre	**Moyens mis en œuvre (en précisant nommément la composition des équipes le cas échéant)**	**Production / Réalisations**	**Résultats atteints par rapport aux objectifs et notamment les indicateurs de résultats demandés**	
09/07/2007	0,3 ETP PH 1,9 ETP TEC 1 ETP Coordinatrice	Cf rapport	Cf rapport	

Les comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

Nom du référent : Dr Catherine GAUD
Tel : 0262 90 52 68
Courriel : catherine.gaud@chu-reunion.fr
Pôle Urgences-Médecine – CR 9408 Infectieux-Santé Sexuelle
UF 2146 D COREVIH

Préambule

Etablissement siège : CHU Félix Guyon

INTRODUCTION

La COREVIH Océan Indien a été renouvelée le 31 janvier 2018. Elle est composée de deux territoires Réunion et Mayotte, deux iles françaises, séparées de 1500 km nécessitant un trajet de deux heures d'avion pour aller de l'une à l'autre, de façon couteuse. En 2022 la file active compte 1475 patients, dont 28 % de patients suivis à Mayotte et 78% à la Réunion.

Les files actives des deux iles sont très différentes dans leurs caractéristiques.

A la Réunion, deux services hospitaliers (CHU Nord et SUD) suivent l'ensemble de la file active, et 3 CeGIDD, devenus des centres de santé sexuelle proposent un large panel de prise en charge : dépistages du VIH et des IST, contraception, IVG, consultations de sexologie, éducation thérapeutique, consultation trans.

Les associations sont très actives, souvent installées depuis de nombreuses années, et s'entendent parfaitement. Elles se partagent le travail sur le territoire et leurs actions se font en complément avec celles des CeGIDD.

A la Réunion, la file active compte 1060 patients, essentiellement français (réunionnais, métropolitains, mahorais), avec plus d'hommes que de femmes (72% versus 28%), une contamination hétérosexuelle à 53% et homo-bisexuelle à 40%, des patients plutôt âgés, avec un âge médian de 53 ans (51 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes), et seulement 5,5% des patients ayant moins de 30 ans, tandis 61,7 % des patients ont plus de 50 ans.
93 % des patients ont une charge virale indétectable, et 81% ont des CD4 > 500. Sur les 14 décès, 10 sont liés à des cancers, deux sont de causes inconnues (décès au domicile), et deux sont de causes non reliées.
Les grossesses sont rares (4 dans l'année). Parmi les 42 nouveaux séropositifs diagnostiqués à la Réunion, 74% sont français, 14% sont malgaches, et les 12 % restant se partagent entre différentes nationalités. Les co-infections par les hépatites sont rares, 27 patients, presque tous originaires de l'étranger, sont co-infectés par le VHB et vont bien sous

traitement, et parmi les 50 patients co-infectés par le VHC, 48 sont guéris sous traitement, et 2 ont refusé le traitement. Cette file active se porte donc bien.

Il existe cependant des difficultés, liées à la diminution des personnels dans les services de soin et les CeGIDD, mais surtout, en prévention avec des subventions de l'ARS dédiées à la prévention trop faibles par rapport aux besoins, ne permettant pas d'avoir suffisamment de personnels à mettre face aux demandes, et de conserver ces personnels à cause d'une rémunération insuffisante.

A Mayotte, 1 seul centre hospitalier, situé en grande terre, prend en charge les PVVIH, et un seul CeGIDD existe, situé en face de l'hôpital.
En 2022 des changements très positifs ont été amorcés : délocalisations certains jours du CeGIDD, consultations décentralisées pour les patients, pratique de TROD par le CeGIDD en extérieur.
La création de l'ARS Mayotte a entrainé un afflux financier plus important pour la santé à Mayotte. La seule association historique de l'ile pris très vite une nouvelle ampleur. L'ARS a appuyé d'autres associations semi récentes et a aidé à l'installation de nouvelles structures, y compris dans le domaine de l'usage de drogue, afin d'étoffer le tissu des acteurs associatifs, trop mince. Malheureusement, l'entente entre les acteurs est loin d'être optimale. Si le travail commun entre le CeGIDD et le service de soins s'est amélioré, alors que le conflit a longtemps été majeur, les relations entre les soignants du CHM et l'association principale qui effectue un gros travail de terrain est mauvaise. L'entente entre les associations est également loin d'être optimale, particulièrement entre l'association historique qui a pris une grosse place, par rapport aux autres associations. Malgré tout, le nombre de dépistages effectués par les associations et le CHM augmente et le résultat de la prise en charge des patients est remarquable étant donné l'extrême précarité de la plupart des patients.

A Mayotte, la file active compte 416 patients, essentiellement faite d'étrangers migrants, qui représentent 76 % de tous les patients. Les français représentent donc 24% des patients dont seulement 17,5% de mahorais. La file active compte plus de femmes que d'hommes (58 versus 42%). La contamination est essentiellement hétérosexuelle à 84,5% et homo-bisexuelle à 9%. Les patients sont jeunes, avec un âge médian de 36 ans (34 ans pour les femmes et 40 ans pour les hommes), 30% des patients ont moins de 30 ans, et 60,5% moins de 40 ans, tandis 18,7 % des patients ont plus de 50 ans.
Dans cette file active mahoraise 71,5 % des patients ont une charge virale indétectable, et 60% ont des CD4 > 500, ce qui constitue des résultats excellents avec un population essentiellement migrante, précaire et majoritairement en situation irrégulière. 3 décès seulement ce sont produits en 2022, 1 lié au COVID, 1 à un Kaposi diffus et 1 sur une tuberculose miliaire.
Les grossesses sont nombreuses (59 dans l'année).
Parmi les 75 nouveaux séropositifs diagnostiqués à Mayotte, 9% sont français (et 6,5 % mahorais), 41,3% sont malgaches, 26,5% comoriens, 21,3 % d'Afrique sub-saharienne. Les patients découverts séropositifs dans l'année sont jeunes avec un âge médian de 27 ans. 12% d'entre eux arrivent à Mayotte avec des tuberculoses sévères. Les co-infections par le VHB représentent presque 5 % de la file active. Le VHC n'est pas un problème à Mayotte.

Le COREVIH a effectué un travail sur la file active des VHB mono infectés à Mayotte qui sont nombreux : 773 patients sont enregistrés dans la base à ce jour, mais il reste à compléter la liste avec certains patients suivis dans différents services.

En 2022, la COREVIH a presque vu un retour de son activité à la normale, avec une bonne reprise du travail des commissions, des voyages de travail, surtout des TEC, de la Réunion vers Mayotte, une reprise des activités de prévention dans les établissements scolaires et auprès de publics cibles. Concernant les soins, les choses sont restées stables. La participation aux réunions de COREVIH est optimale à la Réunion avec presque tous les acteurs principaux présents à chaque fois et moyenne à Mayotte, avec la présence quasi permanente de l'ARS et des acteurs du soin (service d'infectieux et CeGIDD), et présence de deux ou 3 associations, mais jamais de l'association principale qui souhaite que Mayotte ait son propre COREVIH. Cette association travaille de son côté, sans le COREVIH et sans les autres associations, ce qui est un véritable problème. Par exemple, elle organise un colloque, sans les autres associatifs, sans le COREVIH en faisant appel à de nombreux acteurs métropolitains ne connaissant pas le territoire, et sans tenir compte de l'avis des soignants du CHM.

Un point très positif de l'année est la campagne de promotion de la santé qui a eu lieu, une semaine à mi- année et une semaine début décembre, sur financement ARS à la Réunion. La COREVIH OI a coordonné les actions, est tous les acteurs ont travaillés en parfaite harmonie.

La COREVIH a toujours des moyens insuffisants, servant juste à payer les salaires, et les formations continues des TEC et de la coordinatrice. Son budget ne contient pas le minimum nécessaire pour faire des allers et retours entre Mayotte et la Réunion. Si toutes les réunions ont lieu en visioconférence, des missions des TEC, de la coordinatrice et au moins une fois par an de la présidente devraient être prises en charge. Le financement basé sur les normes de régions ayant une continuité territoriale n'est pas adapté aux particularités du COREVIH OI, car il ne permet pas de payer les billets d'avion et les séjours obligatoires à l'hôtel. Ceci, dénoncé depuis de nombreuses années, ne fait pas bouger le ministère de la santé.

La COREVIH a bien avancé sur la feuille de route de santé sexuelle, avec environ 80 % des actions effectuées. A la Réunion, il fonctionne parfaitement. A Mayotte, les désirs de certains acteurs d'avoir un COREVIH uniquement pour Mayotte, entraine un certain degré de dysfonctionnement qui ne touche pas du tout les actions du CHM (soins et dépistages), mais retenti sur la coordination au niveau associatif.

2023 devrait voir la réforme des COREVIH, dont nous attendons le contenu actuellement. Nous espérons qu'elle permettra d'améliorer la situation à Mayotte.

La présidente du COREVIH tient à remercier les membres du COREVIH et les autres acteurs qui ont donné bénévolement de leur temps pour améliorer la coordination en santé sexuelle dans les deux iles, dans les champs de la prévention, du dépistage, des soins, du recueil épidémiologique, du plaidoyer et de la recherche, ainsi que dans d'autres champs.

Elle tient aussi à remercier les partenaires et l'ARS pour leur collaboration fructueuse.

Enfin, elle tient à remercier particulièrement la coordinatrice et les deux TEC du COREVIH OI, très engagées et ayant un apport essentiel à l'activité, sans lesquelles rien ne serait possible.

REFERENCES JURIDIQUES :

Art L.1114-1 CSP / Art L.162-22-13 CSS
Art. D3121-34 à D.3121-37 du CSP
Instruction du 23 avril 2009 relative au financement des COREVIH
Décret n°2017-682 du 28 avril 2017
Arrêté n°2018/12 modifiant l'arrêté n°2017/258 relatif à la composition nominative du comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine de La Réunion et Mayotte

Eléments d'allocation budgétaire :

Dotation FIR au titre de l'exercice 2022 : 294 612 €

Membres du bureau du COREVIH Océan Indien

Date d'élection : 14/02/2018

Présidente Dr Catherine GAUD
Vice-président : Dr Xavier LARMURIER (Réunion)

Collège 1 : Dr Emmanuelle THORE ; Dr Guillaume CAMUSET
Collège 2 : Mr Eric ROUSSEL ; Mr Thierry PERON
Collège 3 : Mme Saïda AIT AARAB ; Mr Moncef MOUHOUDHOIRE
Collège 4 : Dr Pierre MILLOT ; Dr Marc GABRIEL

A noter que le Vice-Président de Mayotte est devenu un des membres de l'ARS et ne peut donc plus remplir son rôle au niveau du COREVIH.

Membres du COREVIH Océan Indien :

50 titulaires ; 43 suppléants

Collège 1 : Représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

	TITULAIRE	Suppléant
CHU de La Réunion	**Dr Patrice POUBEAU**	Me Aurore FONTAINE
	Dr Antoine BERTOLOTTI	Dr Aurore DUCHATEAU
	Dr Carole RICAUD	Me Juliette JACQUOT
	Dr Roland RODET	M. Sébastien SERY
Centre Hospitalier Gabriel Martin	**Dr Emmanuelle THORE**	Dr Marion PORCHER
Clinique Ste Clotilde	**M. Erick VELIA**	Me Emilie BURLOT
Groupe Hospitalier Est Réunion	**Dr Cyril EBOUE**	Dr Vincent BRARD
Centre Hospitalier de Mayotte	**Me Catherine BARBEZIEUX**	Dr Sophie OLIVIER
ANPAA 974	**Me Odile LECOCQ**	Mr Arnaud AURRENS
ACT ASETIS	**Me Maryse PICARD**	Me Sophie ALIX
ACT RIVE	**Me Andréa LE CALVE**	M. Antoine UZAN
Réseau OTE	**M. Guillaume BROUESSARD**	Me Armelle CROSSE-GUIMONT
APAJH Réunion	**M. Jean-François CHRETIEN**	Me Muriel RODDIER
Fondation Favron	**Me Sylvie CAUDREC**	Dr Virginie BENZAKEN
MLEZI MAHORAIS	**Me Fatiha DJABOUR**	Non désigné

Collège 2 : Représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, de la Prévention et de la promotion de la santé

	TITULAIRE	Suppléant
URML OI	**Dr Xavier LARMURIER**	Dr Léonard RIZZI
URPS Masseur Kinésithérapeute Réunion	**Me Annick LEPAYSAN**	Mr Philippe FONTOWICZ
URPS Sages-Femmes Réunion	**Me Sophie DURAND**	Me Sabrina FRANCINEAU
URPS Biologiste Réunion	**Mr Didier GIRAUD-VINET**	Mr Nathan TETART
URPS Pharmaciens Réunion	**Me Joëlle FABIEN**	Me Marilyne LEONG SHE
URPS Infirmier Mayotte	**Mr Eric ROUSSEL**	Mr Gildas BIGUET
URPS Pharmacien Mayotte	**Mr Florian ZAROUR**	Me Nadi EID
Ordres des Médecins Réunion	**Dr Alain DOMERCQ**	Dr Hector SIMON
Ordre des Sages-Femmes Réunion	**Me Corine DORO**	Me Gwladys LARAVINE
Ordre des Pharmaciens Réunion	**Me Thérèse CHEUNG-KIN**	Me Dominique RATINET
Ordres des Médecins de Mayotte	**Dr Karine ALLAIN-BACO**	Dr Chérif MOHAND-OUSSAID
Association ASETIS	**Mr Pierre RIVIERE**	Me Juliana DANESSINGA
Association Planning Familial AD974	**Me Nadège NATY**	Me Elsa HEINTZ
Association Régionale des Missions Locales de La Réunion	**Me Marie-Andrée POTA**	Me Loreleï BULIN
Association RIVE	**Mr Thierry PERON**	Me Caroline BONNEVILLE
Association ARPS	**Mr Fabien CESBRON**	Mr Lionel LEDUC
Réseau SAOME	**Charlotte BEURAIN**	Mr Didier FILO
Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé La Réunion	**Dr Anne-Sylvie PASQUES**	Me Clotilde GERARD
Conseil Départemental de Mayotte (UTAS)	**Mr Ben Younoussa ISSOUF ALI**	Me Faouzia SOILIH
Réseau de Santé REPEMA	**Me Salimata DIALL**	Me Charlotte COLLOD
Croix Rouge	**Mr Michel HENRY**	Mr Jérôme BARCELO
Women Act Now	**Dr Valérie THOMAS**	Mr Imourana Imran MAHAMOUDA Planning Familial976

Collège 3 – Représentants des malades et usagers du système de santé

STRUCTURES	TITULAIRE	Suppléant
UFAL	**Mr Patrick VISTICOT**	Me Pascale JOURDAIN
UNAFAM	**Me Said AIT AARAB** **Membre du bureau**	Me Nadine PAIN
Narike M'Sada	**Mr Moncef MOUHOUDOIRE** **Membre du bureau**	Me Nida MADI
FAAMOU MAECHA	**Mr Saindou BOINA SAID**	Mr HOMADY MANSOURI
UDAF	**Me Anymi MADI**	Non désigné

Collège 4 – Personnes qualifiées

	TITULAIRE	Suppléant
Dans le champ du VIH	**Dr Catherine GAUD**	Dr Bénédicte ROQUEBERT
Dans la coordination de la promotion de la Santé des élèves	**Dr Frédéric LE BOT**	Me Ana Maria EBRO
Dans la préservation de la fertilité	**Dr Marc GABRIELE**	Dr Jean-Claude VICQ
En Infectiologie	**Dr Maxime JEAN**	Non désigné
En hépatologie	**Dr Pierre MILLOT**	Non désigné
En biologie médicale	**Mr Didier TROALEN**	Non désigné
Dans les droits de la femme	**Me Noera MOHAMED**	Non désigné
Dans le champ du social	**Mr Combo ALI-DEBRE**	Non désigné

Partenariats engagés avec d'autres établissements

Etablissements membres du COREVIH qui participent à la prise en charge des patients VIH en lien avec le COREVIH et avec mise à disposition de TEC :

CHU Félix Guyon, CHU site GHSR, CH Mayotte

Etablissements membres du COREVIH qui participe à la prise en charge des IST :

CeGIDD Ouest, CeGIDD Nord/Est, CeGIDD Sud, UCSA, CeGIDD de Mayotte

Etablissements partenaires de santé membres du COREVIH OI :

Association RIVE ACT (établissement médico-social), association ASETIS ACT (établissement médico-social), Clinique Ste-Clotilde, Groupe Hospitalier Est Réunion, Association Addictions de France 974, Réseau OTE, APAJH Réunion, Fondation Père Favron, MLEZI Mahorais, CHOR.

COREVIH

1. MISSIONS

Source : DGOS Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG)

L'article D. 3121-35 mentionne que le « comité de coordination » est chargé de :

- Coordonner dans son champ et selon une approche de santé sexuelle mentionnée à l'article L.3121-2 du présent code, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé

- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque d'infection par ce virus

- Recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques mentionnées à l'article D.321-36 ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et du VIH.

- Concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que, sur demande du directeur général de l'agence de santé, au projet régional de santé prévu à l'article L.1434-1 du présent code

La circulaire DHOS/DGS du 19 décembre 2005 précise les missions qui doivent être réalisées par ces structures, ainsi que les moyens mis en œuvre pour chaque COREVIH, soient « au minimum, un local identifié, un temps de secrétariat, un temps administratif et/ou médical de coordination, du temps de technicien d'études cliniques».

<u>Date de mise en œuvre 5 avril 2018</u>

2. MOYENS ET ORGANISATION

Personnel :

Moyens mis en œuvre

GRADE	Nom	ETP
Praticien Hospitalier	Dr Catherine GAUD	**0.3**
TEC Coordinatrice administrative / secrétaire	Mme Carmèle SAUTRON Mme Christine DURONEA Mme Isabelle RIGOLLIER	**0.9** **1** **1**

Locaux, équipements :

Pour les 4 établissements CHU
2 bureaux : 1 bureau en open space avec le secrétariat des Maladies Infectieuses au CHU Félix Guyon rendant le travail difficile pour les 4 postes (coordinatrice, TEC, deux secrétaires des Maladies Infectieuses), 1 bureau au CHU GHSR.
Remarque : malgré de nombreuses demandes argumentées, le service d'infectiologie du site Nord du CHU n'a pas pu mettre à disposition un bureau spécifique pour le COREVIH, ce qui était la situation auparavant.

Logiciel informatique : Logiciel Nadis, DOMEVIH

Outil de communication mis à disposition du COREVIH : matériel informatique, ligne de téléphone dédiée, adresse mail, consommables, visio conférence, matériel de bureau

Coordination/Amélioration des pratiques :

Réunions :
Nombre de séances plénières : 10 ; 80 participants
Nombre de réunions de bureau : 2
Nombre de réunions extraordinaires : 2

Commissions de travail

Prévention/dépistages :
Référent : Juliana DANESSINGA
5 réunions
Travail sur différentes journées d'actions de coordination des journées ci-dessous :

- **Campagne du Sidaction**

Diffusion sur les réseaux sociaux des acteurs de la santé sexuelle de clips et affiches transmis par Sidaction du 25 au 27 mars 2022, collectes de fonds par les acteurs associatifs.

Afin de bénéficier des retombées du Sidaction, les acteurs en santé sexuelle ont réalisé 3 jours d'actions de prévention/dépistage les 29 – 30 – 31 mars 2022 en binôme et en

individuel, sur Saint-Denis, Campus du Moufia, Saint-Benoit, Saint-Pierre. Diffusion des actions sur les réseaux sociaux.

- **Mois des visibilités LGBTQIA+**

Réunions en lien avec les actions participatives des acteurs, nombreux échanges de mails/téléphoniques.

Le mois des visibilités LGBTQIA+ a vu le jour à La Réunion en 2021 et s'est déroulé du 17.05.2022 au 26.05.2022.Ce dernier s'inscrit dans une dynamique de société, en luttant pour l'égalité et contre les discriminations que subissent les personnes LGBTQIA+ du territoire.
Il a pour objectifs de visibiliser les thématiques queer et la communauté LGBTQIA+, d'offrir des espaces de réflexion et de parole, pour lutter contre les discriminations, tout en réfléchissant aux problématiques de santé sexuelle.

De nombreuses actions ont été réalisées, avec la participation des acteurs de la lutte en santé sexuelle du COREVIH :

- Villages associatifs, les 21 mai à St Denis et 25 juin 2022 à St-Pierre. Ont été présentes de nombreuses associations qui œuvrent pour l'égalité entre les genres, la santé sexuelle, la lutte contre les violences et les discriminations. L'un des objectifs de ces villages a été de permettre aux associations en santé sexuelle et CeGIDD du COREVIH de se faire connaitre auprès du public LGBTQIA+ qui n'est pas toujours dans le circuit du soin. Les acteurs ont distribué des flyers, préservatifs et autotest. Présence de la coordinatrice pour faire connaitre les missions du COREVIH auprès des autres associations non membre présentes.
- Marches des visibilités les 21 mai à St-Denis et 25 juin à St Pierre
- Conférence/débat le 14 juin « VIH 2020, 40 ans d'épidémie, les nouveaux outils de la lutte, le chemsex » à St-Denis : intervenant : CeGIDD NE, Réseau OTE. Tout public
- Ouverture du CEPS un samedi : informations, visites, entretien individuel et en après-midi groupe de parole «trans et santé sexuelle» animé par le CEPS/association OriZon.
- Journée de sensibilisation à la transidentité tout public : participation des acteurs à une journée formation sur les LBTQIA+

- **Journée des hépatites**

A La Réunion :

Du 25.07.2022 au 29.07.2022

L'objectif de ces journées était de sensibiliser l'ensemble de la population aux hépatites virales en facilitant le dépistage par le TROD. Ces actions ont également été l'occasion de renforcer les messages de lutte contre le VIH et les autres IST.

Celles-ci se sont réalisées en binôme association/CeGIDD ou individuelles auprès de la population générale ou en structure d'accueil pour des populations spécifiques. Leur mobilisation et leurs actions ont permis de sensibiliser plus de 550 personnes et ont réalisé 591 dépistages

Lieux d'intervention

- Mairie de st André
- Place Paul verges à St Denis
- Complexe sportif de Champ Fleuri à St Denis
- Gare routiere de St Paul
- Parking de la maison Banian à St Pierre
- Boutique solidarité à St Pierre

Communication :
Différents supports de communication ont été réalisés et diffusés sur les réseaux sociaux :

- Réalisation et publication d'une cartographie des actions sur la semaine sur les réseaux sociaux des acteurs.
- Réalisation par la mairie de St Paul, l'association ASETIS de visuels diffusés sur les réseaux sociaux et site internet

A noter : pas de communiqué de presse car pas d'épidémiologie récente portant sur les hépatites à La Réunion.

A Mayotte :
Information/communication pour expliquer ce qu'est la journée des hépatites.

- **Journée autour du 1er décembre en parallèle de la semaine de santé sexuelle**

A La Réunion :
Des actions en binômes associations/CeGIDD ou individuelles ont été réalisées sur tout le territoire durant du 28.11.2022 au 03.12.2022. Il est à noter que les structures restaient ouvertes aux créneaux habituels en plus des actions hors les murs.

Actions mises en place :

- Visibilité du nœud rouge sur les frontons de plusieurs mairies
- Communiqué de presse,
- interview radio, télé, journaux
- Diffusion sur les réseaux des actions par territoire chaque jour

Sur le Nord Est :

- Campus du Moufia :
- GHER St Benoit :
- Marie de St-André
- Place Paul Verges St Denis
- Forum mission local nord
- Université de la Trinité (UCO)
- After work au carré cathédral
- Lycée Paul Moreau

Sur l'ouest :
Actions de prévention/dépistages en binôme association/CEPS et/ou individuelles sur différents sites :

- Forum jeunesse à St Paul
- CHOR : sensibilisation du personnel au self, présentation en CME des missions CeGIDD
- Résau OTE : projection de documentaire, échanges, dépistages
- Lycée St Paul IV

Sur le Sud :
Actions de prévention/dépistages en binôme association/CeGIDD et/ou individuelles sur différents sites :

- Parvis de la mairie au Tampon
- Campus universitaire/E2CR : St Pierre
- Collège 3 Mares
- Parking du Leader Price à Cilaos
- Centre commercial Carrefour Canabady St Pierre
- Front de mer à St Pierre : café Long Board

A Mayotte :

Journée du 1er décembre :
4 réunions d'organisations, remise à niveau TROD avec tous les trodeurs de la semaine

15 partenaires associatifs et institutionnels : Croix-Rouge Française, Nariké M'Sada, REPEMA, Mlezi Maore, AEJM, Apprentis d'Auteuil, Médecins du Monde, Rediab Ylang, REDECA, CEMEA, POPAM, ACFAV, Santé Sud, Protection Maternelle et Infantile, CHM)

- Place de la République, 47 TROD dont un douteux
- Rond-point des Petits Loups : 25 VIH et 27 VHB dont deux positifs
- Entrée du CHM : 37 personnes dépistées, dont 2 positifs

  Le 3 décembre
- Tournoi Nariké M'Sada : Terrain de Dembéni : sensibilisation VIH et santé sexuelle

Semaine de prévention/dépistages du 5 au 11 décembre

22 trodeurs sur la semaine (PMI, Nariké M'Sada, REPEMA, POPAM)
1 communiqué de presse de l'ARS, 5 affiches réalisées 4x3, communication radio

16 communes sur 17 couvertes :
831 TROD : 381 VIH dont 2 positifs au VIH + 386 VHB + 64 VHC
9 positifs au VHB

Qualités des soins :
Référent : Dr Catherine GAUD
5 réunions : nombreux échanges de mails

Révision du protocole Accident d'Exposition au Sang (AES).
Une réactualisation du traitement sera faite lors de la sortie du prochain rapport d'expert.

Travail sur le dispositif ALSO, les PCR multiplex, suivi de syphilis, notamment chez les femmes enceintes.

Travail avec le CEPIAS sur l'élaboration d'une fiche informative à destination des professionnels de santé (coordinatrice + IDE CEPIAS)

Dispositif VIHTest

A la Réunion :

Suite à la mise en place du dispositif VIHTest par l'ARS de La Réunion, réalisation d'une soirée d'échanges portant sur la consultation d'annonce à destination des biologistes.

Power point sur : point épidémiologique mondiale et régionale du VIH, l'infection à VIH et les traitements, importance de l'annonce/adhérence thérapeutique et le vécu de la séropositivité, orientation pour les dépistages, prévention combinée, jeux de rôles.

Intervenant : référents des trois CeGIDD Dr Emmanuelle THORE, Dr Roland RODET, Dr Kévin DIALLO en collaboration avec Dr Alain DOMERCQ, président du Conseil Interrégional Réunion/Mayotte de l'Ordre des Médecins pour le volet médecins généralistes.

22 biologistes formés

A Mayotte :
Ce dispositif n'a pas été mis en place sur Mayotte pour deux raisons, d'une part la non prise en charge des personnes non affiliées, ce qui est délétère pour le territoire ayant une majorité de migrant et d'autre part, le seul laboratoire de Mayotte est situé à Mamoudzou, où se trouve également le CeGIDD limitant ainsi l'offre de dépistage.

Un travail est actuellement en cours avec la DGS.

Coopération Régionale :
Référent : Dr GAUD

Le colloque VIH OI n'a pas eu lieu depuis 2019. Le prochain colloque devait avoir lieu aux Seychelles. Ce pays avait pris contact pour proposer d'organiser un colloque virtuel d'une seule journée. Malheureusement aucun retour n'a été fait, malgré deux relances.

Commission Recherche :
Référent : Dr BERTOLOTTI

La commission recherche a été mise en pause pour 1 an, son référent étant à l'étranger pour 1 année et aucun candidat ne souhaitant prendre l'intérim.

Groupe de travail Chemsex :
Référent : Dr Emmanuelle THORE/Mr Laurent BABONNAUD

Devant un constat de terrain, il a été proposé de réaliser un état de lieux à La Réunion. Deux études différentes et complémentaires pourraient être menées simultanément : une sur le chemsex tel que défini dans la plupart des bibliographies nationales à savoir HSH, usage de 3 produits spécifiques, utilisation des écrans et une autre sur sexualité et usage de substance psychoactives en population générale.
Proposition de mener cette étude avec le soutien de la DRCI du CHU.

2 réunions.

Semaine de la promotion de la santé sexuelle de la Stratégie Nationale de la Santé Sexuelle

A La Réunion :

Lancement dans chaque région de la première semaine de la santé sexuelle sur le thème « lutte contre les discriminations et la sérophobie ».

A La Réunion, le choix des acteurs s'est porté sur la réalisation de deux semaines, une en juin et l'autre autour du 1er décembre, les forces présentes ne permettant pas des actions durant le mois de mai.

Devant les actions durant le mois des visibilités se déroulant sur la même période de la semaine de la santé sexuelle, en accord avec l'ARS et afin qu'il n'y ait pas de confusion dans les messages, ni risque de stigmatisation, il a été décidé de changer la thématique de la campagne et de travailler essentiellement à la création d'une identité commune des acteurs de la santé sexuelle avec laquelle communiqueraient tous les acteurs concernés.
La communication de cette appellation commune ainsi que cette campagne sur les différents thèmes en santé sexuelle permettraient de faire connaitre au tout public les acteurs en santé sexuelle du territoire, ainsi que les services qu'ils peuvent proposer autours de cette thématique.

Une agence de communication a été contactée afin de créer cette identité commune et son lancement médiatique, accompagné de la diffusion d'une communication sur ce qu'est la santé sexuelle et ses différents composants (contraceptions, VIH, addiction,….).
Réalisation également d'une campagne médiatique sur « la lutte contre la sérophobie » autour du 1er décembre

Bilan 1ère semaine : du 30.05.2022 au 05.06.2022

- Création d'une identité commune Caress974 (Collectif des Acteurs Engagés pour la Santé Sexuelle)
- Création page Facebook, Instagram Caress974 : 538 abonnés
- Campagne de presse : télé, radio : 177 000 individus touchés
- Goodies afin de promouvoir Caress974 :
  - ✓ Casquettes destinées à tous les professionnels de santé durant leurs actions de terrain,
  - ✓ Stickers sur lequel apparait un QR référençant tous les acteurs de lutte en santé sexuelle, ainsi qu'une information sur « que faire en cas de situation de sérophobie » distribués au public durant les actions

Bilan 2ème semaine : du 28 novembre au 3 décembre, thème : lutte contre la sérophobie (en parallèle avec les actions autour du 1er décembre)

- Campagne médiatique : presse écrite, presse en ligne, radio, télévision
- Campagne sur Facebook et Instagramm :
- Réactualisation et diffusion vidéo « Patrick », campagne réalisée il y a quelques années par le groupe prévention du COREVIH, traitant de la stigmatisation/discrimination des séropositifs
- Diffusion sur la page Caress974 de Facebok et instagramm ; Carrousels sur la sérophobie et sur le VIH, témoignages, calendrier des actions de la semaine, diffusion de visuel des actions au jour le jour ; Post IST : sur la journée internationale du préservatif interne, la contraception
- Vidéos Tiktok

A Mayotte :
Sur Mayotte : la thématique et les outils n'étant pas adaptés au territoire, la semaine n'a pas été marquée.

MONKEYPOX

Nombreuses réunions et échanges de mails/téléphoniques

A La Réunion :
Recensement des personnes éligibles à la vaccination auprès des associations de santé sexuelle, les CeGIDD et les médecins généralistes.

Recensement en besoin d'affiches et flyers concernant les lieux de vaccination à La Réunion et diffusion auprès des acteurs

Travail sur le circuit de prise en charge au CHU avec ARS, infectiologues

Réalisation de deux sessions de formations/informations sur la variole du singe à destination des associatifs et professionnels de santé intervenant auprès des publics à sur risques

20 personnes formées

Réalisation de supports afin d'être transmis aux équipes

Réalisation et diffusion sur les réseaux sociaux d'informations prévention et des lieux de vaccination à la réunion

Rappel par la coordinatrice et la TEC des prépeurs sur liste Nadis afin de sensibiliser à la vaccination sur le secteur NE

Appuyer la mise en place d'un programme de réduction des risques liés au genre et à la sexualité après des jeunes en difficultés :

Travail sur la communication et l'accompagnement de la charte pour une prise en charge bienveillante des personnes transgenres à destination des professionnels de santé, des associations de lutte en santé sexuelle
Document réalisé par le CAPAS, CHU, PF974, OriZon

La diffusion de cette chartre sera accompagnée d'un questionnaire permettant aux structures d'être signataire et d'avoir une formation de sensibilisation sur la thématique concernée.

Plusieurs réunions, échanges de mails

Site internet COREVIH OI

Création d'un site internet COREVIH. Travail avec le webmaster, recensement et mise en forme de documents, formation de la coordinatrice et d'une TEC afin d'alimenter le site.

Page Facebook COREVIH OI

Diffusions régulières sur la page Facebook du COREVIH OI des actualités en cours

Harmonisation du recueil des observations :

Recueil exhaustif des données patients et contrôle de ceux-ci dans le logiciel NADIS (CHU et CH Mayotte)

Etudes :

CHU Nord :
Etudes publiques :

- Primo : 12 patients
- Covid VIH : 7 patients
- Codex : 1 patient
- Etude Mosaïc 1 patients

Etudes privées :

- Transvih : 2 patients
- Resilstigma : 22 patients
-

CHU Sud

- Primo : 3 personnes
- Covid VIH : 7 personnes

Participations aux réunions :

- ARS : PRS2 et présentation de la semaine de santé sexuelle 2022
- SPF : IST/VIH

Perdus de vue

Suivi des PVVIH perdus de vue : poursuite du protocole des perdus de vue : réalisation de recherches sur Nadis, rappel et envoi de courriers aux médecins traitants par TEC et coordinatrice pour retrouver les perdus de vue

Formations :

Formations continues professionnelles

- Formation TEC en COREVIH : Participation des TEC au séminaire de formation du 28 mai au 30 n septembre 2022. Apport des connaissances fondamentales et actualisées pour permettre de mieux appréhender l'évolution de la pathologie -Evolution du métier de TEC, sa représentation - Amélioration des outils

- Journées Nationales des Coordinateurs du 26 au 28 septembre 2022 : amélioration des connaissances, échanges de bonnes pratiques

- Colloque « Mayotte sans sida et hépatites » en visio : coordinatrice et 2 TEC les 21 et 22 février 2022.

- Colloque « initiatives et pratiques facilitant le parcours de santé des personnes en situation de handicap à La Réunion » : coordinatrice, une journée

Formation TROD VIH/VHC/VHB/DASRI à La Réunion

Suite à la nouvelle circulaire du juin 2021 qui ouvre la possibilité au TROD VHB et devant le nombre d'acteurs à former, cette dernière a été revue différemment.

2 jours de formation théorique, une au CeGIDD nord, une au CeGIDD Sud en collaboration avec le CLIN pour la partie DASRI

4 jours de formation pratique sur les 3 CeGIDD Nord-Est, Sud et Ouest

38 stagiaires, 37 validés

Formation TROD VIH/VHC/VHB/DASRI à Mayotte

Une cession de formation TROD de trois jours en avril 2022.
15 stagiaires, 15 validés

Devant le nombre de stagiaire et le manque de professionnel formateur sur le territoire, mise à disposition d'un IDE expérimenté de La Réunion en soutien à l'infirmière de Mayotte

Participation au réseau d'échanges et d'informations

En lien avec la métropole et les ultramarins

- Coordinatrice

- 5 Staff des coordinateurs : réunions en visio conférence
- 6 Réunions des ultramarins : réunions en vision conférence avec les coordinateurs de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.
- Boite à outils de la SFLS : 1 réunion (coordinatrice)
- 2 réunions retour Groupe National d'Interface : 2

- TEC

Participation d'une TEC au copil pour l'organisation du séminaire annuel TEC en COREVIH à Nice.
Elaboration du programme du séminaire, contact de professionnels pour intervention au cours du séminaire, réservation hôtels, salle, calendrier des actions pour l'envoi du programme, compte-rendu, diaporama, questionnaire d'évaluation, budget en lien avec la SFLS.

MISSION MAYOTTE – 2 TEC

La mission à Mayotte s'est déroulée du 24.10.2022 au 28.10.2022 et a consisté essentiellement à saisir les données des dossiers patients sur le logiciel Nadis pour 2022 par les deux Techniciennes d'Etudes Cliniques

- Mise à jour de la file active de Mayotte pour les PVVIH en 2021. Correction des erreurs, enregistrement des données manquantes.

- Poursuite de l'enregistrement de la file active des patients suivis pour hépatites suivis par les médecins de maladies infectieuses sur le logiciel Nadis. Reste encore 300 dossiers VHB à enregistrer (la prévalence de l'hépatite B est majeure à Mayotte)

DESCRIPTION DES PROJETS ACTUELS

- Recensement des stocks 2022 et besoins en préservatif auprès des associatifs, les CeGIDD, le Rectorat, SUMPPS, Missions Locales pour 2023.

- Centre Ressources INTIMAGIR (vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité) à destination des personnes vivant avec un handicap : Travail sur la communication du centre

- Participation au réseau RésIST-Réunion, en collaboration avec la CIRE en cours : suivi épidémiologique, syphilis, LGV, gonocoque.

- Aide à l'enregistrement des données dans Nadis par les deux TEC des dossiers patients mono infectés VHB de Mayotte.

- Groupe de travail VIHTest (ALSO) : groupe de travail commun laboratoires de villes, CeGIDD, médecins infectiologues, biologistes hospitaliers. Travail commun concernant les suivis dépistage syphilis, des PCR multipex : laboratoire de ville, CeGIDD. Elaboration d'une formation locale en présentielle pour des échanges plus fluides, circuit local du parcours patients.

- Coordination de la semaine de la promotion de la santé sexuelle : action de communication, de prévention, de dépistages…dans les deux îles. Création d'une identité commune aux acteurs de la santé sexuelle pour une meilleure identification par la population. Contenu des messages face à la presse. Harmonisation des actions des acteurs sur le territoire et sur la semaine.

- Formation TROD à Mayotte : Mise à disposition d'un IDE de La Réunion expérimenté en soutien à Mayotte

- Travail dans le cadre des travaux du futur rapport d'expert du Conseil Nationale du Sida : il a été demandé par le référent d'une partie de ce rapport, d'identifier quelques interlocuteurs de chaque territoire ultramarin pour chacun des groupes à risque et thématiques évoqués dans le futur chapitre sur l'accès aux soins : Travailleurs.ses du sexe, migrants, usage de drogues, mineurs non accompagnés, LGBT... Deux réunions ont eu lieu : une avec les acteurs de La Réunion, une avec les acteurs de Mayotte.
  Réalisation de deux tableaux avec les coordonnées des acteurs de La Réunion et de Mayotte et réunions d'échanges avec le coordinateur

COREVIH OCÉAN INDIEN

COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIRUS DE L'IMMUNO DEFICIENCE HUMAINE

RAPPORT MEDICO- EPIDEMIOLOGIQUE OCEAN INDIEN RÉUNION/MAYOTTE ANNEE 2022

DEFINITIONS

Terme	Définition
Cohorte	Constitué 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	Constitué 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 de 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
Activités	Concernent l'activité de prise en charge des patients pour l'ensemble des services sélectionnés au moment de l'extraction
Synthèse annuelle	Concerne le nombre de recours dans Nadis (pour les services sélectionnés au moment de l'extraction) dont le Motif de recours (écran Conclusion) est Synthèse annuelle (Z092)
RCP	Recense l'activité des Réunions de Concertation pluridisciplinaire lorsqu'un recours pour ce type de réunion est créé et que le user de l'utilisateur comprend le mot RCP
Contrôle de qualité	Echantillonnage de 5 à 10 % de file active parmi les services analysés. Contrôle de qualité (variables, bornes de confiances) définies et validées par le Conseil Scientifique de New Aids Data Information System

INTRODUCTION

En 2022, la COREVIH Océan Indien compte 1475 patients, dont 28 % de patients suivis à Mayotte et 78% à la Réunion. Les files actives des deux iles sont très différentes dans leurs caractéristiques.

A la Réunion, la file active compte 1061 patients, essentiellement français (réunionnais, métropolitains, mahorais), avec plus d'hommes que de femmes (72% versus 28%), une contamination hétérosexuelle à 53% et homo-bisexuelle à 40%, des patients plutôt âgés, avec un âge médian de 53 ans (51 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes), et seulement 5,5% des patients ayant moins de 30 ans, tandis 61,7 % des patients ont plus de 50 ans.

93 % des patients ont une charge virale indétectable, et 81% ont des CD4 > 500. Sur les 14 décès, 10 sont liés à des cancers, deux sont de causes inconnues (décès au domicile), et deux sont de causes non reliées.

Les grossesses sont rares (4 dans l'année). Parmi les 42 nouveaux séropositifs diagnostiqués à la Réunion, 74% sont français, 14% sont malgaches, et les 12 % restant se partagent entre différentes nationalités. Les coïnfections par les hépatites sont rares, 27 patients, presque tous originaires de l'étranger, sont coinfectés par le VHB et vont bien sous traitement, et parmi les 50 patients coinfectés par le VHC, 48 sont guéris sous traitement, et 2 ont refusé le traitement. Cette file active se porte donc bien.

A Mayotte, la file active compte 416 patients, essentiellement faite d'étrangers migrants, qui représentent 76 % de tous les patients. Les français représentent donc 24% des patients dont seulement 17,5% de mahorais. La file active compte plus de femmes que d'hommes (58 versus 42%). La contamination est essentiellement hétérosexuelle à 84,5% et homo-bisexuelle à 9%. Les patients sont jeunes, avec un âge médian de 36 ans (34 ans pour les femmes et 40 ans pour les hommes), 30% des patients ont moins de 30 ans, et 60,5% moins de 40 ans, tandis 18,7 % des patients ont plus de 50 ans.

Dans cette file active mahoraise 71,5 % des patients ont une charge virale indétectable, et 60% ont des CD4 > 500, ce qui constitue des résultats excellents avec un population essentiellement migrante, précaire et majoritairement en situation irrégulière. 3 décès seulement ce sont produits en 2022, 1 lié au COVID, 1 à un Kaposi diffus et 1 sur une tuberculose miliaire.

Les grossesses sont nombreuses (59 dans l'année).

Parmi les 75 nouveaux séropositifs diagnostiqués à Mayotte, 9% sont français (et 6,5 % mahorais), 41,3% sont malgaches, 26,5% comoriens, 21,3 % d'Afrique sub-saharienne. Les patients découverts séropositifs dans l'année sont jeunes avec un âge médian de 27 ans. 12% d'entre eux arrivent à Mayotte avec des tuberculoses sévères. Les co-infections par le VHB représentent presque 5 % de la file active. Le VHC n'est pas un problème à Mayotte.

La COREVIH a effectué un travail sur la file active des VHB mono infectés à Mayotte qui sont nombreux : 773 patients sont enregistrés dans la base à ce jour, mais il reste à compléter la liste avec certains patients suivis dans différents services.

Je tiens à remercier ici, les membres du COREVIH et les autres acteurs qui ont donné bénévolement et sans compensation, de leur temps pour faire vivre la démocratie sanitaire, améliorer la coordination en santé sexuelle dans les deux iles, dans les champs de la prévention, du dépistage, des soins, du recueil épidémiologique, du plaidoyer et de la recherche, ainsi que dans d'autres champs.

Je tiens aussi à remercier les partenaires et l'ARS pour leur collaboration fructueuse.

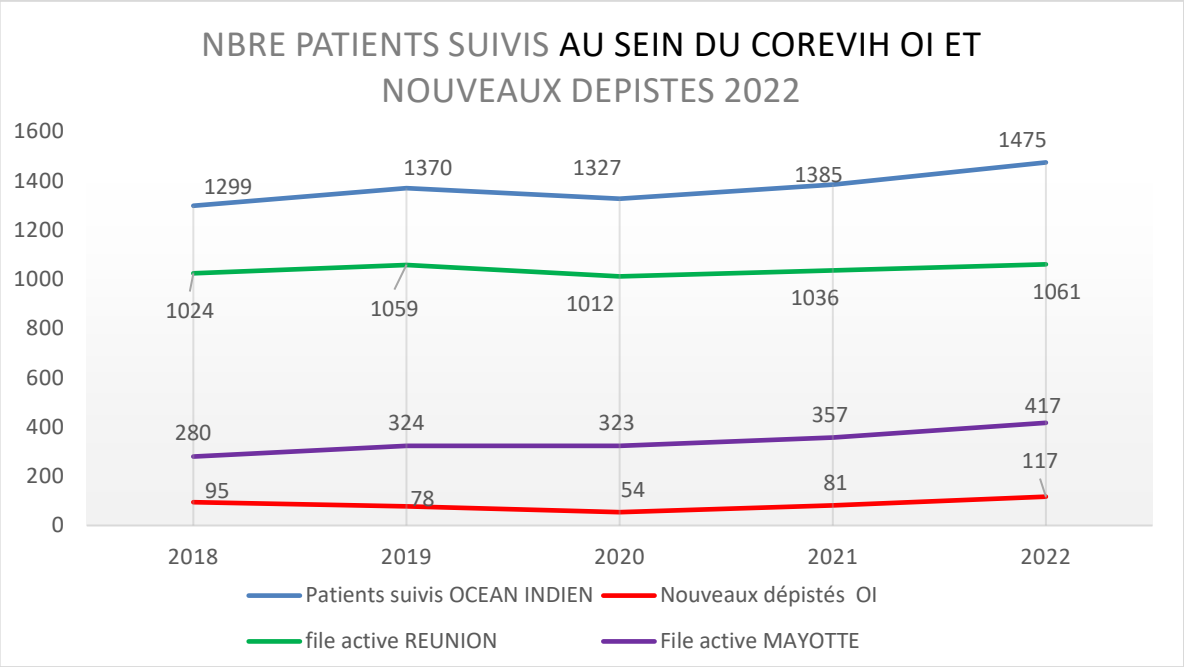
Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement la coordinatrice et les deux TEC du COREVIH OI, Isabelle, Carmèle et Christine, très engagées dans leurs missions et sans lesquelles rien ne serait possible.

ANALYSE DES DONNEES REUNION ET MAYOTTE 2022

Evolution annuelle des principales caractéristiques de la population suivie

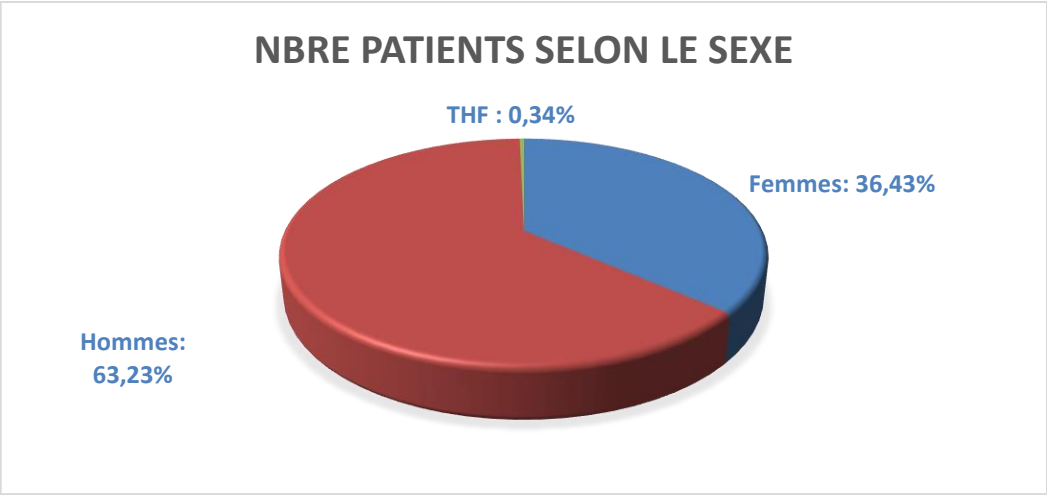
	Effectif 2018	Effectif 2019	Effectif 2020	Effectif 2021	Effectif 2022
Cohorte	1298	1370	1327	1383	1473
File Active	1268	1338	1311	1347	1442
Nouveaux Patients	119	99	84	97	152
Nouveaux Dépistés	95	78	54	81	117
Patients déjà suivis	1179	1271	1243	1286	1321
Nouveaux SIDA	9	12	10	11	26
Patients décédés	8	15	5	13	17
Sida	293	306		291	309
Patients non enregistrés dans Nadis	1	2		2	2
TOTAL PATIENTS SUIVIS	**1299**	**1372**		1385	1475

La COREVIH OI compte 1475 patients suivis dont deux ayant refusés d'être inscrits dans NADIS. En 4 ans, la FA a augmenté de 175 patients. Le nombre de patients nouvellement dépistés dans l'année est en légère augmentation à 152, mais il faut tenir compte du fait que les chiffres des nouveaux dépistés ont chuté pendant la COVID et qu'un certain degré de rattrapage est possible.
Les patients vieillissent en moyenne et meurent majoritairement de cancers liés ou non lié au VIH.
Les commentaires sur les différences entre les files actives de Mayotte et de la Réunion figurent dans l'introduction de ce rapport.



Nombre de patients suivis selon le sexe

	Effectif	%
F	537	36.43
H	931	63.23
THF	5	0.34
Total général	1473	100.00



La file active est plus masculine que féminine, reflétant plus la situation de la Réunion. A Mayotte, les femmes sont légèrement plus nombreuses.5 personnes trans genre sont présentes dans la file active.

Description des patients - âge selon le sexe

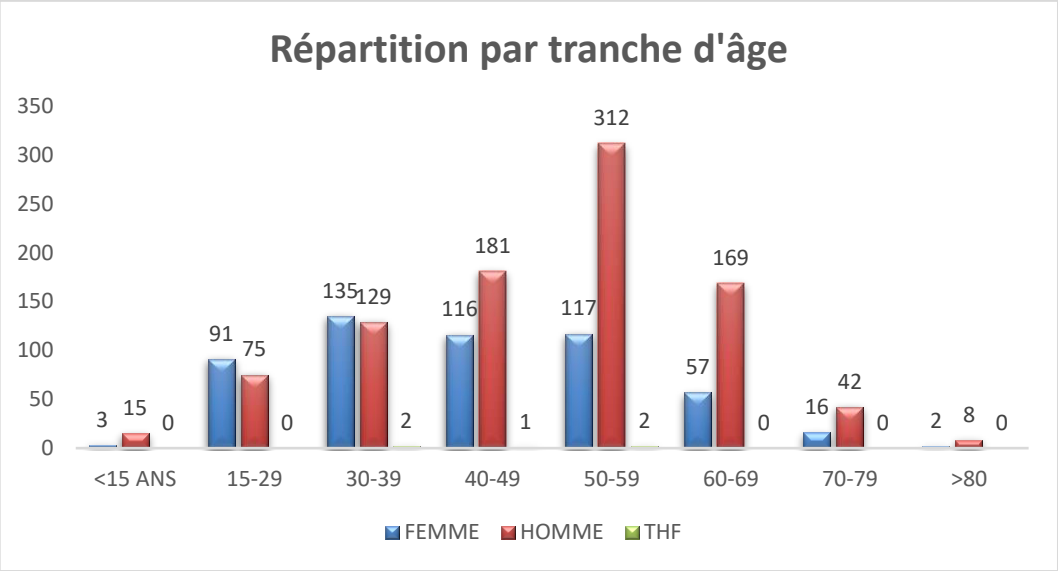
	Effectif	Age minimum	Age médian	Age moyen	Age maximum
F	537	3.00	43.00	43.63	89.00
H	931	2.00	52.00	49.49	85.00
THF	5	37.00	48.00	45.40	54.00
Global	1473	2.00	49.00	47.34	89.00

Les femmes sont plus jeunes de 7 ans que les hommes.

Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe

	F		H		THF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15 ans	3	0.56	15	1.61	.	.	18	1.22
15-29	91	16.95	75	8.05	.	.	166	11.26
30-39	135	25.14	129	13.84	2	40.00	266	18.05
40-49	116	21.60	181	19.42	1	20.00	298	20.22
50-59	117	21.79	312	33.58	2	40.00	431	29.31
60-69	57	10.61	169	18.13	.	.	226	15.33
70-79	16	2.98	42	4.51	.	.	58	3.93
80 et plus	2	0.37	8	0.86	.	.	10	0.68
Total général	537	100.00	931	100.00	5	100.00	1473	100.00

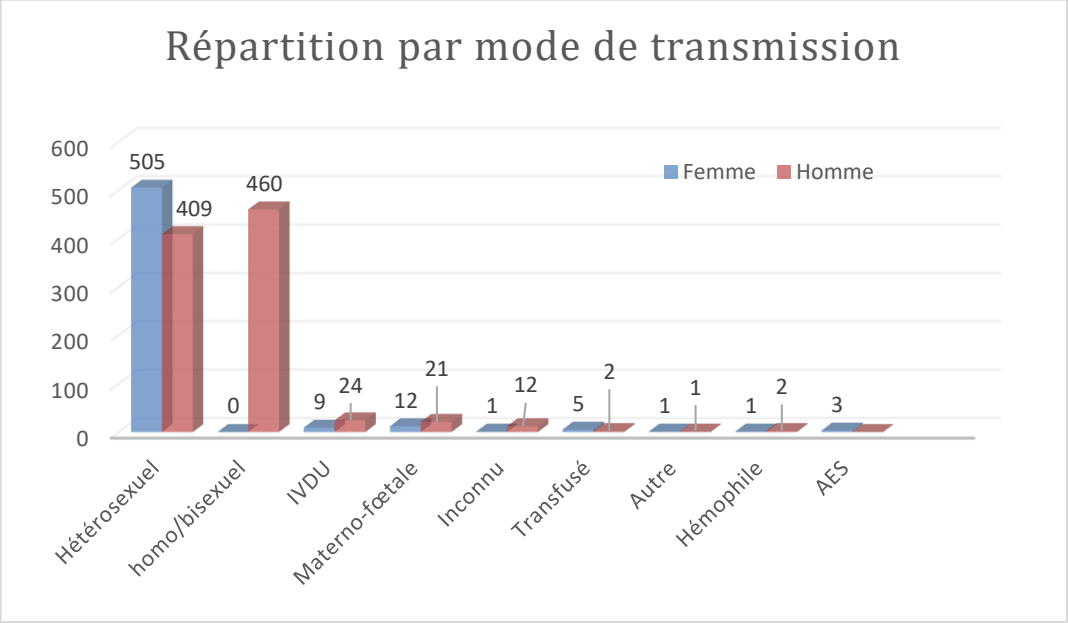
Il y a encore 15 enfants et adolescents de moins de 15 ans dans la file active. 294 patients ont plus de 60 ans, soit presque 20 % de la file active.La tranche d'âge des 50-59 ans est la plus grande avec à elle seule soit 29%.



Distribution par mode de contamination, selon le sexe

	F		H		THF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	505	94.04	409	43.99	.	.	914	62.08
Homo/bisexuel	.	.	460	49.36	5	100.00	465	31.55
IVDU	9	1.68	24	2.58	.	.	33	2.24
Materno-fœtale	12	2.23	21	2.25	.	.	33	2.24
Inconnu	1	0.19	12	1.29	.	.	13	0.88
Transfusé	5	0.93	2	0.21	.	.	7	0.47
AES	3	0.56	.	.	.	.	3	0.20
Hémophile	1	0.19	2	0.21	.	.	3	0.20
Autre	1	0.19	1	0.11	.	.	2	0.14
Total général	537	100.00	931	100.00	5	100.00	1473	100.00

La file active est majoritairement hétérosexuelle, mais 31,5 % des patients sont des personnes homo-bisexuelles. Elles sont essentiellement à la Réunion, mais petit à petit des personnes homo-bisexuelles apparaissent dans la file active de Mayotte, ce qui indique plus de confiance envers les soignants, étant donnant la très grande discrimination de ces personnes à Mayotte.



Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	537	36.43	0.00	12.01	9.00	39.00
H	931	63.23	0.00	13.96	12.00	38.00
THF	5	0.34	3.00	19.40	27.00	33.00
Global	1473	100.00	0.00	13.27	11.00	39.00

Les personnes vieillissent en compagnie du VIH, certains depuis 39 ans.

Nombre de cas de sida durant l'année

	Effectif	%
1989	1	0.32
1990	1	0.32
1993	1	0.32

	Effectif	%
1994	3	0.97
1995	10	3.24
1996	19	6.15
1997	7	2.27
1998	8	2.59
1999	9	2.91
2000	14	4.53
2001	9	2.91
2002	6	1.94
2003	9	2.91
2004	7	2.27
2005	6	1.94
2006	14	4.53
2007	8	2.59
2008	10	3.24
2009	16	5.18
2010	14	4.53
2011	14	4.53
2012	12	3.88
2013	15	4.85
2014	5	1.62
2015	12	3.88
2016	6	1.94

	Effectif	%
2017	7	2.27
2018	11	3.56
2019	8	2.59
2020	8	2.59
2021	11	3.56
2022	26	8.41
2023	26	0.32
NR	1	0.32
Total général	309	100.00

Effectifs des pathologies classant SIDA diagnostiquées dans l'année

	Effectif
Candidose œsophagienne	6
Tuberculose	10
Toxoplasmose cérébrale	1
Pneumopathie a pneumocystis	3
Cancer invasif du col, SAI	1
Sarcome de Kaposi	3
Lymphome à cellules B, SAI	1
Rétinite à CMV	1
Cryptococcose neuro-méningée	1
Cryptosporidiose intestinale >1 mois	1
Pneumonie récurrente à gram - (hors e. c.)	1
Méningite herpétique	1
Adénite tuberculeuse	1
Herpès génital > 1 mois	2
Syndrome cachectique	2
Total général	35

Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques

	Effectif	%
NR	501	33.99
Non fumeur	421	28.56
Fumeur	388	26.32
Ex-Fumeur	163	11.13
Total général	1473	100.00

Effectifs et parts des principales comorbidités dans l'année

	Effectif	%
Diabète	119	8.07
Hypertension Artérielle	190	12.89
Insuffisance rénale	48	3.26
Lipidémie	81	5.50
Cardiologie	109	7.39
Accident Vasculaire Cérébral	39	2.71
Ostéoporose	40	2.71
Dépression	134	9.09
Libido	7	0.47
Néoplasie	102	6.92
NR	869	7,44
Total général	1473	100.00

CO-INFECTIONS PAR LES VIRUS DES HEPATITES

Proportion d'infections par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte

	VIH		VHB		VHC		VHC&VHB		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIH	1345	89.24	.	.	.	.	.	.	1345	89.24
VIH&HEP	1	0.07	45	3.05	76	5.16	7	0.47	128	8.75
Total général	1346	91.32	45	3.05	76	5.16	7	0.47	1473	100.00

74 des 76 personnes porteuses du VHC sont guéries, mais deux ont refusé le traitement pour l'instant. Les personnes porteuses du VHC sont presque essentiellement à la Réunion.

A Mayotte, 4,3% des patients sont coinfectés par le VHB.
A la Réunion, la coïnfection à VHB est très rare.

DONNEES IMMUNO VIROLOGIQUES

Distribution de la population selon le stade CDC et par strate des derniers CD4

	NR		<200		200-350		>500		350-500		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	1	3.85	1	1.49	2	1.68	4	0.37	.	.	8	0.54
A	21	84.62	39	58.21	58	48.74	795	73.09	129	74.57	1042	70.83
B	.	.	3	4.48	9	7.56	93	8.54	9	4.62	114	7.67
C	3	11.54	24	35.82	49	42.02	196	18.00	37	20.81	309	20.96
Total général	25	100.00	67	100.00	118	100.00	1088	100.00	175	100.00	1473	100.00

Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique

	Effectif	%
NR	35	2.44
<50	1281	86.91
51-400	63	4.27
400-1000	15	1.02
1K-10K	36	2.44
10-30K	12	0.81
>30K	31	2.10
Total général	1473	100.00

Pratiquement 87 % des patients sont indétectables (71,6 % à Mayotte et 93% à la Réunion). Cela constitue de très bons résultats, étant donné l'énorme problématique des migrants à Mayotte qui représentent 76% de la file active et arrivent à tous les stades de l'infection. D'autre part, parmi les 75 nouveaux patients à Mayotte en 2022, 91% sont des migrants.

Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi

	ARRET		NAIF		TRT		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	2	0.14	1	0.07	22	1.56	25	1.76
<200	3	0.20	6	0.41	58	3.93	67	4.55
200-350	3	0.20	1	0.07	114	7.80	118	8.07
350-500	1	0.07	2	0.14	172	11.53	175	11.74
>500	8	0.47	6	0.41	1074	73.00	1088	73.88
Total général	17	1.09	16	1.09	1442	97.83	1473	100.00

Pratiquement 74 % des patients ont atteints des taux de CD4 > 500.

TRAITEMENT

Distribution des CD4 à l'initiation du premier traitement antirétroviral

	Effectif	%
NR	28	20.74
<200	18	13.33
200-350	34	25.19
350-500	21	15.56
>500	34	25.19
Total général	135	100.00

Il s'agit des CD4 renseignés à l'initiation du traitement, mais il n'est pas exhaustif, certains n'ont pas de CD4 réalisés à ce moment-là dans leur pays d'origine.

Évolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux

SCHEMA ARV 2022	EFFECTIF	%
2N+1II	961	66,05%
2N+1NN	265	18,21%
1N+1II	98	6,74%
1NN+1II	73	5,02%
2N+1IPb	23	1,58%
1IPb	11	0,76%
2N+1IPb+1II	7	0,48%
1IPb+1II	5	0,34%
1NN+1IPb	2	0,14%
1N+1NN+1II	2	0,14%
1N+1IPb+1II	1	0,07%
1NN+1IPb+1II+1IE	1	0,07%
1N+1NN+1IPb+1II	1	0,07%
1NN+1II+1IE	1	0,07%
2N+1IP	1	0,07%
1NN+1IPb+1II	1	0,07%
2N+1IE	1	0,07%
TOTAL	1454	100,00%

Il s'agit du nombre total de patients traités renseignés, certains patients ne sont pas encore traités au moment du recueil, ou sont en arrêt de traitement. Les patients sont majoritairement traités par deux II avec 2 INRT.

Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux

SCHEMA ARV 2022 COREVIH OI	EFFECTIF	%
Biktarvy	713	49,04%
Odefsey	237	16,30%
Genvoya	165	11,35%
Dovato	81	5,57%
Triumeq	63	4,33%
Juluca	43	2,96%
Cabotégravir (Vocabria) + Rilpivirine (Rekambys / Edurant)	24	1,65%
Lamivudine / Dolutégravir (Dovato)	13	0,89%
Delstrigo	12	0,83%
Darunavir (Prezista) + Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil (Truvada) + Ritonavir (Norvir)	28	1,93%
Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil (Truvada) + Raltégravir (Isentress)	7	0,48%
Pifeltro (Doravirine) + Tivicay	6	0,41%
Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Isentress	5	0,34%
Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Tivicay	4	0,28%
Eviplera	4	0,28%
Norvir + Prezista	4	0,28%
Abacavir / Lamivudine (Kivexa) + Edurant	3	0,21%
Darunavir (Prezista) + Genvoya	5	0,34%
Darunavir (Prezista) + Ritonavir (Norvir) + Tivicay	3	0,21%
Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Norvir + Prezista	3	0,21%
Lamivudine (Epivir) + Tivicay	3	0,21%
Atripla	3	0,21%
Intelence + Isentress + Lamivudine (Epivir) + Norvir + Prezista	2	0,14%
Tivicay + Triumeq	2	0,14%
Abacavir (Ziagen) + Dolutégravir (Tivicay) + Lamivudine (Epivir)	1	0,07%
Abacavir (Ziagen) + Lamivudine (Epivir) + Névirapine (Viramune)	2	0,14%
Abacavir / Lamivudine (Kivexa) + Intelence	1	0,07%
Abacavir / Lamivudine / Dolutégravir (Triumeq) + Abacavir / Lamivudine / Zidovudine (Trizivir)	1	0,07%
Celsentri + Intelence + Norvir + Prezista + Tivicay	1	0,07%
Celsentri + Truvada	1	0,07%
Darunavir (Prezista) + Edurant + Norvir + Tivicay	1	0,07%
Dolutégravir (Tivicay) + Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil (Truvada)	1	0,07%

Dolutégravir (Tivicay) + Etravirine (Intelence) + Maraviroc (Celsentri)	1	0,07%
Dovato + Pifeltro (Doravirine)	1	0,07%
Edurant + Kivexa	1	0,07%
Epivir + Isentress + Kalétra	1	0,07%
Isentress + Truvada	1	0,07%
Kalétra + Lamivudine (Epivir) + Retrovir	1	0,07%
Kivexa + Viramune	1	0,07%
Névirapine (Viramune) + Truvada	1	0,07%
Norvir + Prezista + Tivicay	1	0,07%
Norvir + Reyataz + Truvada	1	0,07%
Ténofovir (Viread) + Tivicay	1	0,07%
Viracept + Combivir	1	0,07%
TOTAL	**1454**	100,00%

Effectifs des molécules antirétrovirales utilisées

		Effectif
NRTI	Truvada	44
NRTI	Epivir	8
NRTI	Kivexa	6
NRTI	Ziagen	3
NRTI	Atripla	3
NRTI	Viread	2
NRTI	Combivir	1
NRTI	Trizivir	1
NRTI	Retrovir	1
NRTI	Videx	0
NRTI	Emtriva	0
NRTI	Zerit	0
NNRTI	Intelence	7
NNRTI	Viramune	2
NNRTI	Sustiva	0

		Effectif
IP	Prezista	54
IP	Norvir	48
IP	Viracept	1
IP	Kaletra	1
IP	Telzir	0
IP	Reyataz	0
IP	Aptivus	0
IP	Invirase	0
IP	Crixivan	0
II	Isentress	19
IF	Fuzeon	0
IE	Celsentri	3

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

	Total général	
	Effectif	%
Echec	72	5.00
Succès	1159	80,48
NR	209	14,51
Total général	1440	100.00

L'échec et le succès, sont définis par un taux de CV > ou < à 50 copies.

Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement par strates des derniers CD4

CD4	Echec		Succès		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	2	0.16	8	0.73	10	0.89
<200	8	0.65	37	3.00	45	3.65
200-350	10	0.81	70	5.76	80	6.57
350-500	17	1.38	129	10.31	146	11.69
>500	35	2.84	915	74.35	950	77.19
Total général	72	5.84	1159	94.16	1231	100.00

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

	Effectif	%
NR	26	10.61
Simplification	89	35.51
Effets secondaires	28	11.43
Echec	6	2.45
Intensification	2	0.82
Autre	96	39.18
Total général	247	100.00

DECES 2022

Évolution annuelle du nombre de décès connus

Nombre de décès	17

Age des patients décédés dans l'année

Age minimum	Age maximum
29.00	79.00

Diagnostics des décès connus survenus dans l'année

	Effectif	%
Sarcome de kaposi	1	5.88
Tumeur maligne du sinus piriforme	1	5.88
Cholangiocarcinome	1	5.88
Tumeur de la prostate	2	11.76
Tumeur maligne de la langue, sans précision	1	5.88

	Effectif	%
Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision	1	5.88
Tumeur des os	1	5.88
Tumeur maligne de la moelle épinière	1	5.88
Tumeur maligne du canal anal	1	5.88
Carcinome hépatocellulaire	1	5.88
Insuffisance respiratoire aiguë	1	5.88
Embolie pulmonaire/covid	1	5.88
Septicémie, sans précision	1	5.88
Méningite à pneumocoques, en bas à côté septicémie	1	5.88
Cause inconnue	2	11,76
Total général	17	100.00

12 décès sont dus à des tumeurs malignes., soit 70,5% des décès.

GROSSESSES

Grossesses concernées

Nombre de grossesses	63

Délai entre diagnostic VIH et accouchement < 9 mois

	Effectif	%
Dépistage pendant grossesse	16	25,39
Dépistage avant grossesse	10	15,87
NR	41	65,07
Total général	63	100.00

59 des 63 grossesses ont eu lieu à Mayotte.

RECOURS

Nombre de recours

Nombre de recours	3775

Répartition du nombre de recours par patient

Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
1.00	2.56	2.00	18.00

Répartition des recours selon CS, HDJ, HT

	Effectif	%
CS	3632	96.20
HC	75	1.99
HDJ	59	1.57
Téléconsultation	9	0.24
Total général	3775	100.00

NOUVEAUX PATIENTS DECOUVERTS SEROPOSITIFS REUNION/MAYOTTE EN 2022

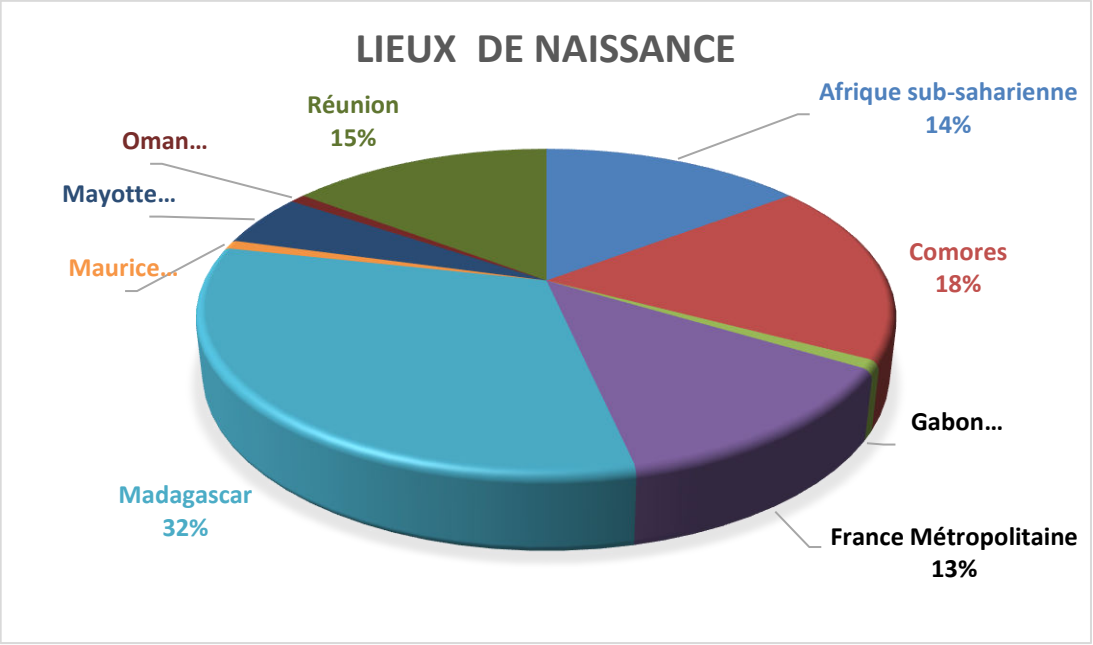
Lieux de naissance des patients dépistés en 2022

LIEU DE NAISSANCE	Femmes	Hommes		TOTAL
		Homo/bisexuels	Hommes hétérosexuels	
MADAGASCAR	29	4	4	37
COMORES	9	3	9	21
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	9	2	6	17
REUNION	3	10	4	17
FRANCE METROPOLITAINE	0	6	9	**15**
MAYOTTE	3	0	3	6
GABON	0	1	0	**1**
MAURICE	0	0	1	1
Emirat d'OMAN	0	1	0	1
TOTAL	53	27	37	117

36 des 117 nouveaux patients sont originaires de Métropole, soit 30,8%.
37 des 117 nouveaux patients sont originaires de Madagascar, soit 31,6%.
21 des 117 nouveaux patients sont originaires des Comores, soit 18%.
17 des 117 nouveaux patients sont originaires d'Afrique sub-saharienne, soit 14,5%.

Ces migrants sont essentiellement sur le territoire mahorais, et ils sont majoritairement ne situation irrégulière, avec 43 nouveaux dépistés originaires de l'étranger (91% des découvertes). Ils sont originaires, d'abord de Madagascar (41%), puis des Comores (26,7%), puis d'Afrique sub-saharienne (21,3%). Les nouvelles découvertes chez les mahorais ne représentent que 6, 7 % de toutes les découvertes de l'année.

A la Réunion, les personnes sont d'origine étrangère sont beaucoup moins nombreuses, avec surtout des malgaches qui représentent 14% des nouvelles découvertes, le nombre des représentants d'autres pays n'est pas significatif. A la Réunion, 74% des nouveaux patients sont français dont 31% de réunionnais.

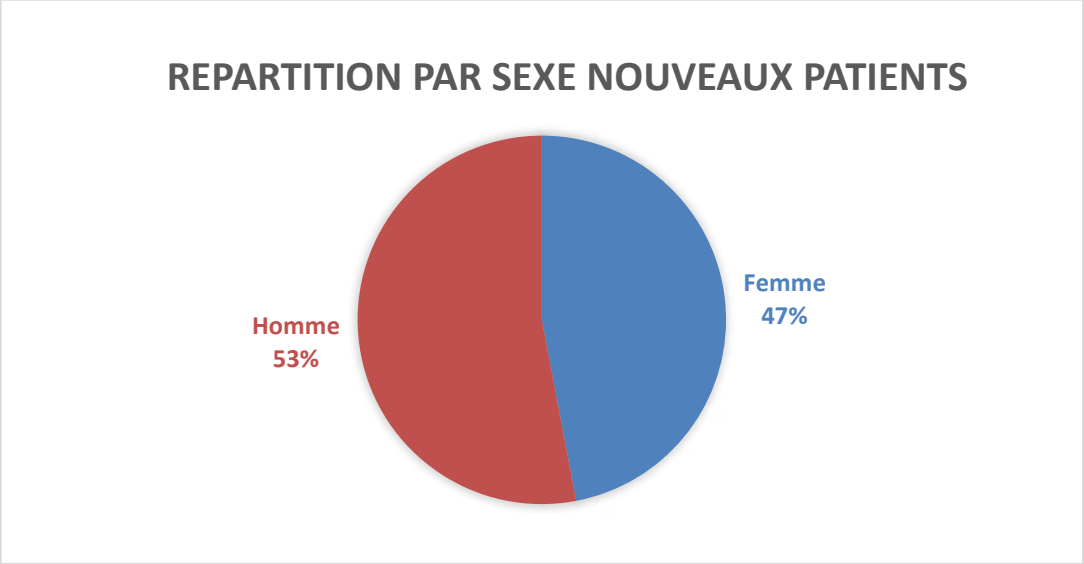


Distribution du mode de contamination présumé des patients dépistés dans l'année 2022

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	53	96.36	30	48.39	83	70.94
Homo/bisexuel	.	.	27	43.55	27	23.08
Materno-fœtale	1	1.82	3	4.84	4	3.42
Inconnu	.	.	2	3.23	2	1.71
AES	1	1.82	.	.	1	0.85
Total général	55	100.00	62	100.00	117	100.00

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

	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	55	47.01	3.00	30.38	29.00	77.00
H	62	52.99	6.00	36.66	34.00	72.00
Global	117	100.00	3.00	33.71	31.00	77.00



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

		Effectif	%
VIH1	B	21	17.95
	C	20	17.09
	A	17	14.53
	CRF02_AG	17	14.53
	A1	13	11.11
	Non déterminé	12	10.26
	NR	3	2.56
	CRF01_AE	2	1.71
	CRF31_BC	1	0.85
	D	1	0.85
	G	1	0.85
	Non B mais non typable	9	7.69
Total général		117	100.00

Médiane des CD4 au dépistage pour les patients dépistés dans l'année

	Effectif	%	CD4 médian
NR	11	9.40	.
<200	25	21.37	68.00
200-350	32	27.35	277.50
350-500	23	19.66	437.00
>500	26	22.22	645.50
Total général	117	100.00	335.00

Répartition des nouveaux patients selon le stade SIDA et par strate de CD4 au moment du dépistage

	Non SIDA		SIDA		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	11	9.40	.	.	11	9.40
<200	12	10.26	13	11.11	25	21.37
200-350	28	23.93	4	3.42	32	27.35
350-500	22	18.80	1	0.85	23	19.66
>500	26	22.22	.	.	26	22.22
Total général	99	84.62	18	15.38	117	100.00

Distribution des infections opportunistes détectées durant l'année parmi les nouveaux dépistés

INFECTIONS OPPORTUNISTES	Effectif
Candidose œsophagienne	3
Syndrome cachectique	2
Cryptococcose neuro-méningée	1
Cryptosporidiose intestinale >1 mois	1
Toxoplasmose cérébrale	1
Rétinite à CMV	1
Pneumopathie a pneumocystis carinii	1
Kaposi cutané	1
Kaposi digestif	1
Lymphome à cellules B, SAI	1
SIDA avéré sans précision	1
Méningite herpétique	1

INFECTIONS OPPORTUNISTES	Effectif
Herpès génital > 1 mois	1
Tuberculose pulmonaire confirmée	2
Tuberculose ganglionnaire	2
Tuberculose extra-pulmonaire	1
Tuberculose miliaire aiguë, sièges multiples	1
Tuberculose miliaire, sans précision	1
Autres tuberculoses miliaires	1
Adénite tuberculeuse	1

Distribution de la dernière valeur des CD4 et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année :

	ARRET		NAIF		TRT		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	.	.	1	0.85	6	5.13	7	5.98
<200	.	.	5	4.27	12	10.26	17	14.53
200-350	1	0.85	1	0.85	23	19.66	25	21.37
350-500	.	.	2	1.71	23	19.66	25	21.37
>500	.	.	1	0.85	42	35.90	43	36.75
Total général	1	0.85	10	8.55	106	90.60	117	100.00

Nombre des patients nouvellement dépistés décédés durant l'année

Effectif
3

Un patient est décédé d'un mélanome et l'autre d'une cachexie liée au SIDA et un autre d'une méningite à cryptocoques

NOUVEAUX CAS DE SIDA EN 2022

Distribution des nouveaux cas de sida selon le mode de contamination

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	12	100.00	6	42.86	18	69.23
Homo/bisexuel	.	.	6	42.86	6	23.08
Inconnu	.	.	1	7.14	1	3.85
IVDU	.	.	1	7.14	1	3.85
Total général	12	100.00	14	100.00	26	100.00

Distribution par âge et par sexe des nouveaux cas de sida

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-29	3	25.00	2	14.29	5	19.23
30-39	5	41.67	2	14.29	7	26.92
40-49	2	16.67	1	7.14	3	11.54
50-59	2	16.67	7	50.00	9	34.62
60-69	.	.	1	7.14	1	3.85
70-79	.	.	1	7.14	1	3.85
Total général	12	100.00	14	100.00	26	100.00

Age des nouveaux cas de sida

	Effectif	Age minimum	Age moyen	Age médian	Age maximum
F	12	27.00	37.25	34.50	53.00
H	14	20.00	47.71	52.50	72.00
Total général	26	20.00	42.88	43.50	72.00

Durée de séropositivité des nouveaux cas de sida

	Effectif	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	12	0.00	4.67	0.00	18.00
H	14	0.00	3.57	0.00	33.00
Total général	26	0.00	4.08	0.00	33.00

Taux de CD4 au diagnostic chez les nouveaux cas de sida

	Effectif	%
NR	10	38.46
<200	9	34.62
200-350	3	11.54
350-500	2	7.69
>500	2	7.69
Total général	26	100.00

Nombre de décès parmi les nouveaux cas de sida

Nombre de personnes décédés	3

ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG en 2022 au CeGIDD Nord, CeGIDD Sud, CeGIDD Ouest et CH Mayotte

Effectif et fréquence des personnes victimes d'AES selon leur sexe et le type d'AES

	CeGIDD NORD		CeGIDD SUD		CeGIDD OUEST		CH MAYOTTE		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%			Effectif	%
SEXUEL	220	70.51	38	34.86	23	85.18	10	1.53	291	70.92
PROFESSIONNEL	91	29.16	71	65.14	4.	14.81.	55	84.61	221	28,37
AUTRE	1.	0.32.	0		0.	0.	1	1.53	2	0,71
Total général	312	100.00	109	100.00	27	100.00	65	100	513	100,00

Presque 74 % des consultations pour AES sont dues à une exposition sexuelle. La moitié des personnes consultant pour une exposition sexuelle reçoivent un traitement post-exposition.

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

	PPE		Pas de PPE		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
SEXUEL	166	98.14	180	48.56	346	70.92
PROFESSIONNEL	6	1.86	160	51.11	166	28.37
AUTRE	.	.	1	0.31	1	0.71
Total général	172	100.00	341	100.00	513	100.00

PrEP 2022 au CeGIDD Nord, CeGIDD Sud, CeGIDD Ouest et CH Mayotte

PrEP	2022				
	CeGIDD NORD	CeGIDD SUD	CEGIDD OUEST	CH MAYOTTE	**TOTAL 2022**
Nombre de consultations	349	98	236	40	**723**
Nombre de patients suivis PrEP	182	39	107	15	**343**
Nombre de patients traités	90	38	103	15	**246**

CONCLUSION

En 2022, la COREVIH a vu un retour de son activité presque à la normale, avec une bonne reprise du travail des commissions, des voyages de travail, surtout des TEC, de La Réunion vers Mayotte, une reprise des activités de prévention dans les établissements scolaires et auprès de publics cibles. Concernant les soins, les choses sont restées stables. La participation aux réunions de COREVIH est optimale à La Réunion avec presque tous les acteurs principaux présents à chaque fois et correcte à Mayotte, avec la présence quasi permanente de l'ARS et des acteurs du soin (service d'infectieux et CeGIDD), la présence d'associations, mais plus jamais de la plus grosse association qui semble s'isoler du COREVIH et du service de soin.

A La Réunion, Il existe des difficultés, liées à la diminution des personnels dans les services de soins et les CeGIDD, mais surtout, en prévention avec des subventions de l'ARS dédiées à la prévention trop faibles par rapport aux besoins, ne permettant pas d'avoir suffisamment de personnels à mettre face aux demandes, et de conserver ces personnels à cause d'une rémunération insuffisante. Un point très positif de l'année est la campagne de promotion de la santé qui a eu lieu, une semaine à mi- année et une semaine début décembre, sur financement ARS à La Réunion. La COREVIH OI a coordonné les actions, et tous les acteurs ont travaillé en parfaite harmonie.

A Mayotte, les difficultés sont plutôt liées à des différents entre acteurs du COREVIH, qui ont encore du mal à fonctionner ensemble, surtout pour une association puissante, mais qui se met à l'écart. Par ailleurs, cette association souhaite clairement un COREVIH uniquement pour Mayotte, ce qui entraine, pour elle une non participation aux réunions du COREVIH, au contraire des autres acteurs de Mayotte.

La COREVIH a toujours des moyens insuffisants pour fonctionner à plein, et servant juste à payer les salaires, et les formations continues des TEC et de la coordinatrice. Son budget ne contient pas le minimum nécessaire pour faire des allers et retours entre Mayotte et La Réunion. Si toutes les réunions ont lieu en visioconférence, des missions des TEC, de la coordinatrice et au moins une fois par an de la présidente devraient être prises en charge dans le budget COREVIH. Le financement basé sur les normes de régions ayant une continuité territoriale n'est pas adapté aux particularités du COREVIH OI, car il ne permet pas de payer les billets d'avion et les séjours obligatoires à l'hôtel. Ceci, dénoncé depuis de nombreuses années, et ne fait pas bouger le ministère de la santé jusqu'à présent.

Par ailleurs, la COREVIH a bien avancé sur la feuille de route de santé sexuelle, avec environ 80% des actions effectuées.

Si 2022 a été l'année d'un quasi retour à la normale après la pandémie, 2023 sera une année cruciale avec la réforme des COREVIH, dont nous attendons le contenu actuellement. Une nouvelle structure verra le jour, une nouvelle élection aura lieu. Espérons que l'évolution se fera dans le bon sens, pour la démocratie sanitaire, l'union des acteurs à Mayotte et verra la montée en puissance des moyens de prévention et la continuité à l'accès à des soins de qualité pour les patients.

COREVIH OCÉAN INDIEN

COORDINATION REGIONALE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIRUS DE L'IMMUNO DEFICIENCE HUMAINE

RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE MAYOTTE 2022

ANALYSE DES DONNEES DE MAYOTTE

Données Mayotte 2022	Effectif 2016	Effectif 2017	Effectif 2018	Effectif 2019	Effectif 2020	Effectif 2021	Effectif 2022
Cohorte	239	277	280	324	323	357	416
File Active	234	256	275	317	315	342	406
Nouveaux Patients	58	53	47	55	42	55	96
Nouveaux Dépistés	32	32	37	41	31	45	75
Patients déjà suivis	181	181	233	269	281	302	320
Nouveaux SIDA	1	1	1	3	4	5	13
Patients décédés	2	2	2	3	0	3	3
Sida	30	30	32	36	32	34	50
TOTAL PATIENTS SUIVIS	**239**	**277**	**280**	**324**	**323**	**357**	**416**

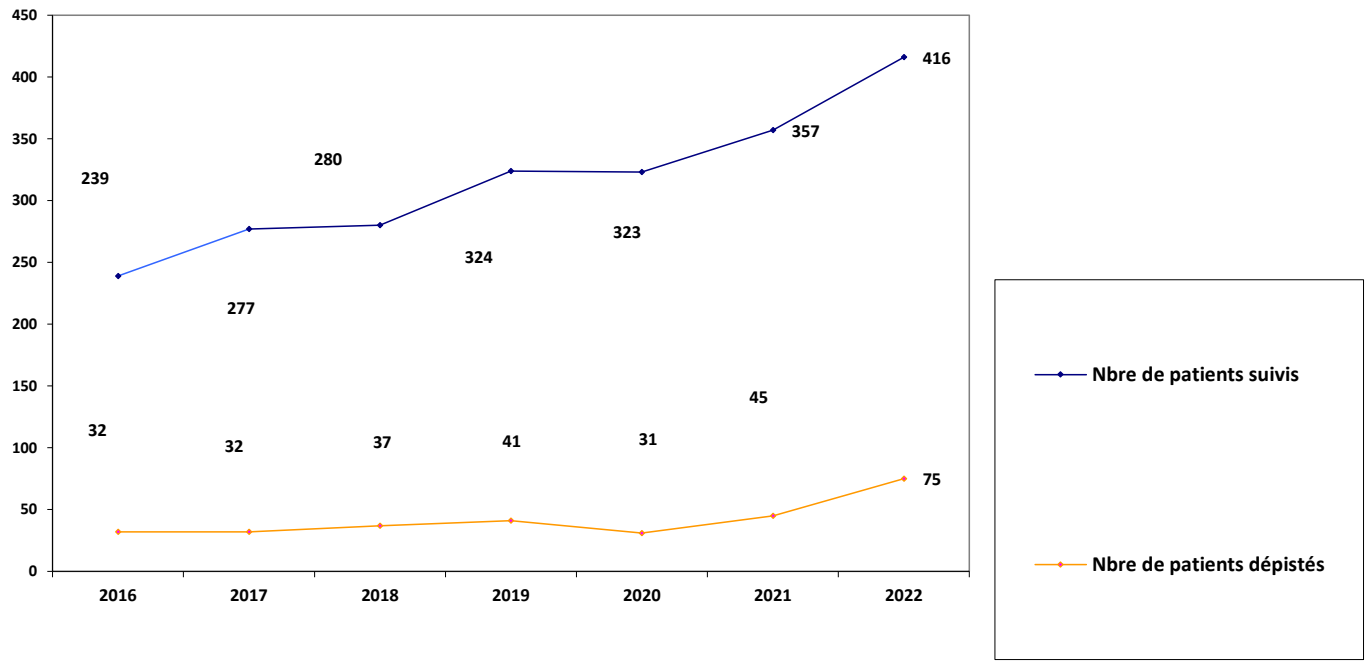


Figure 1 - File active MAYOTTE

La file active mahoraise augmente très rapidement. Elle a augmenté de 57 % en 7 ans, et les nouveaux dépistés ont augmenté de 61%. Ceci est probablement multifactoriel : modification de la politique de dépistage avec le « aller vers », mais aussi augmentation des migrations vers Mayotte de personnes originaires de zone à forte prévalence, telles Madagascar et l'Afrique des grands lacs (et bien sûr l'immigration comorienne, beaucoup plus ancienne, se poursuit). Ce sont donc des populations très précaires qui constituent le plus gros de l'augmentation de la file active et des nouvelles découvertes, qui pour certains migrants ne sont, sans doute que des « redécouvertes ».

Lieu d'origine de la File active 2022	Effectif	%
Comores	140	33.65
Madagascar	96	23.08
Afrique sub-saharienne	78	18.75
Mayotte	73	17.55
France métropolitaine	26	6.25
Réunion	1	0.24
Antilles	2	0.48
Total général	416	100

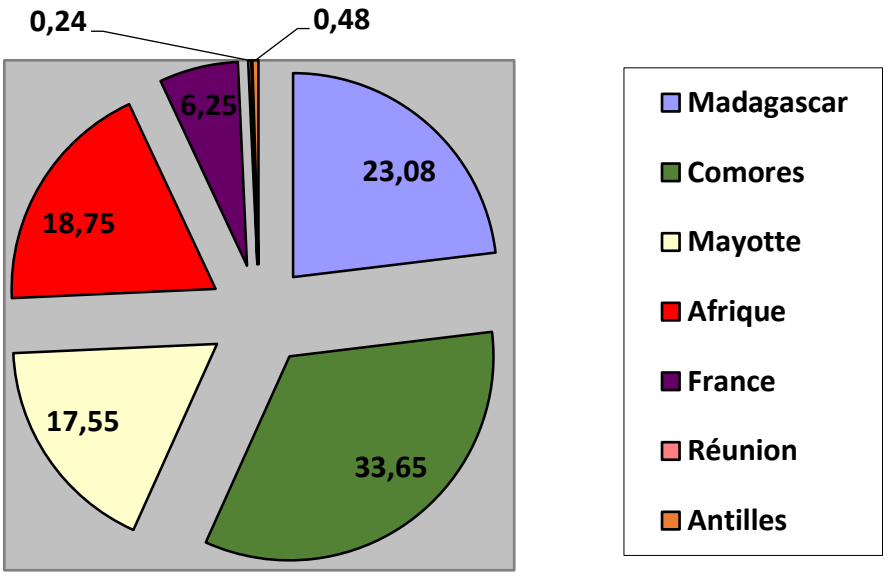


Figure 2 - Origine file active 2022

File active de Mayotte de 2014 à 2022 en valeur absolue

Lieu de contamination	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Comores	64	85	100	107	113	117	114	122	140
Madagascar	10	20	26	32	36	44	51	65	96
Afrique Subsaharienne	11	17	25	34	39	59	57	39	78
Mayotte	34	46	59	72	64	70	74	75	73
France métropolitaine	12	21	25	24	27	29	23	27	26
Réunion	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cuba	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Antilles	0	0	0	0	0	1	1	1	2
Malawi	0	0	0	0	1	1	0	0	0

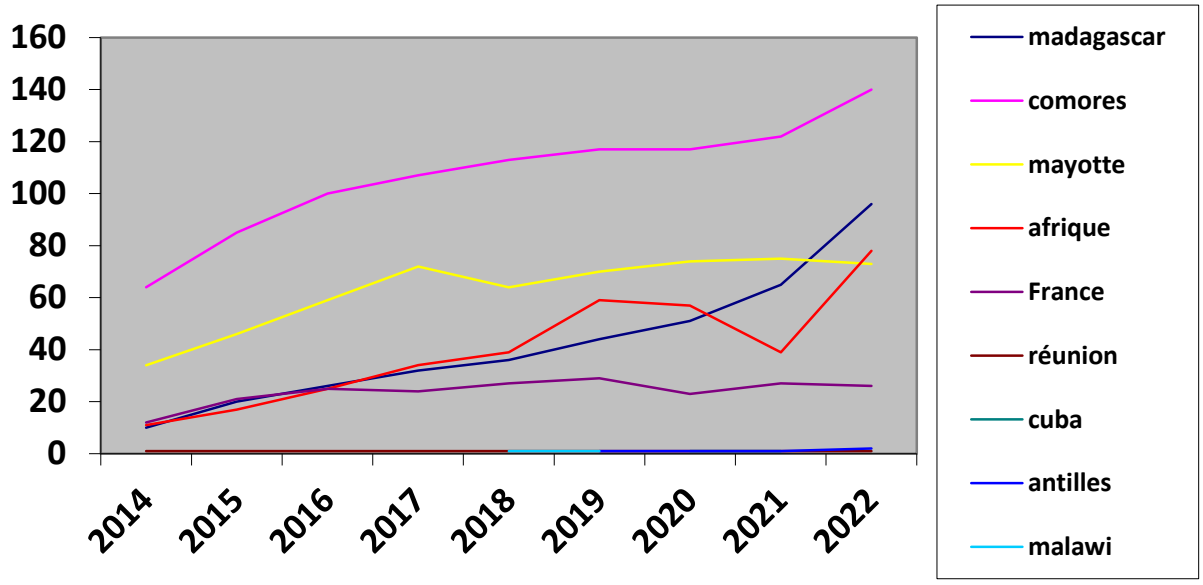
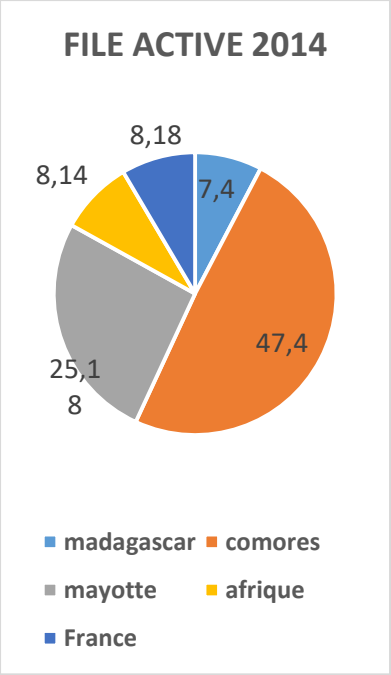


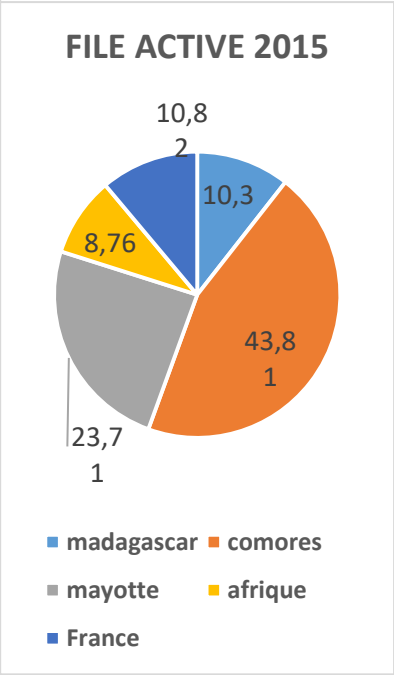
Figure 3 Origine de la file active de 2014 à 2022

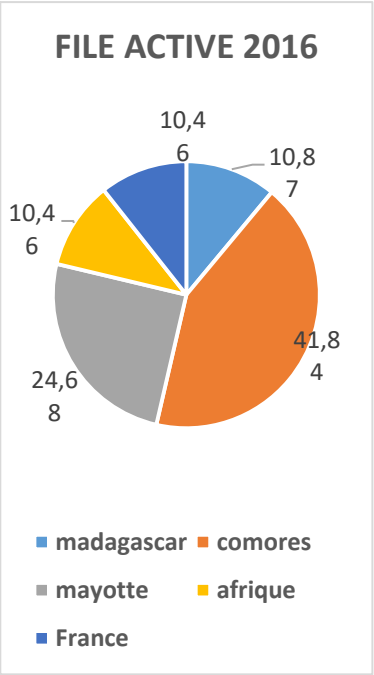
File active de Mayotte de 2014 à 2022 en pourcentage de la file active

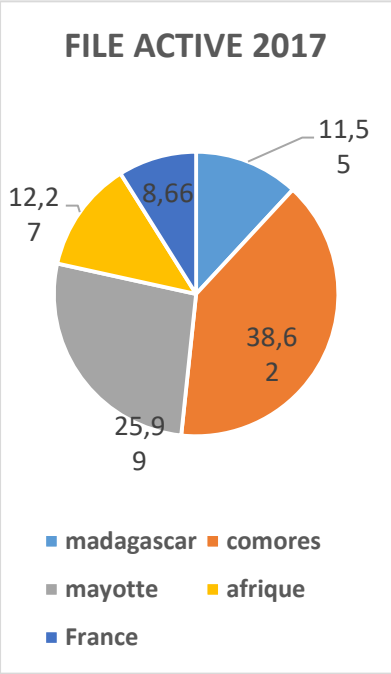
Lieu d'origine	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Comores	47.4	43.81	41.84	38.62	40.35	36.11	35.29	36.97	33.65
Madagascar	7.4	10.30	10.87	11.55	12.85	13.58	15.70	18.20	23.08
Afrique Subsaharienne	8.14	8.76	10.46	12.27	13.92	18.20	17.67	10.92	18.75
Mayotte	25.18	23.71	24.68	25.99	22.85	21.60	22.91	21.00	17.55
France métropolitaine	8.88	10.82	10.46	8.66	9.64	8.95	7.12	7.56	6.25

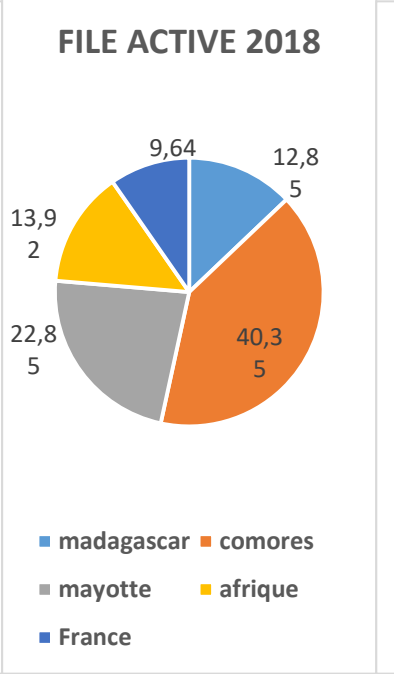
FILE ACTIVE DE 2014 à 2022

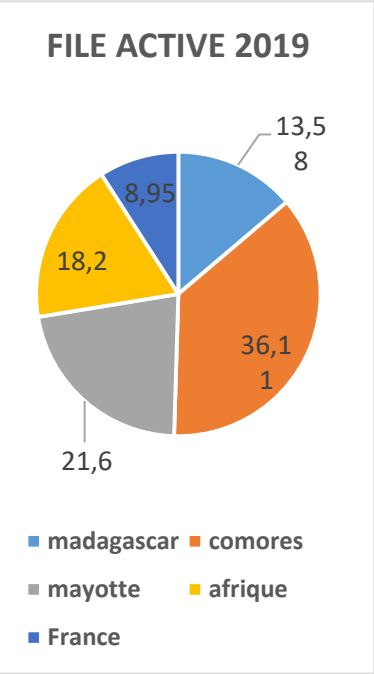


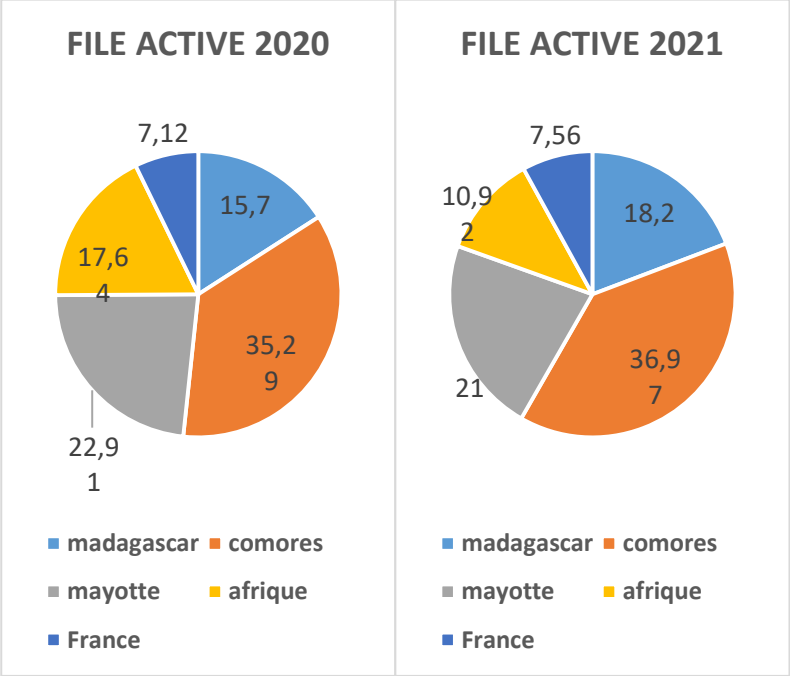











FILE ACTIVE 2020
7,12
15,7
17,6
4
35,2
9
22,9
1
madagascar
comores
mayotte
afrique
France
FILE ACTIVE 2021
7,56
10,9
2
18,2
36,9
7
21
madagascar
comores
mayotte
afrique
France

Nombre de patients suivis selon le sexe

Sexe	Effectif	%
F	241	57.93
H	174	41.83
Total général	416	100.00

L'écart entre les hommes et les femmes se resserre. La file active a toujours été beaucoup plus féminine que masculine à Mayotte.

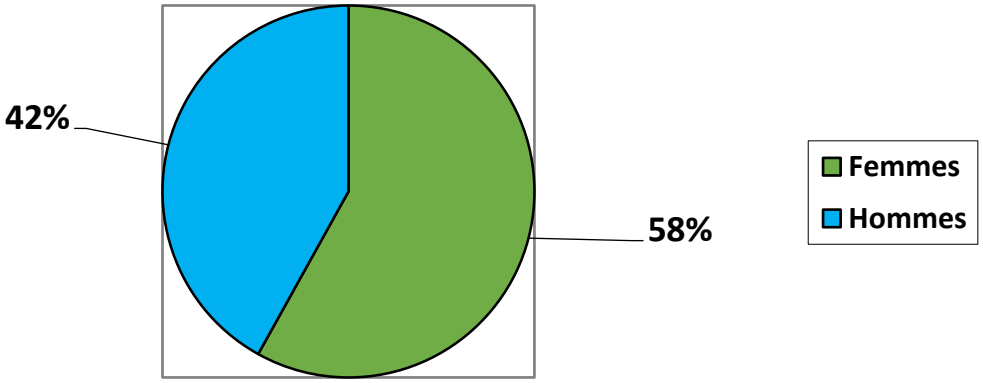


Figure 4 -Nombre de patients selon le sexe

Description des patients - Age selon le sexe

Sexe	Effectif	Age minimum	Age médian	Age moyen	Age maximum
F	241	3.00	34.00	35.23	69.00
H	174	2.00	40.00	39.75	74.00
THF	1	37.00	37.00	37.00	37.00
Global	416	2.00	36.00	37.13	74.00

L'âge moyen est pratiquement inchangé par rapport à l'an dernier, légèrement rajeuni.

Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe

Tranche d'âge	F		H		THF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15 ans	1	0.41	9	5.17	.	.	10	2.40
15-29	84	34.85	32	18.39	.	.	116	27.88
30-39	82	34.02	44	25.29	1	100.00	127	30.53
40-49	46	19.09	39	22.41	.	.	85	20.43
50-59T	24	9.96	40	22.99	.	.	64	15.38
60-69	4	1.66	8	4.60	.	.	12	2.88
70-79	.	.	2	1.15	.	.	2	0.48
Total général	241	100.00	174	100.00	1	100.00	416	100.00

La file active est jeune : 79% des patients ont entre 15 et 49 ans.

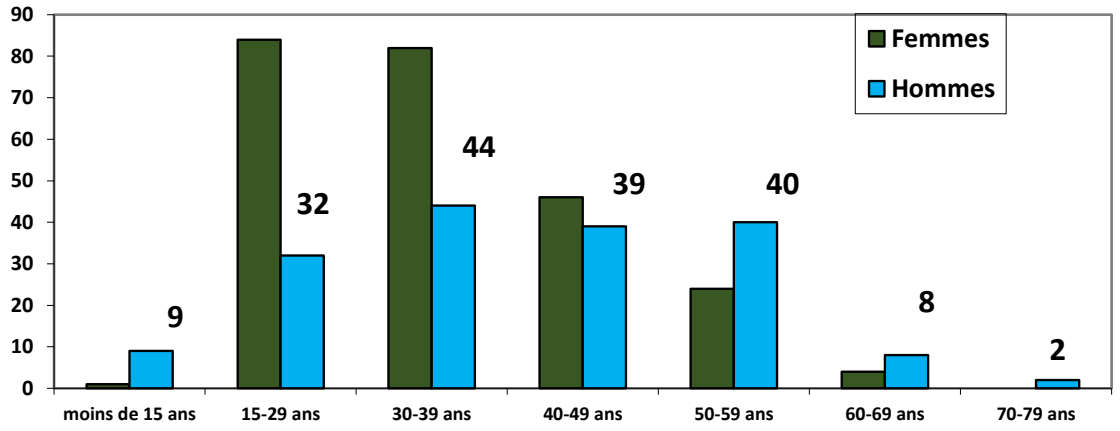


Figure 5 - Répartition par tranche d'âge et par sexe

Distribution par mode de contamination, selon le sexe

FDFR	F		H		THF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	232	96.27	119	68.39	.	.	351	84.38
Homo/bisexuel	.	.	36	20.69	1	100.00	37	8.89
Materno-fœtale	7	2.90	12	6.90	.	.	19	4.57
Inconnu	.	.	6	3.45	.	.	6	1.44
AES	2	0.83	.	.	.	.	2	0.48
IVDU	.	.	1	0.57	.	.	1	0.24
Total général	241	100.00	174	100.00	1	100.00	416	100.00

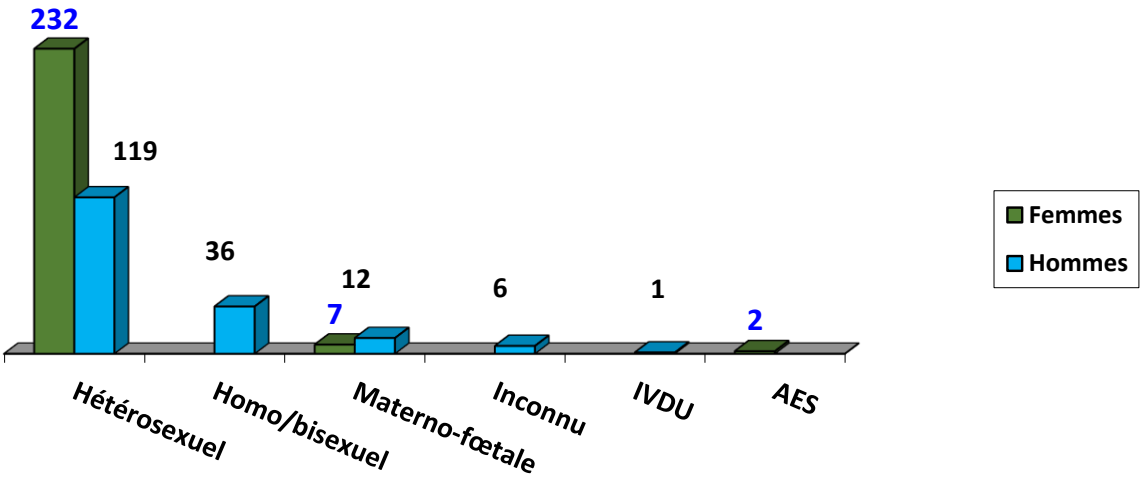


Figure 6 - Répartition par mode de contamination

Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

SEXE	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	241	57.93	0.00	6.39	4.00	38.00
H	174	41.83	0.00	6.25	4.00	30.00
THF	1	0.24	3.00	3.00	3.00	3.00
Global	416	100.00	0.00	6.33	4.00	38.00

La durée de séropositivité est inchangée par rapport à l'an dernier.

Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques

Habitudes tabagiques	Effectif	%
Non-Fumeur	58	13.94
Fumeur	9	2.16
Ex-Fumeur	5	1.20
NR	344	82.69
Total général	416	100.00

Effectifs et parts des principales comorbidités prévalentes dans l'année

Principales comorbidités	Effectif	%
Diabète	7	1.68
Hyper Tension Artérielle	8	1.92
IR	2	0.48
Lipide	1	0.24
Cardio	3	0.72
Accident Vasculaire Cérébral	2	0.48
Dépression	2	0.48
Libido	1	0.24
Néoplasie	7	1.68
Total général	416	100.00

DONNEES IMMUNO VIROLOGIQUES MAYOTTE 2022

Distribution de la population selon le stade CDC et par strate des derniers CD4

CD4	VIDE		<200		200-350		>500		350-500		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIDE	1	6.67	1	2.56	1	1.92	3	1.31	.	.	6	1.44
A	13	86.67	27	69.23	36	69.23	200	87.34	76	93.83	352	84.62
B	.	.	1	2.56	1	1.92	4	1.75	2	2.47	8	1.92
C	1	6.67	10	25.64	14	26.92	22	9.61	3	3.70	50	12.02
Total général	15	100.00	39	100.00	52	100.00	229	100.00	81	100.00	416	100.00

Presque 55% des patients ont des CD4> 500.

Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique

ARN VIH	Effectif	%
<= 50	298	71.63
NR	8	1.92
51-400	43	10.34
400-1000	12	2.88
1K-10K	27	6.49
10-30K	8	1.92
>30K	20	4.81
Total général	416	100.00

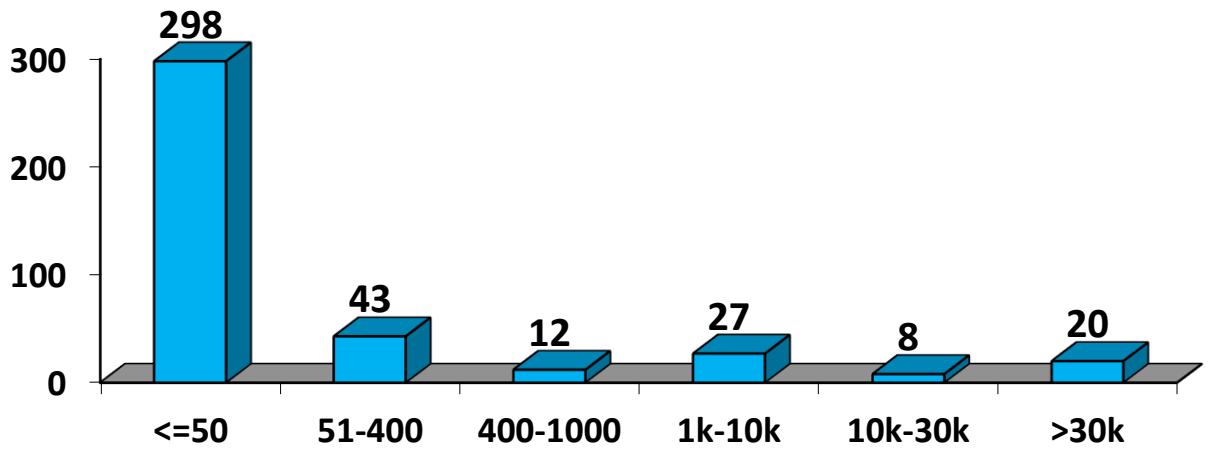


Figure 7 - ARN VIH plasmatique en 2021

71,5% des patients ont atteint une CV indétectable. Ce chiffre est en diminution par rapport à l'an dernier, ce qui est normal étant donné l'augmentation significative des nouveaux patients dans la file active, qui ne sont pas tous à plus de 6 mois de traitement lorsque la saisie est effectuée.

Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi

CD4	NAIF		TRT		ARRET		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIDE	1	0.24	14	3.37	.	.	15	3.61
<200	6	1.44	33	7.93	.	.	39	9.38
200-350	.	.	52	12.50	.	.	52	12.50
350-500	1	0.24	80	19.23	.	.	81	19.47
>500	2	0.48	223	53.61	4	0.96	229	55.05
Total général	10	2.40	402	96.63	4	0.96	416	100.00

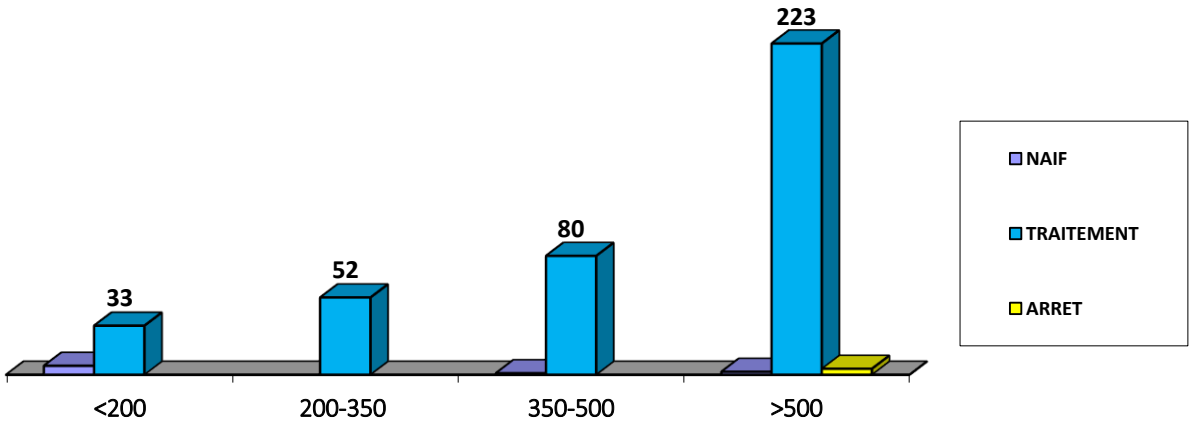


Figure 8 - CD4 et statut thérapeutique des patients

Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement par strates des derniers CD4

CD4	Echec		Succès		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIDE	2	0.65	4	1.30	6	1.95
<200	8	2.60	16	5.19	24	7.79
200-350	5	1.62	26	8.44	31	10.06
350-500	14	4.55	48	15.58	62	20.13
>500	23	7.47	162	52.60	185	60.06
Total général	52	16.88	256	83.12	308	100.00

Le chiffre de 60% de succès thérapeutique est stable, par rapport à l'an dernier chez les patients traités depuis plus de 6 mois.

TRAITEMENT 2022

Evolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux

Schéma Actuel	Effectif	%
2N+1II	385	95.77
2N+1IPb	14	33.33
2N+1NN	1	2.38
1IPb+1II	1	2.38
2N+1IPb+1II	1	2.38
Total général	402	100.00

Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux

Association d'antirétroviraux	Effectif	%
Biktarvy	207	51.49
Odefsey	80	19.9
Genvoya	67	16.67
Darunavir (Prezista) + Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil (Truvada) + Ritonavir (Norvir)	20	4.97
Triumeq	13	3.23
Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil (Truvada) + Raltégravir (Isentress)	10	2.49
Dovato	5	1.25
Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Tivicay	2	0.50
Darunavir (Prezista) + Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil (Truvada) + Raltégravir (Isentress) + Ritonavir (Norvir)	1	0.25

Association d'antirétroviraux	Effectif	%
Abacavir (Ziagen) + Darunavir (Prezista) + Lamivudine (Epivir) + Ritonavir (Norvir)	1	0.25
Abacavir (Ziagen) + Lamivudine (Epivir) + Névirapine (Viramune)	1	0.25
Abacavir / Lamivudine / Dolutégravir (Triumeq) + Abacavir / Lamivudine / Zidovudine (Trizivir)	1	0.25
Darunavir (Prezista) + Ritonavir (Norvir) + Tivicay	1	0.25
Total général	402	100.00

Effectifs des molécules antirétrovirales utilisées

Classe thérapeutique	Molécules	Effectif
NRTI	Truvada	25
NRTI	Epivir	3
NRTI	Ziagen	2
NRTI	Trizivir	1
NRTI	Rétrovir	1
NNRTI	Viramune	1
IP	Prezista	15
IP	Norvir	15
IP	Kalétra	1
II	Isentress	11

Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement par strates des derniers CD4

Strates de CD4	Echec		Succès		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIDE	2	0.65	4	1.30	6	1.95
<200	8	2.61	16	5.21	24	7.82
200-350	5	1.63	26	8.47	31	10.10
350-500	14	4.56	48	15.64	62	20.20
>500	23	7.49	161	52.44	184	59.93
Total général	52	16.94	255	83.06	307	100.00

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

Motif d'arrêt	Effectif	%
Autres	35	45.45
Simplification	26	33.77
EIS	8	10.39
Echec	3	3.90
Inconnu	5	6.49
Total général	77	100.00

CO-INFECTIONS PAR LE VIRUS DES HEPATITES

Proportion d'infections par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte

			VHB		VHC		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIH	392	94.23	.	.	.	.	392	94.23
VIH&AES	1	0.24	.	.	.	.	1	0.24
VIH&AES&SS	2	0.48	.	.	.	.	2	0.48
VIH&HEP	1	0.24	18	4.33	1	0.24	20	4.81
VIH&SS	1	0.24	.	.	.	.	1	0.24
Total général	397	95.43	18	4.33	1	0.24	416	100.00

4, 3 % des patients de la file active sont co-infectés par le VHB. La co-infection par le VHC n'est pas un souci à Mayotte.

DECES 2022

Nombre de décès en 2022

Nombre de décès
3

Age des patients décédés dans l'année

Age minimum	Age maximum
29.00	65.00

Diagnostic de décès des trois patients décédés en 2021

Diagnostic des décès	Effectif
Embolie pulmonaire / COVID	1
Sarcome de kaposi de la peau / pulmonaire et digestif	1
Tuberculose miliaire / méningite herpétique	1
Total général	3

Le chiffre des décès est identique à l'an dernier.
2 décès sont attribuables au VIH

GROSSESSES 2022

Grossesses concernées

Nombre de grossesses	59 (dont 7 IVG)

Le chiffre des grossesses annuelles est très important, passé de 46 l'an dernier à 59 cette année.
16 grossesses chez les nouveaux dépistés.

Données chez les 16 nouvelles dépistées

Terme au moment de la découverte	Effectif	%
14 SA	1	6.25
16 SA	1	6.25
17 SA	1	6.25
20 SA	3	18.75
24 SA	1	6.25
25 SA	2	12.5
33 SA	3	18.75
34 SA	1	6.25
38 SA	1	6.25
Lors de l'accouchement	2	12.5
TOTAL	16	100

	Effectif	%
Traitement avant 27 SA	6	37.5

	Effectif	%
Accouchement sans mise sous traitement	1	6.25

NOMBRE DE RECOURS CS/HC 2022

Nombre de recours

Nombre de recours	1241

Le nombre de recours supplémentaires, par rapport à l'an dernier est de 130

Répartition du nombre de recours par patient

Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
1.00	2.98	2.00	15.00

Répartition des recours selon CS, HC

	Effectif	%
CS	1206	97.18
HC	35	2.82
Total général	1241	100.00

CIRCONSTANCES DE DEPISTAGES DES NOUVEAUX PATIENTS

Circonstance de dépistage des 96 patients nouveaux patients (dont 75 nouveaux dépistés)	Effectif	%
Patients déjà diagnostiqués (venu d'ailleurs, perdu de vue…)	25	26.04
Altération de l'état général (vu en hospitalisation ou médecine générale…)	23	23.96
GROSSESSE	23	23,95
Dépistage au CEGIDD	16	16.66
Séropositivité du partenaire, du frère	4	4.17
CLATT	1	1.04
AES	1	1.04
Agression sexuelle	1	1.04
Dispensaire	1	1.04
TROD	1	1.04

26% des nouveaux patients connaissaient déjà leur statut
23 % présentaient des symptômes
23% étaient enceintes.
16 % sont venus se faire dépistés volontairement.

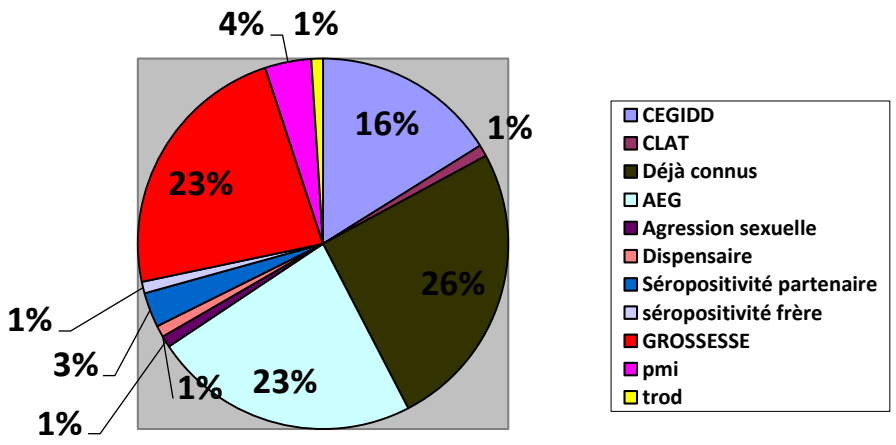


Figure 9 Circonstances de dépistage

NOUVEAUX PATIENTS SEROPOSITIFS MAYOTTE 2022

Lieu de naissance des patients dépistés en 2022

Lieu de naissance	Femmes	Hommes Homo Bisexuel	Hommes Hétérosexuel	Total	%
Madagascar	26	3	2	31	41.33
Comores	8	3	9	20	26.66
Afrique sub-saharienne Dont Congo 12 Côte d'ivoire 1 Gabon 1 Mauritanie 1 Rwanda 1	9	2	5	16	21.33
Mayotte	2	-	3	5	6.66
France métropolitaine	-	2		2	2.66
Total général	45	10	20	75	100

Seul, un peu moins de 7% des patients dépistés sont des Mahorais. L'an dernier ils représentaient 9 % des nouveaux patients. 2,5 %des découvertes sont aussi des français non Mahorais. Les français représentent donc seulement un peu plus de 9% des nouveaux dépistés et les étrangers 91%. Il s'agit d'abord de malgaches, puis de comoriens et enfin de personnes originaires d'Afrique.

En 2 ans (2021+2022), 44 malgaches, 33 comoriens, 26 africains ont rejoint la file active, soit : 103 étrangers. On voit clairement que les migrations de ces pays s'accélèrent.

La grossesse a été la circonstance de découverte pour 16 femmes nouvellement dépistées soit 35% de toutes les nouvelles dépistées (45 femmes).

Distribution du mode de contamination présumé des patients dépistés dans l'année

Mode de contamination	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	43	95.56	16	53.33	59	78.67
Homo/bisexuel	.	.	10	33.33	10	13.33
Materno-fœtale *	1	2.22	2	6.67	3	4.00
Inconnu	.	.	2	6.67	2	2.67
AES	1	2.22	.	.	1	1.33
Total général	45	100.00	30	100.00	75	100.00

*dépistage effectué à leur arrivée à Mayotte

Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe

Tranche d'âge	Femme		Homme		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15 ans	1	2.22	2	6.66	3	4
15-29	27	60.00	16	53.33	43	57.33
30-39	15	33.33	7	23.33	22	29.33
40-49	2	4.44	3	10	5	6.66
50-59			1	3.33	1	1.33
70-79			1	3.33	1	1.33
Total général	45	100	30	100	75	100

Les nouveaux arrivant sont majoritairement très jeunes : 58 % ont entre 15 et 29 ans.

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

Sexe	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	45	60.00	3.00	27.27	26.00	44.00
H	30	40.00	6.00	30.77	28.00	72.00
Global	75	100.00	3.00	28.67	27.00	72.00

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

		Effectif	%
VIH1	C	14	18.67
	A1	13	17.33
	A	12	16.00
	B	8	10.67
	CRF02_AG	8	10.67
	Non B mais non typable	7	9.33
	NR	2	2.67
	CRF31_BC	1	1.33
	D	1	1.33
	Non déterminé	9	12.00
Total général		75	100.00

Médiane des CD4 au dépistage pour les patients dépistés dans l'année

	Effectif	%	CD4 médian
NR	8	10.67	.
<200	16	21.33	94.00
200-350	19	25.33	284.00
350-500	18	24.00	443.00
>500	14	18.67	624.70
Total général	75	100.00	336.00

Répartition des nouveaux patients selon le stade sida et par strate de CD4 au moment du dépistage

	Non SIDA		Sida		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	8	10.67	.	.	9	10.67
<200	10	13.33	6	8.00	16	21.33
200-350	16	21.33	3	4.00	19	25.33
350-500	17	22.67	1	1.33	18	24.00
>500	14	18.67	.	.	14	18.67
Total général	65	86.67	10	13.33	75	100.00

Part des dépistages tardifs parmi les nouveaux dépistés

Nouveaux Dépistés	Sida au dépistage
75	10

Distribution des infections opportunistes détectées durant l'année parmi les nouveaux dépistés

Infections opportunistes	Effectif
Tuberculose ganglionnaire	2
Tuberculose pulmonaire confirmée	2
Tuberculose extra-pulmonaire	1
Tuberculose miliaire aiguë, sièges multiples	1
Tuberculose miliaire, sans précision	1
Adénite tuberculeuse	1
Autres tuberculoses miliaires	1
Cryptococcose neuro-méningée	1
Cryptosporidiose intestinale >1 mois	1
Herpès génital > 1 mois	1
Méningite herpétique	1
Kaposi digestif	1
Lymphome à cellules B, SAI	1

Distribution de la dernière valeur des CD4 et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année

CD4	ARRET		NAIF		TRT		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	.	.	1	1.33	5	6.67	6	8.00
<200	.	.	5	6.67	7	9.33	12	16.00
200-350	.	.	.	.	17	22.67	17	22.67
350-500	.	.	1	1.33	16	21.33	17	22.67
>500	1	1.33	.	.	22	29.33	23	30.67
Total général	1	1.33	7	9.33	67	89.33	75	100.00

Nombre des patients nouvellement dépistés décédés durant l'année

Effectif
2

LES CAS DE SIDA ET LES NOUVEAUX CAS DE SIDA EN 2022

	Effectif	%
2000	1	2.00
2004	1	2.00
2006	3	6.00
2008	2	4.00
2009	4	8.00
2010	2	4.00
2012	3	6.00
2013	2	4.00
2014	1	2.00
2015	5	10.00
2016	1	2.00
2018	2	4.00
2019	1	2.00
2020	4	8.00
2021	4	8.00
2022	13	26.00
2023	1	2.00
Total général	50	100.00

Effectifs des pathologies classantes sida diagnostiquées dans l'année

	Effectif
Tuberculose ganglionnaire	3
Tuberculose pulmonaire confirmée	3
Tuberculose miliaire, sans précision	1
Tuberculose extra-pulmonaire	1
Tuberculose miliaire aiguë, sièges multiples	1
Adénite tuberculeuse	1
Autres tuberculoses miliaires	1
Candidose œsophagienne	1
Pneumopathie a Pneumocystis Carinii	1
Cryptosporidiose intestinale >1 mois	1
Cryptococcose neuro-méningée	1
Herpès génital > 1 mois	2
Méningite herpétique	1
Sida avéré avec infections multiples	1
Kaposi digestif	1
Lymphome à cellules B, SAI	1
Total général	21

Distribution des nouveaux cas de sida par âge et par sexe

Tranche d'âge	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-29	3	50.00	2	28.57	5	38.46
30-39	3	50.00	1	14.29	4	30.77
40-49	.	.	1	14.29	1	7.69
50-59	.	.	2	28.57	2	15.38
70-79	.	.	1	14.29	1	7.69
Total général	6	100.00	7	100.00	13	100.00

Distribution des nouveaux cas de sida selon le mode de contamination

FDR	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	6	100.00	4	57.14	10	76.92
Homo/bisexuel	.	.	2	28.57	2	15.38
Inconnu	.	.	1	14.29	1	7.69
Total général	6	100.00	7	100.00	13	100.00

Effectifs des pathologies classantes sida prévalentes dans l'année

Pathologies classantes	Effectif	%
Tuberculose pulmonaire confirmée	3	17.65
Tuberculose ganglionnaire	2	11.76
Tuberculose miliaire, sans précision	1	5.88
Tuberculose extra-pulmonaire	1	5.88

Pathologies classantes	Effectif	%
Tuberculose miliaire aiguë, sièges multiples	1	5.88
Autres tuberculoses miliaires	1	5.88
Cryptosporidiose intestinale >1 mois	1	5.88
Cryptococcose neuro-méningée	1	5.88
Herpès génital > 1 mois	1	5.88
Méningite herpétique	1	5.88
Candidose œsophagienne	1	5.88
Pneumopathie a pneumocystis carinii	1	5.88
Kaposi digestif	1	5.88
Sida avéré avec infections multiples	1	5.88
Total général	17	100.00

La tuberculose représente la majorité des infections classant SIDA : 9 cas sur 17.

Distribution par âge et par sexe des nouveaux cas de sida

FDR	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	6	100.00	4	57.14	10	76.92
Homo/bisexuel	.	.	2	28.57	2	15.38
Inconnu	.	.	1	14.29	1	7.69
Total général	6	100.00	7	100.00	13	100.00

Age des nouveaux cas de sida

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-29	3	50.00	2	28.57	5	38.46
30-39	3	50.00	1	14.29	4	30.77
40-49	.	.	1	14.29	1	7.69
50-59	.	.	2	28.57	2	15.38
70-79	.	.	1	14.29	1	7.69
Total général	6	100.00	7	100.00	13	100.00

FILE ACTIVE MAYOTTE VHB 2022

	Effectif 2022
File Active	773
Nouveaux Dépistés	43
TOTAL PATIENTS SUIVIS	773

Nombre de patients suivis selon le sexe

Sexe	Effectif	%
F	504	65.20
THF	1	0.13
H	268	34.67
Total général	773	100.00

Les AES et les PREP en 2022

AES 2022 CEGGID + CHM	TOTAL
Nombre de patients	65

Sexe AES CEGGID + CHM	Effectif	%
F	45	69.23
H	20	30.77
Total général	65	100.00

AES Centre Hospitalier de Mayotte	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
PROFESSIONNEL	4	50.00	1	33.33	5	45.45
SEXUEL	4	50.00	1	33.33	5	45.45
AUTRE	.	.	1	33.33	1	9.09
Total général	8	100.00	3	100.00	11	100.00

CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE + CEGIDD MAYOTTE	Total	
	Effectif	%
AES SANG	10	14.02
SEXUEL	55	85.98
Total général	65	100.00

Effectif des AES et des personnes traitées en 2022

AES 2022 au CHH et CEGIDD	TOTAL
Nombre de patients traités pour un AES en 2022	37
AES sexuel de type agressions sexuelles Dont nombre de patients avec TPE	20

PrEP 2022

PrEP 2022 au CEGIDD	TOTAL
Nombre de CS	40
Nombre de patients suivis PrEP Dont 13 HSH et 1 transgenre	15
Nombre de patients traités	15

COREVIH OCÉAN INDIEN

COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIRUS DE L'IMMUNO DEFICIENCE HUMAINE

RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE ILE DE LA REUNION

ANNEE 2022

CHU SUD

CHU NORD

ANALYSE DES DONNEES ILE DE LA REUNION 2022

Evolution annuelle des principales caractéristiques de la population suivie

	Effectif 2018	Effectif 2019	Effectif 2020	Effectif 2021	Effectif 2022
Cohorte	1023	1057	1012	1034	1059
File Active	1003	1031	1003	1011	1039
Nouveaux Patients	72	48	42	42	56
Nouveaux Dépistés	58	41	23	36	42
Patients déjà suivis	951	1009	970	992	1004
Nouveaux SIDA	8	8	6	6	13
Patients décédés	6	12	7	10	14
Sida	262	272	253	257	260
Refus Nadis	1	2	0	2	2
TOTAL PATIENTS SUIVIS	1024	1059	1012	1036	1061

Le nombre de nouveaux patients a augmenté de 25 en 2022, ce qui équivaut à une augmentation de 2,4%. En sortant des années COVID (2020,2021), on voit que le pourcentage d'augmentation annuelle revient à son taux habituel. Mais on peut aussi remarquer que l'effectif 2022 est très proche de celui de 2019.

Le nombre des nouveaux dépistés (42) est significativement augmenté par rapport aux années 2020-2021, mais il est presque identique au taux de 2019.

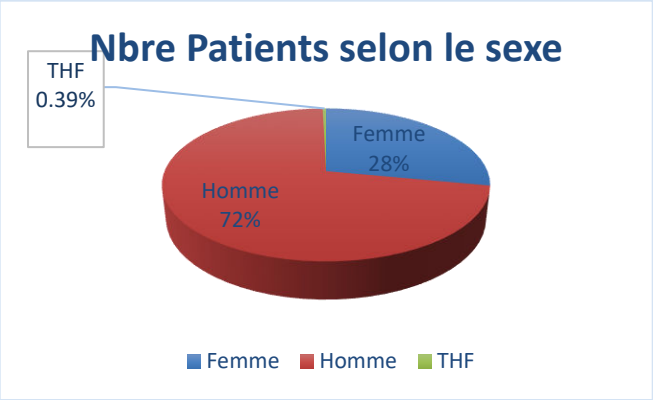
14 patients sont décédés dont 10 de cancers.

62, 5 % des patients sont suivis au site Nord et le reste au site SUD du CHU. Cette différence d'effectif diminue doucement avec les années.

Il y a donc une grande stabilité dans les caractéristiques de la file active de la Réunion.

Nombre de patients suivis selon le sexe

	Effectif	%
F	297	28.02
H	758	71.60
THF	4	0.38
Total général	1059	100.00



Le pourcentage homme femme est rigoureusement identique à ceux des années précédentes.

Description des patients - Age selon le sexe

	Effectif	Age minimum	Age médian	Age moyen	Age maximum
F	297	7.00	51.00	50.39	89.00
H	758	6.00	54.00	51.73	85.00
THF	4	37.00	49.50	47.50	54.00
Global	1059	6.00	53.00	51.34	89.00

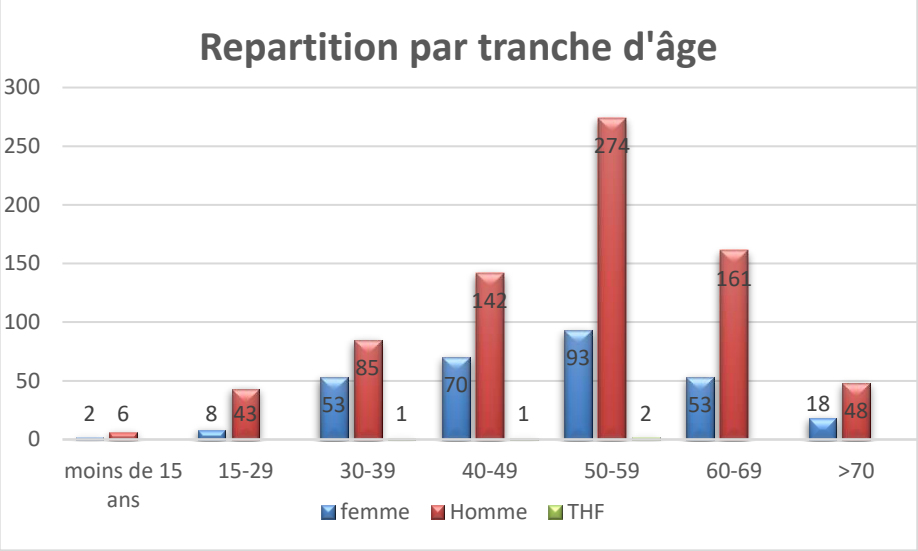
Le plus jeune enfant a 6 ans, découvert à la Réunion lorsque sa maman a été testée positive.
La patiente la plus âgée a 89 ans.

L'âge moyen est de 51,3 ans, soit 1 an de plus que l'an dernier. Les femmes et les hommes de la file active ont un âge moyen presque identique (différence d'un an)

Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe

	F		H		THF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15 ans	2	0.67	6	0.79	.	.	8	0.75
15-29	8	2.69	43	5.67	.	.	51	4.81
30-39	53	17.85	85	11.20	1	25.00	139	13.11
40-49	70	23.57	142	18.71	1	25.00	213	20.09
50-59	93	31.31	273	36.10	2	50.00	369	34.81
60-69	53	17.85	161	21.21	.	.	214	20.19
70-79	16	5.39	40	5.27	.	.	56	5.28
80 et plus	2	0.67	8	1.05	.	.	10	0.94
Total général	297	100.00	758	100.00	4	100.00	1059	100.00

Les patients de la file active réunionnaise ne sont pas très jeunes : seuls 5,5% des personnes de la file active a moins de 30 ans (moins de 1% pour les moins de 15 ans), tandis que 68 % des patients sont d'âge moyen, et ont entre 30 et 60 ans.
Moins de 1 % de la file active a moins de 15 ans.



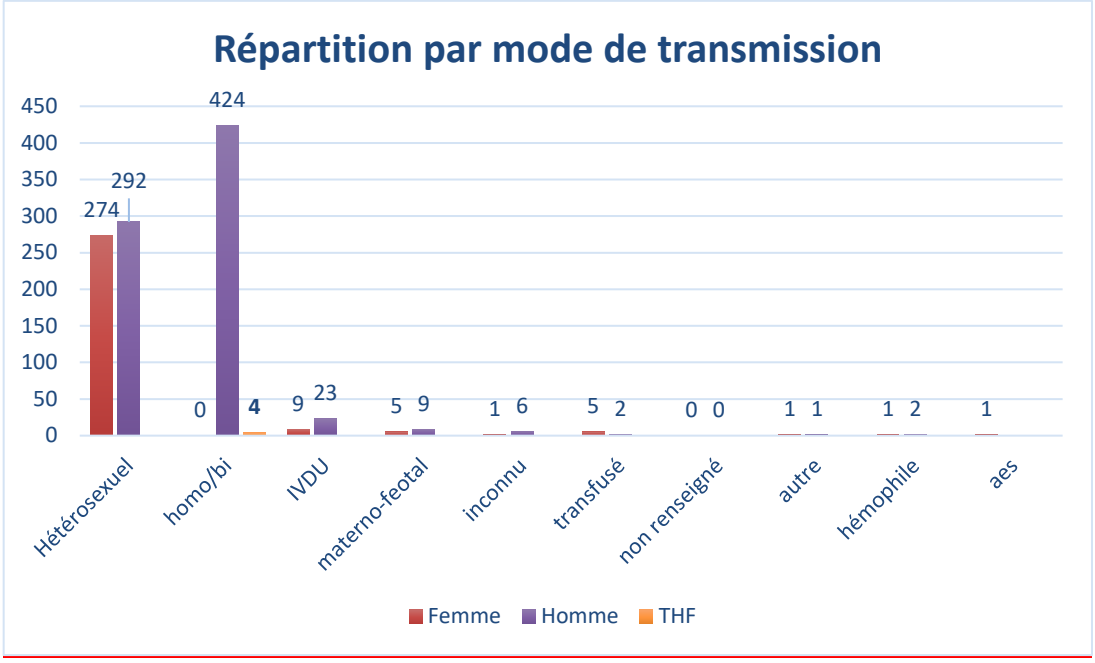
Distribution par mode de contamination, selon le sexe

	F		H		THF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	274	92.26	291	38.47	.	.	565	53.40
Homo/bisexuel	.	.	424	55.86	4	100.00	428	40.38
IVDU	9	3.03	23	3.03	.	.	32	3.02
Materno-fœtale	5	1.68	9	1.19	.	.	14	1.32
Transfusé	5	1.68	2	0.26	.	.	7	0.66
Hémophile	1	0.34	2	0.26	.	.	3	0.28
AES	1	0.34	.	.	.	.	1	0.09
Autre	1	0.34	1	0.13	.	.	2	0.19
Inconnu	1	0.34	6	0.79	.	.	7	0.66
Total général	297	100.00	758	100.00	4	100.00	1059	100.00

La majorité des patients de la FA sont des hétérosexuels, mais seulement à 53,4%.

Le pourcentage d'homo-bisexuels augmente encore légèrement cette année : il était de 39,56 % en 2021, il est de 40,38% cette année. Mais cette augmentation est constante depuis plusieurs années.

Chez les hommes contaminés, 56% sont des homo-bisexuels, 38,4% des hétérosexuels et 3% se sont contaminés par usage de drogue.



Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	297	28.02	0.00	16.54	17.00	39.00
H	758	71.60	0.00	15.72	15.00	38.00
THF	4	0.38	5.00	23.50	28.00	33.00
Global	1059	100.00	0.00	15.98	15.00	39.00

La durée moyenne de suivi des patients est de presque 16 ans, tandis que certains patients vivent avec le VIH depuis 39 ans.

Nombre de cas de sida durant l'année

	Effectif	%
1989	1	0.38
1990	1	0.38
1993	1	0.38
1994	3	1.15
1995	10	3.85

	Effectif	%
1996	19	7.31
1997	7	2.69
1998	8	3.08
1999	9	3.46
2000	13	5.00
2001	9	3.46
2002	6	2.31
2003	9	3.46
2004	6	2.31
2005	6	2.31
2006	11	4.23
2007	8	3.08
2008	8	3.08
2009	12	4.62
2010	12	4.62
2011	14	5.38
2012	9	3.46
2013	14	5.38
2014	4	1.54
2015	7	2.69
2016	5	1.92
2017	7	2.69
2018	9	3.46

	Effectif	%
2019	7	2.69
2020	4	1.54
2021	7	2.69
2022	13	5.00
Total général	260	100.00

Effectifs des pathologies classant sida, diagnostiquées dans l'année

	Effectif
Candidose œsophagienne	5
Kaposi cutané	2
Syndrome cachectique	2
Pneumonie récurrente à gram	1
Cancer invasif du col, SAI	1
Pneumonie à Pneumocystis	2
Rétinite à CMV	1
Toxoplasmose cérébrale	1
Total général	16

Répartition des patients selon leurs habitudes tabagiques

	Effectif	%
Fumeur	379	35.75
Non-Fumeur	364	34.34
Ex-Fumeur	158	15.00
NR	158	14.91
Total général	1059	100.00

Effectifs et parts des principales comorbidités dans l'année

	Effectif	%
Diabète	112	10.57
Hypertension Artérielle	181	17.17
Insuffisance rénale	46	4.34
Hyperlipidémie	80	7.55
Pathologies cardiaques	106	10.00
Accident Vasculaire Cérébral	38	3.58
Ostéoporose	40	3.77
Dépression	132	12.45
Troubles de la libido	6	0.57
Néoplasie	95	8.96
Total général	1059	100.00

CO-INFECTIONS PAR LES VIRUS DES HEPATITES

Proportion d'infections par le VHC et le VHB des patients suivis dans la cohorte

	VIH		VHB		VHC		VHC&VHB		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIH	911	85.94	.	.	.	.	.	.	911	85.94
VIH&AES	2	0.19	.	.	.	.	.	.	2	0.19
VIH&AUTRE	31	2.92	.	.	.	.	.	.	31	2.92
VIH&HEP	.	.	23	2.17	74	6.98	7	0.66	104	9.81
VIH&HEP&AUTRE	.	.	3	0.28	1	0.09	.	.	4	0.38
VIH&HEP&SS	.	.	1	0.09	.	.	.	.	1	0.09
VIH&SS	5	0.47	.	.	.	.	.	.	5	0.47
Total général	950	89.72	27	2.55	75	7.08	7	0.66	1059	100.00

Parmi les 50 patients VHC du CHU Nord, 2 patients sont toujours porteurs de VHC (refus de traitement), les autres ont été traités et guéris.

Au CHU Sud, 25 patients porteurs de VHC ont été guéris.

DONNEES IMMUNO VIROLOGIQUES

Distribution de la population selon le stade CDC et par strate des derniers CD4

	NR		<200		200-350		350-500		>500		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	.	.	.	.	1	1.47	.	.	1	0.12	2	0.19
A	8	81.82	12	42.86	22	32.35	52	56.52	597	69.34	691	65.28
B	.	.	2	7.14	8	11.76	7	7.61	89	10.34	106	10.00
C	2	18.18	14	50.00	37	54.41	33	35.87	174	20.21	260	24.53
Total général	10	100.	28	100.	68	100.	92	100.	861	100.	1059	100.

Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique

	Effectif	%
NR	27	2.64
<50	985	92.92
51-400	20	1.89
400-1000	3	0.28
1K-10K	9	0.85
10-30K	4	0.38
>30K	11	1.04
Total général	1059	100.00

Pratiquement 93% des patients de la FA ont une CV indétectable. Le résultat est stable par rapport à l'an dernier.

Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi

	ARRET		TRT		NAIF		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	2	0.19	8	0.85	.	.	10	1.04
<200	3	0.28	25	2.36	.	.	28	2.64
200-350	3	0.28	64	6.04	1	0.09	68	6.42
350-500	1	0.09	90	8.49	1	0.09	92	8.68
>500	4	0.38	853	80.47	4	0.38	861	81.23
Total général	13	1.23	1040	98.21	6	0.57	1059	100.00

80,5% des patients traités ont des CD4> 500 et 89% ont plus de 350 C4, ce qui les placent à distance des risques de SIDA.

TRAITEMENT ILE DE LA REUNION 2022

Distribution des CD4 à l'initiation du premier traitement antirétroviral

	Effectif	%
NR	9	19.15
<200	7	14.89
200-350	12	25.53
350-500	4	8.51
>500	15	31.91
Total général	47	100.00

Environ 15% des patients sont dépistés tardivement à moins de 200 CD4. Ce pourcentage est en diminution constante depuis quelques années (16,5% l'an dernier, 20% en 2019)

Effectifs et parts respectives des principales associations d'antirétroviraux

SCHEMA_DERNIER_EVT	NBRE	%
2N+1II	662	62,87%
2N+1NN	184	17,47%
1N+1II	93	8,83%
1NN+1II	73	6,93%
1IPb	11	1,04%
2N+1IPb	8	0,76%
2N+1IPb+1II	6	0,57%
1IPb+1II	4	0,38%
1NN+1IPb	3	0,19%
1N+1NN+1II	2	0,19%
1NN+1IPb+1II	2	0,19%
1NN+1IPb+1II+1IE	1	0,09%
1N+1NN+1IPb+1II	1	0,09%
1NN+1II+1IE	1	0,09%
2N+1IP	1	0,09%
2N+1IE	1	0,09%
1N+1IPb+1II	1	0,09%
TOTAL	**1054**	**100,00%**

Évolution annuelle de la part respective des principales associations d'antirétroviraux

DERNIER_EVT	NBRE	%
Biktarvy	508	48,20%
Odefsey	157	14,90%
Genvoya	97	9,20%
Dovato	89	8,44%
Triumeq	50	4,74%
Juluca	43	4,08%
Delstrigo	12	1,14%
Cabotégravir (Vocabria) + Rilpivirine (Rekambys + Edurant)	27	2,56%
Darunavir (Prezista) + Ritonavir (Norvir)	14	1,33%
Pifeltro (Doravirine) + Tivicay	6	0,57%
Norvir + Prezista	5	0,47%
Eviplera	4	0,38%
Darunavir (Prezista) + Genvoya	5	0,47%
Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Norvir + Prezista	3	0,28%
Lamivudine (Epivir) + Tivicay	3	0,28%

Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Isentress	3	0,28%
Tivicay + Triumeq	2	0,19%
Atripla	3	0,28%
Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Tivicay	2	0,19%
Darunavir (Prezista) + Ritonavir (Norvir) + Tivicay	2	0,19%
Abacavir / Lamivudine (Kivexa) + Edurant	2	0,19%
Juluca + Ténofovir (Viread)	1	0,09%
Celsentri + Intelence + Norvir + Prezista + Tivicay	1	0,09%
Intelence + Isentress + Lamivudine (Epivir) + Norvir + Prezista	1	0,09%
Kivexa + Viramune	1	0,09%
Kivexa + Norvir + Prezista	1	0,09%
Dovato + Pifeltro (Doravirine)	1	0,09%
Isentress + Truvada	1	0,09%
Dolutégravir (Tivicay) + Etravirine (Intelence) + Maraviroc (Celsentri)	1	0,09%
Darunavir (Prezista) + Edurant + Norvir + Tivicay	1	0,09%
Intelence + Isentress + Norvir + Prezista	1	0,09%
Celsentri + Truvada	1	0,09%
Abacavir / Lamivudine (Kivexa) + Névirapine (Viramune)	1	0,09%
Névirapine (Viramune) + Truvada	1	0,09%
Ténofovir (Viread) + Tivicay	1	0,09%
Abacavir (Ziagen) + Dolutégravir (Tivicay) + Lamivudine (Epivir)	1	0,09%
Abacavir / Lamivudine (Kivexa) + Intelence	1	0,09%
Edurant + Kivexa	1	0,09%
TOTAL	**1054**	100,00%

Effectifs des molécules antirétrovirales utilisées

		Effectif
NRTI	Truvada	13
NRTI	Kivexa	6
NRTI	Epivir	5
NRTI	Atripla	3
NRTI	Viread	2
NRTI	Ziagen	1
NRTI	Combivir	1

		Effectif
NRTI	Trizivir	0
NRTI	Retrovir	0
NRTI	Videx	0
NRTI	Emtriva	0
NRTI	Zerit	0
NNRTI	Intelence	7
NNRTI	Viramune	1
NNRTI	Sustiva	0
IP	Prezista	35
IP	Norvir	29
IP	Viracept	1
IP	Telzir	0
IP	Reyataz	0
IP	Aptivus	0
IP	Kaletra	0
IP	Invirase	0
IP	Crixivan	0
II	Isentress	7
IF	Fuzeon	0
IE	Celsentri	3

Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement par strates des derniers CD4

	Echec		Succès		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	.	.	5	0.54	5	0.54
<200	.	.	21	2.27	21	2.27
200-350	5	0.54	46	4.97	51	5.51
350-500	3	0.32	79	8.53	82	8.86
>500	12	1.30	755	81.53	767	82.83
Total général	20	2.16	906	97.84	926	100.00

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

	Effectif	%
Autres	61	36.31
Simplification	61	36.31
NR	21	12.50
Effets secondaires	20	11.90
Echec	3	1.79
Intensification	2	1.19
Total général	168	100.00

DECES

Évolution annuelle du nombre de décès connus

Nombre de décès	14

Age des patients décédés dans l'année

Age minimum	Age maximum
44.00	79.00

Diagnostics des décès connus survenus dans l'année

	Effectif	%
Décès de cause inconnue	2	16,66
Tumeur maligne du canal anal	1	8.33
Tumeur maligne du sinus piriforme	1	8.33
Cholangiocarcinome	1	8.33
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la prostate	1	8.33
Tumeur maligne de la langue, sans précision	1	8.33
Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision	1	8.33
Tumeur maligne de la moelle épinière	1	8.33
Carcinome hépatocellulaire	1	8.33
Tumeur de la prostate	1	8.33
Insuffisance respiratoire aiguë	1	8.33
Tumeur des os	1	8.33
Méningite à pneumocoques	1	8.33
Septicémie, sans précision	1	8.33
Total général	14	100.00

10 décès sont liés à des cancers.
2 décès sont liés à des infections bactériennes sévères (septicémie et méningite)
2 sont de cause inconnue (patients retrouvés décédés au domicile)

GROSSESSES

Grossesses concernées

Nombre de grossesses	4

Délai entre diagnostic VIH et accouchement < 9 mois

	Effectif	%
Dépistage pendant grossesse	1	100.00
Total général	1	100.00

RECOURS

Nombre de recours

Nombre de recours	2526

Répartition du nombre de recours par patient

Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
1.00	2.38	2.00	18.00

Répartition des recours selon CS, HDJ, HT

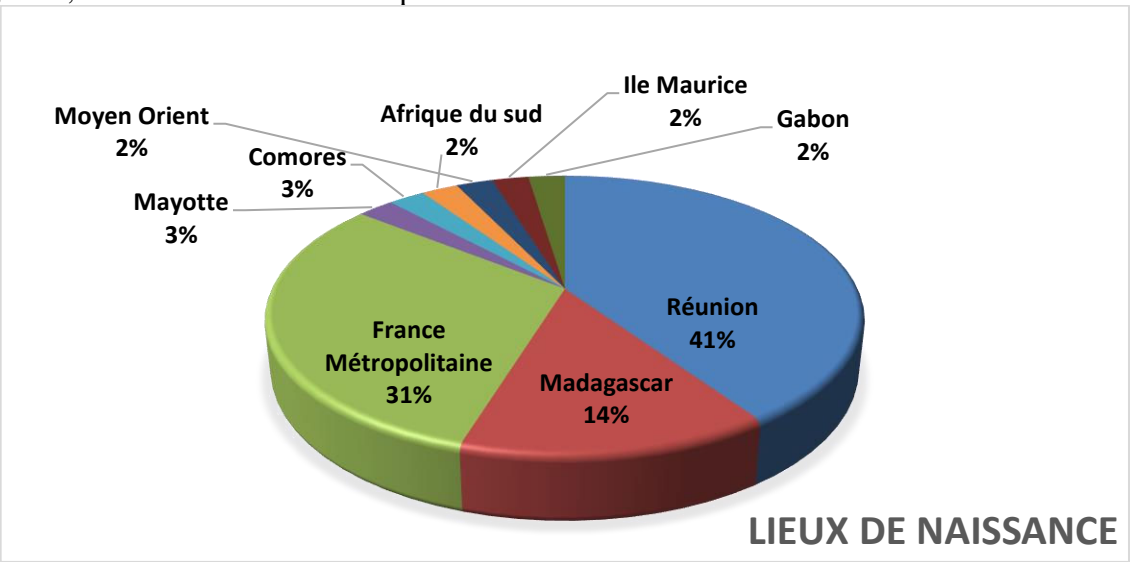
	Effectif	%
CS	2418	95.72
HC	40	1.58
HDJ	59	2.34
Téléconsultation	9	0.36
Total général	2526	100.00

NOUVEAUX PATIENTS SEROPOSITIFS, à l'Ile de la Réunion, en 2022

Lieux de naissance des patients dépistés en 2022

LIEU DE NAISSANCE	FEMMES	HOMMES		TOTAL
		Homo/bisexuels	Hommes hétérosexuels	
Réunion	3	10	4	17
France Métropolitaine	0	4	9	13
Madagascar	3	1	2	6
Afrique du Sud	0	0	1	1
Comores	1	0	0	1
GABON	0	1	0	1
Ile Maurice	0	0	1	1
Mayotte	1	0	0	1
Emirat d'Oman	0	1	0	1
TOTAL	8	17	17	42

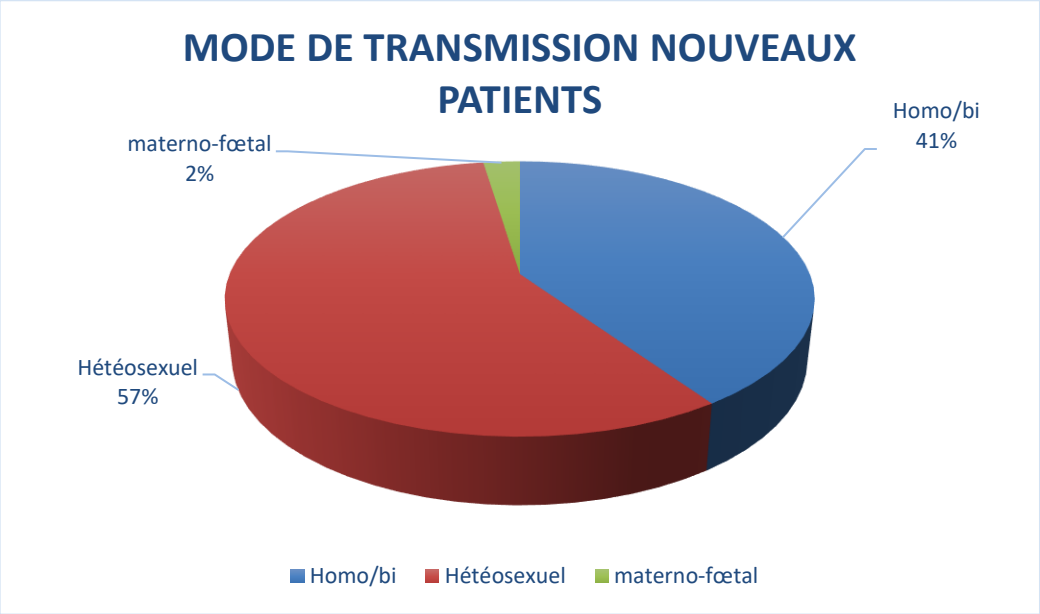
Les patients nouvellement infectés sont surtout originaires de la Réunion (31%), et sont français (74%= 30 patients).
Les autres patients se répartissent entre différents pays. Le seul pays qui se démarque est Madagascar, avec 14% des nouveaux patients.



Distribution du mode de contamination présumé des patients dépistés dans l'année

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	10	100.00	14	43.75	24	57.14
Homo/bisexuel	.	.	17	53.13	17	40.48
Materno-fœtale	.	.	1	3.13	1	2.38
Total général	10	100.00	32	100.00	42	100.00

Parmi les nouveaux patients, le nombre d'hommes contaminés est 3 fois plus élevé que le nombre de femmes.
Parmi ses hommes 41 % sont des homo-bisexuels.



L'enfant de 6 ans a été dépisté en 2022 sur découverte de la séropositivité de la maman, contaminée à l'Ile de la Réunion.

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

	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	10	23.81	22.00	44.40	43.00	77.00
H	32	76.19	6.00	42.19	41.00	69.00
Global	42	100.00	6.00	42.71	42.00	77.00

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

		Effectif	%
VIH1	B	13	30.95
	CRF02_AG	9	21.43
	C	6	14.29
	A	5	11.90
	Non B mais non typable	2	4.76
	CRF01_AE	2	4.76
	NR	1	2.38
	G	1	2.38
	Non déterminé	3	7.14
Total général		42	100.00

Médiane des CD4 au dépistage pour les patients dépistés dans l'année

	Effectif	%	CD4 médian
NR	3	7.14	.
<200	9	21.43	26.90
200-350	13	30.95	255.50
350-500	5	11.90	395.10
>500	12	28.57	646.85
Total général	42	100.00	298.50

9 patients ont été découverts à un stade tardif à moins de 200 CD4, soit 21,5%, dont 7 étaient au stade SIDA.

Répartition des nouveaux patients selon le stade SIDA et par strates de CD4 au moment du dépistage

	Non Sida		Sida		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	3	7.14	.	.	3	7.14
<200	2	4.76	7	16.67	9	21.43
200-350	12	28.57	1	2.38	13	30.95
350-500	5	11.90	.	.	5	11.90
>500	12	28.57	.	.	12	28.57
Total général	34	80.95	8	19.05	42	100.00

Distribution des infections opportunistes détectées durant l'année parmi les nouveaux dépistés

IO	Effectif
Candidose œsophagienne	3
Pneumopathie a pneumocystis carinii	1
Rétinite à CMV	1
Toxoplasmose cérébrale	1
Syndrome cachectique	2
Kaposi cutané	1
SIDA avéré sans précision	1

Distribution de la dernière valeur des CD4 et du statut thérapeutique des patients dépistés dans l'année

	ARRET		NAIF		TRT		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
NR	.	.	.	.	1	2.38	1	2.38
<200	.	.	.	.	5	11.90	5	11.90
200-350	1	2.38	1	2.38	6	14.29	8	19.05
350-500	.	.	1	2.38	7	16.67	8	19.05
>500	.	.	1	2.38	19	45.24	20	47.62
Total général	1	2.38	3	7.14	38	90.48	42	100.00

Nombre des patients nouvellement dépistés décédés durant l'année

Effectif
3

Les 3 patients nouvellement dépistés décédés sont deux hommes suivis au CHU Sud, l'un décédé d'un mélanome et l'autre d'une cachexie liée au SIDA et l'autre au CHU nord décédé d'une méningite à cryptocoques.

NOUVEAUX CAS DE SIDA EN 2022

Distribution des nouveaux cas de SIDA selon le mode de contamination

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	6	100.00	2	28.57	8	61.54
Homo/bisexuel	.	.	4	57.14	4	30.77
IVDU	.	.	1	14.29	1	7.69
Total général	6	100.00	7	100.00	13	100.00

Distribution par âge et par sexe des nouveaux cas de SIDA.

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
30-39	2	33.33	1	14.29	3	23.08
40-49	2	33.33	.	.	2	15.38
50-59	2	33.33	5	71.43	7	53.85
60-69	.	.	1	14.29	1	7.69
Total général	6	100.00	7	100.00	13	100.00

Age des nouveaux cas de SIDA

	Effectif	Age minimum	Age moyen	Age médian	Age maximum
F	6	33.00	43.67	43.50	53.00
H	7	34.00	52.71	56.00	62.00
Total général	13	33.00	48.54	51.00	62.00

Durée de séropositivité des nouveaux cas de SIDA ;

	Effectif	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	6	0.00	8.00	7.00	18.00
H	7	0.00	5.43	0.00	33.00
Total général	13	0.00	6.62	0.00	33.00

Taux de CD4 au diagnostic chez les nouveaux cas de SIDA

	Effectif	%
NR	6	46.15
<200	5	38.46
>500	2	15.38
Total général	13	100.00

Nombre de décès parmi les nouveaux cas de SIDA

Nombre de personnes décédés	2

ACCIDENTS D'EXPOSITION en 2022 au CeGIDD Nord, CeGIDD Sud et CeGIDD Ouest.

Effectif et fréquence des personnes victimes d'AES selon leur sexe et le type d'AES

	CeGIDD NORD		CeGIDD SUD		CeGIDD OUEST		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
SEXUEL	220	70.51	38	34.86	23	85.18	281	70.92
PROFESSIONNEL	91	29.16	71	65.14	4.	14.81.	166	28,37
AUTRE	1.	0.32.	0		0.	0.	1	0,71
Total général	312	100.00	109	100.00	27	100.00	448	100,00

258 personnes ont consulté pour un AES sexuel (contre 333 l'an dernier), et 162 pour un AES professionnel (contre 162 l'an dernier également). Environ 70 % des personnes qui se présentent pour un AES, le font pour un AES sexuel, et 28% pour un AES professionnel.

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

	PPE		Pas de PPE		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
SEXUEL	119	95.96	162	51.57	281	70.92
PROFESSIONNEL	5	4.03	161	51.43	166	28.37
AUTRE	.	.	1	0.31	1	0.71
Total général	124	100.00	313	100.00	448	100.00

Environ 48% des personnes ayant eu un AES sexuel ont eu un TPE, contre 1,8% (2 personnes sur 162) des personnes ayant eu un AES professionnel. Cette proportion est à peu près la même que l'an dernier.

PREP 2022 au CeGIDD Nord, CeGIDD Sud et CeGIDD Ouest.

PREP	2021				2022			
	CeGIDD NORD	CeGIDD SUD	CEGIDD OUEST	**TOTAL 2021**	CeGIDD NORD	CeGIDD SUD	CEGIDD OUEST	**TOTAL 2022**
Nombre de consultations Prep	380	120	256	**756**	349	98	236	**683**
Nombre de patients suivis	124	50	70	**244**	182	39	107	**328**
Nombre de patients traités	94	45	69	**208**	90	38	103	**231**

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La COREVIH OI a pratiquement retrouvé son activité normale en 2022. L'ensemble des commissions, des groupes de travail, et des réunions de COREVIH ont pu reprendre normalement. Les acteurs de la Réunion, travaillent en harmonie et se sont créés, avec d'autres acteurs, une identité propre appelée « Caress 974 ». A Mayotte, des progrès ont été faits dans les soins et le dépistage, mais le désir de faire bande à part de la plus grosse association est un vrai problème pour les autres acteurs et le bon fonctionnement du COREVIH OI.

Du point de vue des soins, les résultats des charges virales et des CD4 montrent l'importance des efforts effectués par les acteurs. Ceci s'explique par un travail bien rodé à la Réunion, avec une équipe pluridisciplinaire accueillante dans les deux sites à la Réunion. A Mayotte les difficultés sont liées à un problème beaucoup plus général à Mayotte, celui des migrations, mais une équipe très motivée et de plus en plus étoffée, arrive par sa détermination et son engagement à des résultats inespérés.

Du point de vue des dépistages, les formations aux TROD, effectuées dans les 2 îles, ont permis de multiplier les acteurs, et à Mayotte la décentralisation certains jours du CeGIDD, tant attendue depuis des années, a permis de détecter plus de cas positifs.

Du point de vue de la prévention, un renforcement des acteurs serait nécessaire pour atteindre les buts fixés. Il est dommage que la prévention soit encore le parent pauvre en santé, alors que son coût est beaucoup moins élevé que celui du soin. Elle a besoin de plus d'acteurs, mieux payés dans les deux îles et de personnes correctement formées ; ce que ne facilite pas le turn over des acteurs liés au faible salaire. Un plaidoyer a été fait en ce sens auprès de l'ARS Réunion et une demande de formation à la prévention en santé sexuelle a été effectuée auprès des deux ARS pour l'année 2023 par le COREVIH.

La COREVIH poursuivra son travail en 2023, jusqu'à la nomination d'une nouvelle COREVIH.

Nous espérons que cette année 2023 verra à nouveau deux semaines de campagnes de prévention de Caress 974, une sur les grossesses non désirées et une sur les IST. Nous souhaitons également que la formation citée plus haut puisse avoir lieu en 2023.

A la Réunion, la création d'une consultation dédiée au PVVIH à l'Ouest est une question qui se pose et qui devra être résolue avec les acteurs.

A Mayotte le contenu du colloque Mayotte en santé est aussi un problème à résoudre afin qu'il ne soit pas uniquement effectué avec des métropolitains et afin de savoir s'il s'agit d'un colloque régional ou purement scientifique.

Dans les deux îles, la promotion de la PreP, qui augmente régulièrement, devra être poursuivie.
Des missions de renforcement de capacités de la Réunion vers Mayotte devront probablement avoir lieu plus souvent.

OBJECTIFS ET ENGAGEMENTS 2023

- Co-organisation du XIXème colloque VIH/IST/HEPATITES/ADDICTIONS OI qui aurait lieu aux Seychelles

- Travail avec la CIRE et l'ARS pour le relevé épidémiologique des dépistages effectués en ville et le circuit patient à partir des laboratoires de ville à la Réunion

- Coordination de la semaine de la promotion de la santé sexuelle : action de communication, de prévention, de dépistages…dans les deux îles

- Effectuer une formation sur la prévention combinée et au counseling PrEP pour l'ensemble des acteurs associatifs sur Mayotte et La Réunion

- Finalisation du protocole AES : prise en charge et circuit de soins Réunion/Mayotte

- Réalisation d'un état de lieux à La Réunion concernant le chemsex auprès des HSH et sexualité et usage de substances psychoactives en population générale.

- Poursuite du travail sur la diffusion/communication de la Charte « pour une prise en charge bienveillante des personnes transgenres », travail sur l'organisation d'une journée transidentité

- Travail sur la refonte de la formation TROD VIH VHB VHC

- Formation labo sans ordo sur la partie IST lorsque le décret paraitra

- Participation au DU de Sidénologie de Maurice, portant sur VIH, IST, santé sexuelle et affective, hépatites, addiction afin de former 25 médecins travaillant dans le champ de la prise en charge des PVVOH à Maurice, en collaboration avec l'Université et le ministère de la santé Maurice.

- Participation au colloque santé à Mayotte ayant pour thème « population défavorisée » sur l'axe santé sexuelle et reproductive et recommandation pour le dépistage du VIH et des IST dans le contexte à Mayotte.

- Travail sur les nouvelles missions du COREVIH prévues pour 2023, réélection