

Rapport d'activité 2017

Le Trait d'Union Centre de soins de l'infection VIH

Hôpitaux Universitaires
Strasbourg



LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Vous êtes **Patient** | Vous êtes **Professionnel** | Vous êtes **Partenaire** | Vous êtes **Etudiant**

Notre offre de soins

Accédez aux fiches des services des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

- Liste des pôles
- Liste des services
- Liste des consultations

Rechercher dans les offres de soins (pôle, service, activité, praticien...)

Pôle associé

Spécialités Médicales - Ophtalmologie

Nous contacter

Le Trait d'Union
Centre de soins de l'infection par le VIH
Nouvel Hôpital Civil
Rez-de-chaussée, ascenseur C
Hôpital Civil
1 place de l'hôpital
67091 Strasbourg
Tél. : 03 69 55 05 01
fax : 03 69 55 17 14



Vous êtes ici Accueil > Liste des pôles > Spécialités Médicales - Ophtalmologie > Trait d'Union

Trait d'Union

Mis à jour le 9 août 2017 à 11:05 par admin

Les activités du Trait d'Union sont médicales, sociales et psychologiques dans le domaine de l'infection VIH, des co-infections VIH - virus des hépatites et comportent aussi des consultations d'éducation thérapeutique, ou de diététique.

Les expositions accidentelles aux VIH, virus des hépatites, et/ou infections sexuellement transmissibles sont également prises en charge au sein de l'unité.

Les consultations du site sont totalement anonymes et ne feront que l'objet d'un simple comptage d'activité.

Retrouvez plus d'information sur le site dédié : <http://www.docvadis.fr/medicale-a/index.html>



L'équipe
du Trait d'Union
2017

Médecins

- Marie-Laure Batard
- Claudine Bernard-Henry
- Christine Cheneau
- Erik de Mautort
- Marialuisa Partisani
- Michèle Priester
- David Rey

Infirmières

- Sylvie Dontenville
- Béatrice Lindecker
- Idalina Paupart
- Mélanie Rovère

Sécrétaires

- Eliane Dubuc
- Martine Heinrich
- Cindy Zobel

Psychologues

- Isabelle Galland
- Françoise Kauffmann

Assistantes sociales

- Josette Bahouka
- Valérie Laurent

Technicienne d'Etudes Cliniques / ARC

- Patricia Fischer

I. EDITORIAL.....	5
II. PATIENTS INFECTES PAR LE VIH	6
A. Introduction	6
B. Caractéristiques globales de la file active	6
C. Stade Clinique.....	9
D. Situation immuno-virologique	10
E. Virologie.....	11
F. Comorbidités.....	12
G. Co-infections hépatites virales	14
H. Nouveaux cas de SIDA.....	15
I. Décès	16
J. Nouveaux dépistés (dans l'année)	16
K. Traitements antirétroviraux	18
1. <i>Proportion de patients traités.....</i>	<i>18</i>
2. <i>Schémas thérapeutiques prescrits</i>	<i>19</i>
3. <i>Succès virologique</i>	<i>23</i>
L. RCP	24
M. Grossesses.....	24
III. CONSULTATIONS AES	25
A. Activité globale.....	25
B. AES du personnel de santé.....	27
C. Expositions sexuelles	27
D. Autres expositions	28
E. Sérologies initiales de la personne exposée.....	28
F. Sérologies de la personne source.....	28
G. Suivi sérologique des personnes exposées	29
H. Traitement post-exposition (TPE).....	29
1. <i>Fréquence</i>	<i>29</i>
2. <i>Professionnels de santé.....</i>	<i>30</i>
3. <i>Expositions sexuelles.....</i>	<i>31</i>
4. <i>Expositions autres.....</i>	<i>31</i>
IV. APPELS TELEPHONIQUES AES.....	32
A. Activité globale.....	32
B. AES professionnels	32
C. AES sexuels.....	34
V. CONSULTATIONS PREP	36
A. Introduction	36
B. Bilan initial.....	36
C. Initiation Prep	37
D. Suivi	37
VI. ESAIS CLINIQUES, COHORTES ET ETUDES OBSERVATIONNELLES	40
VII. PUBLICATIONS	43
A. Congrès.....	43
B. Revues.....	46
VIII. DES – ENSEIGNEMENT – REUNIONS – GROUPES DE TRAVAIL - THESES.....	48
A. DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)	48
B. Enseignement - Formations	48
C. Réunions.....	49
1. <i>Réunions Bretzel.....</i>	<i>49</i>

2.	<i>RCP (Réunions de Concertation Pluri-Disciplinaire)</i>	49
D.	Groupes de travail	49
1.	<i>Groupe de travail AES des HUS</i>	49
2.	<i>Dat'AIDS</i>	49
3.	<i>COREVIH Alsace puis Grand Est</i>	49
4.	<i>SFLS</i>	49
5.	<i>Expertise</i>	50
E.	Thèse	50
IX.	ACTIVITE DES INFIRMIERES	51
X.	ACTIVITE DES PSYHOLOGUES	54

I. EDITORIAL

Voici, en livraison plus précoce que les années précédentes, la mouture 2017 du rapport d'activité du Trait d'Union. Rappelons la mutualisation en 2016 avec le Cegidd, la montée en puissance de ce dernier en 2017 (compte-tenu notamment de la fermeture du CIDDIST du Conseil Départemental), qui fournit son propre rapport d'activité. Nous présentons ici, comme à l'accoutumée, l'activité de l'UF Trait d'Union, centrée sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Quels en sont les principaux enseignements ?

Parmi la « file active » (près de 1300 patients) du service, on peut noter : qu'elle est toujours en augmentation, même si la pente diminue ; pourtant, et de manière constante, une cinquantaine de nouveaux dépistés s'ajoute chaque année ; la population vieillit (figure 2), ce qui n'est pas nouveau, mais est constant, et génère une augmentation des co-morbidités et des co-prescriptions médicamenteuses (tableaux 4 et 5); seuls 2% des patients suivis ne sont pas sous traitement ARV (antirétroviral), et 93% des personnes traitées sont en charge virale indétectable ; dans le choix des ARV, on observe toujours une augmentation de la part des anti-intégrases parmi le 3^{ème} agent, et une lente progression des associations dites allégées (en attendant la potentielle validation des traitements 4 jours sur 7 ...); enfin, des ARV ont été « génériques » récemment, ce qui a indéniablement un impact médico-économique.

Peu de nouveautés dans la prise en charge des AES, qui reste néanmoins une mission importante du service, comme en témoigne la ré-augmentation du nombre d'appels téléphoniques. Le TPE (traitement post-exposition) reste (trop ?) fréquent, le suivi, bien que simplifié, reste souvent incomplet, et la combinaison de première intention reste l'Eviplera, comme instauré fin 2016, conformément aux recommandations nationales.

Dans le domaine de la prévention, il convient de souligner l'augmentation des recours à la Prep (prophylaxie pré-exposition), qui se poursuit sur l'année 2018. Ceci génère une augmentation de l'activité de consultation, et des actes infirmiers ; il s'ensuit une augmentation de la prise en charge d'IST (infections sexuellement transmissibles) telles syphilis, infections (souvent asymptomatiques) à gonocoque et/ou chlamydia, plus fréquentes dans ce contexte de prises de risques sexuels. La problématique du « chemsex » doit être régulièrement abordée au cours de ces consultations, sachant que l'orientation et l'accompagnement sont difficiles.

L'activité de recherche reste riche et variée, avec la participation à des essais de l'ANRS majoritairement, et notamment au protocole Quatuor (évaluation, chez des patients en charge virale indétectable, de l'efficacité d'un traitement ARV pris 4 jours sur 7, par rapport au traitement poursuivi tous les jours). Les publications sont en adéquation avec cette activité de recherche clinique.

N'oublions pas le rôle de formation auprès des étudiants et stagiaires, assuré avec entrain et dynamisme par tous les membres de l'équipe.

L'activité des infirmières, et celle des psychologues, est centrée sur l'accompagnement des patients, de manière complémentaire. La mutualisation avec le Cegidd a nettement augmenté les actes infirmiers, et génère un besoin d'écoute, et de messages d'information et de prévention des risques ; les missions des Cegidd, les prises de risques par certains patients vivant avec le VIH, la Prep et la pratique du chemsex sont autant de situations qui nécessitent de développer la dimension « santé sexuelle » au Trait d'Union et au Cegidd, en projet ; les recommandations du CNS (Conseil National du SIDA) sur la Notification Formalisée au partenaire d'une personne ayant une IST alimenteront parallèlement les réflexions (<https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-notification-2018/>)

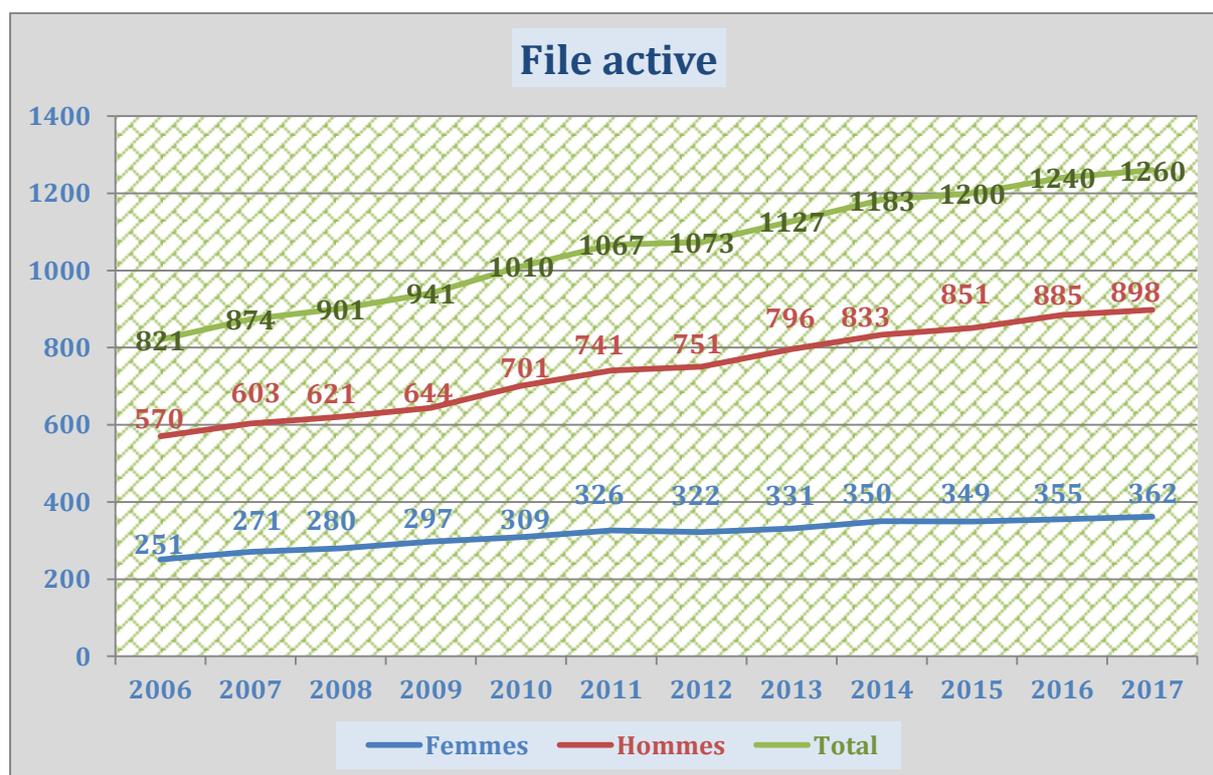
En attendant, nous vous souhaitons une bonne lecture.

II. PATIENTS INFECTES PAR LE VIH

A. Introduction

En 2017, le Trait d'Union a assuré le suivi de **1271** personnes infectées par le VIH. L'analyse présentée ici concerne **1260** patients, en raison du refus de 11 personnes d'informatiser leur dossier médical. La figure 1 présente l'évolution annuelle, à partir de 2006, de cette file active du service (1,6% d'augmentation en 2017).

Figure 1 : évolution dans le temps de la file active du trait d'Union



B. Caractéristiques globales de la file active

Les tableaux 1 à 3 et les figures 2 et 3 montrent les caractéristiques et l'évolution de la file active selon âge et sexe, ainsi que selon le mode de contamination. Le vieillissement de la population se poursuit, et la progression des contaminations chez les HSH reste la plus marquée.

Tableau 1 : file active globale (2017)

	Effectif	%
File active	1260	100
♦ Déjà suivis	1177	93,5%
♦ Nouveaux patients	83	6,5%
⇒ <i>Dont nouveaux dépistés</i>	52	4,1%
♦ Total SIDA	197	15,6%
⇒ <i>Dont nouveaux SIDA</i>	6	0,5%
♦ Décès	6	0,5%

Tableau 2 : répartition des patients selon âge et sexe (2017)

Ages	Femmes		Hommes		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
15-29 ans	24	6,6	68	7,6	92	7,3
30-39 ans	87	24	123	13,7	210	16,7
40-49 ans	118	32,6	263	29,3	381	30,3
50-59 ans	89	24,6	268	29,8	357	28,3
60-69 ans	38	10,5	140	15,6	178	14,1
70-79 ans	5	1,4	28	3,1	33	2,6
>80 ans	1	0,3	8	0,9	9	0,7
Total	362	100	898	100	1260	100

Figure 2 : évolution dans le temps de la pyramide des âges des patients suivis

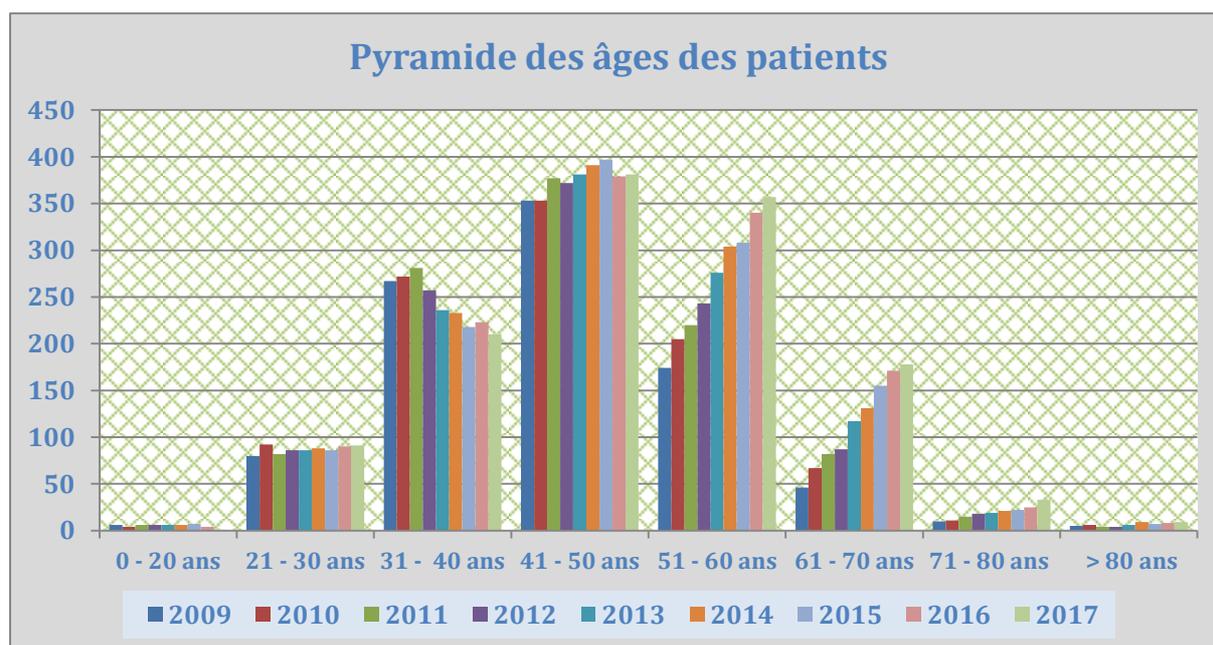
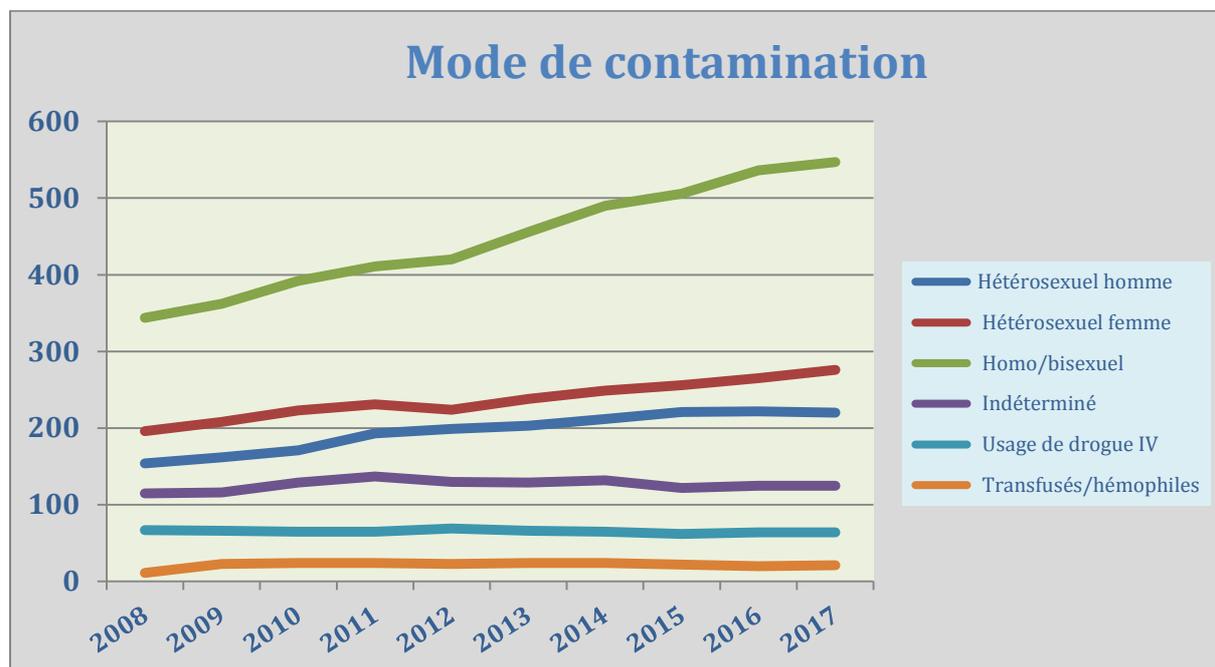


Tableau 3 : description des patients selon le mode de contamination et le sexe (2017)

Mode de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hétérosexuel	276	76,2	220	24,5	496	39,3
Homo/bisexuel	0		547	60,9	547	43,4
Inconnu	57	15,7	68	7,6	125	9,9
Toxicomanie iv	17	4,7	47	5,2	64	5,1
Transfusion	7	2	6	0,7	13	1
Hémophilie	0		8	0,9	8	0,6
AES	1	0,3	0		1	0,1
Materno-foetal	4	1,1	2	0,2	6	0,5
Total	362	100	898	100	1260	100

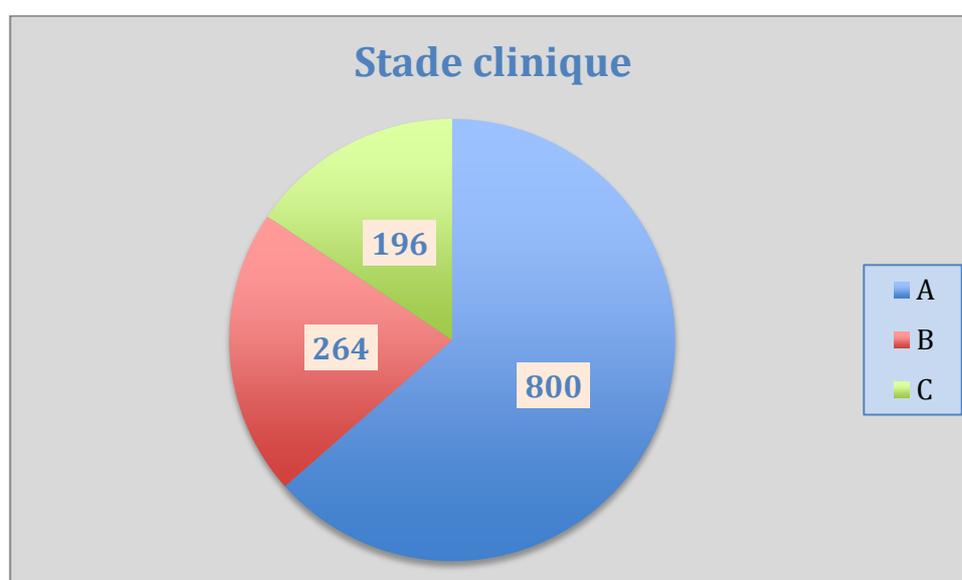
Figure 3 : mode de contamination selon l'année



C. Stade Clinique

Environ 2/3 des patients sont asymptomatiques sur le plan clinique (63,5%), et 15,5% sont au stade de SIDA (C). Il n'y a pas de changement significatif depuis plusieurs années (16% au stade C en 2010).

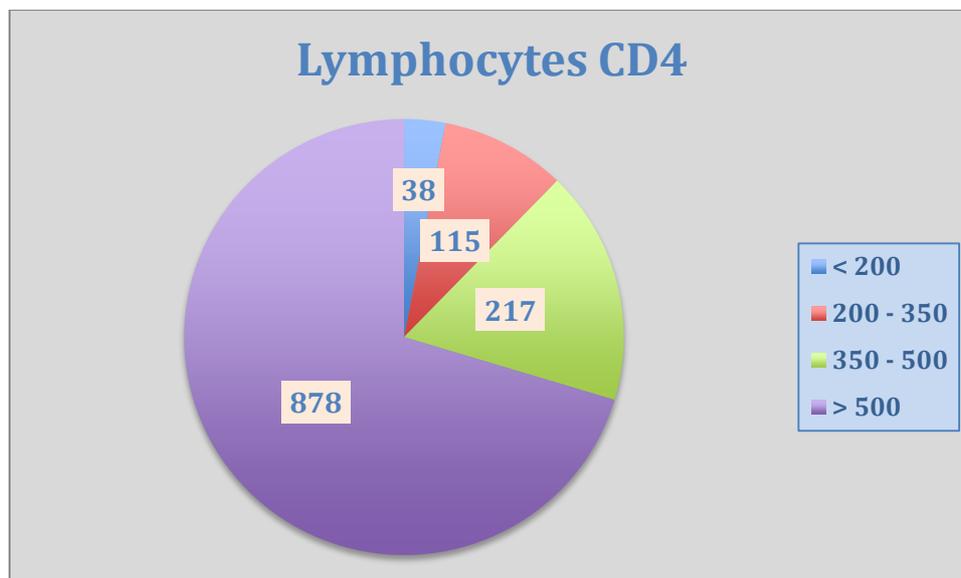
Figure 4 : stade clinique (classification CDC 1993) de la file active



D. Situation immuno-virologique

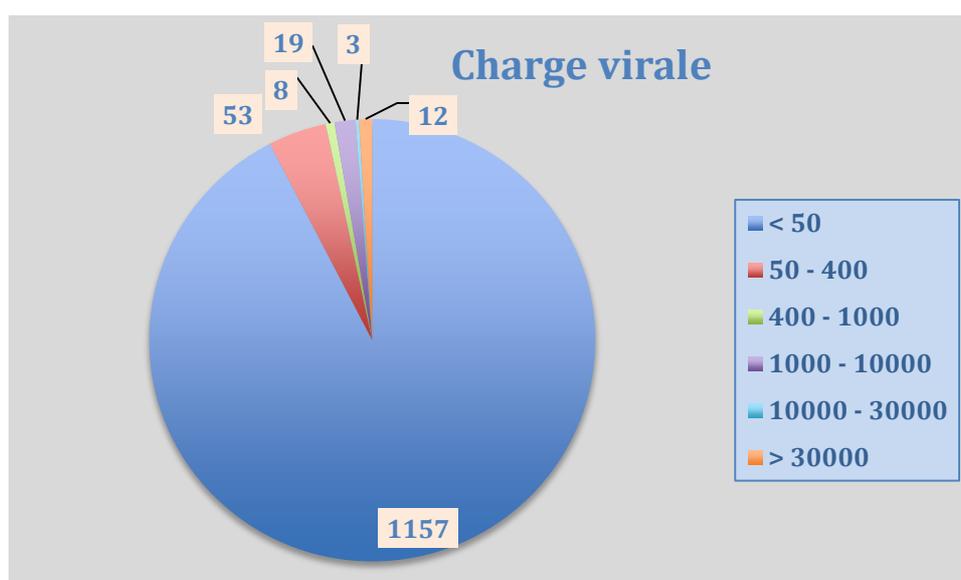
Un résultat de lymphocytes CD4 est disponible pour 1248 patients, seuls 3% ont un résultat $< 200/\text{mm}^3$, et 70% des patients ont des lymphocytes CD4 normaux en valeur absolue.

Figure 5 : répartition des lymphocytes CD4/ mm^3



Un résultat de charge virale est disponible pour 1252 patients (quel que soit le statut thérapeutique), dont 92,4% ont un résultat $<$ au seuil de détection (50 copies/ml).

Figure 6 : répartition des charges virales plasmatiques (copies/ml)



E. Virologie

Le sous-type B reste majoritaire : 63% des 713 patients pour lequel le typage est connu. Parmi les sous-types non B, le CRF02_AG reste nettement prédominant (45,5%).

Figure 7 : répartition des sous-types VIH-1

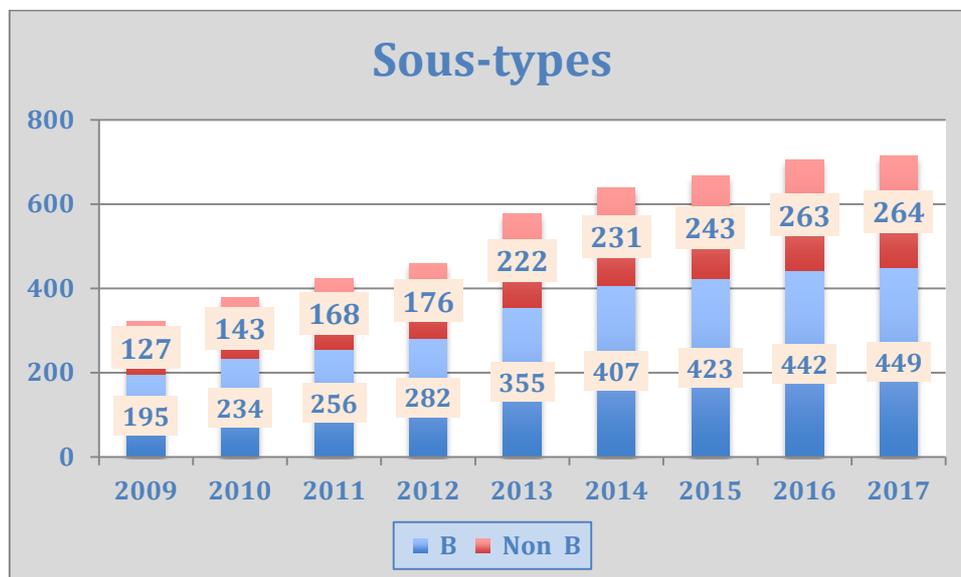
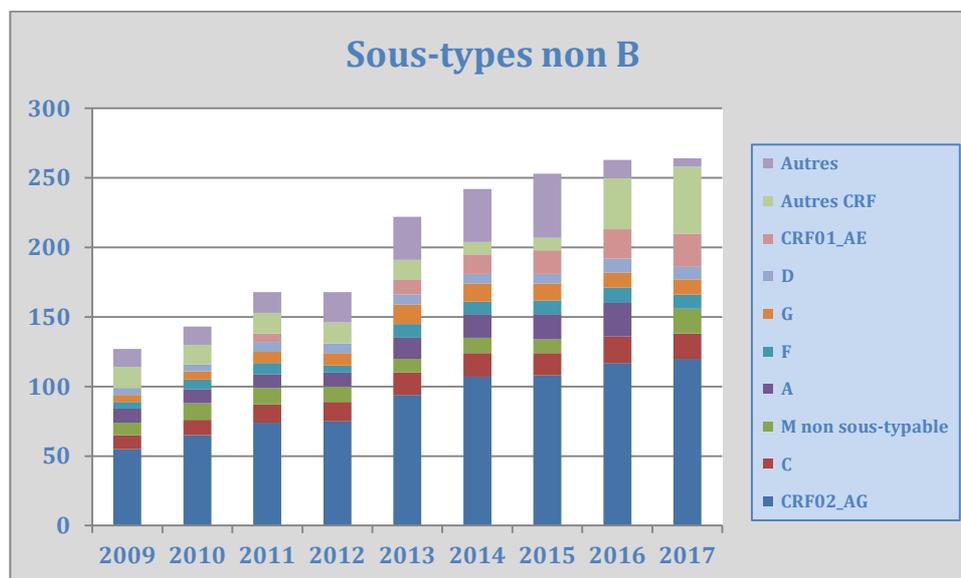


Figure 8 : répartition des sous-types non B



F. Comorbidités

Les tableaux suivants montrent la fréquence des co-morbidités, du tabagisme, et des traitements de ces co-morbidités. Le diabète et les pathologies cardio-vasculaires sont plus particulièrement en augmentation. Il n'y a pas de modification significative de la fréquence du tabagisme, qui reste élevée (38.2%).

Tableau 4 : fréquence des comorbidités dans le temps

Antécédents	2014		2015		2016		2017	
	N	% file active						
Diabète	77	6.5	80	6.7	88	7.1	89	7
HTA	203	17.2	211	17.6	212	17.1	225	17.8
Insuffisance rénale	41	3.5	41	3.4	44	3.5	47	3.7
Dyslipidémie	248	21	239	19.9	242	19.5	242	19.2
Pathologie cardiaque	97	8.2	99	8.2	144	11.6	151	12
AVC	24	2.1	25	2.1	25	2	30	2.4
Ostéoporose	31	2.6	29	2.4	29	2.3	34	2.7
Dépression	176	14.9	179	14.9	183	14.8	181	14.4
Cancer	93	7.9	96	8	105	8.5	109	8.6

Tableau 5 : fréquence des traitements de comorbidities

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anti-dépresseur	6.5 %	6.4 %	6.6 %	7.1%	6%	6.4%	5.5%
Anti-diabétique	3.8 %	4.3 %	5 %	5.2%	5.6%	5.8%	5.5%
Hypolipémiant	16.3 %	17.9 %	-	16.4%	15.9%	15.2%	14.4%
Anti-hypertenseur	18.6 %	19 %	18.8 %	19.3%	20.7%	20.7%	20.8%

Figure 9 : fréquence du tabagisme dans le temps

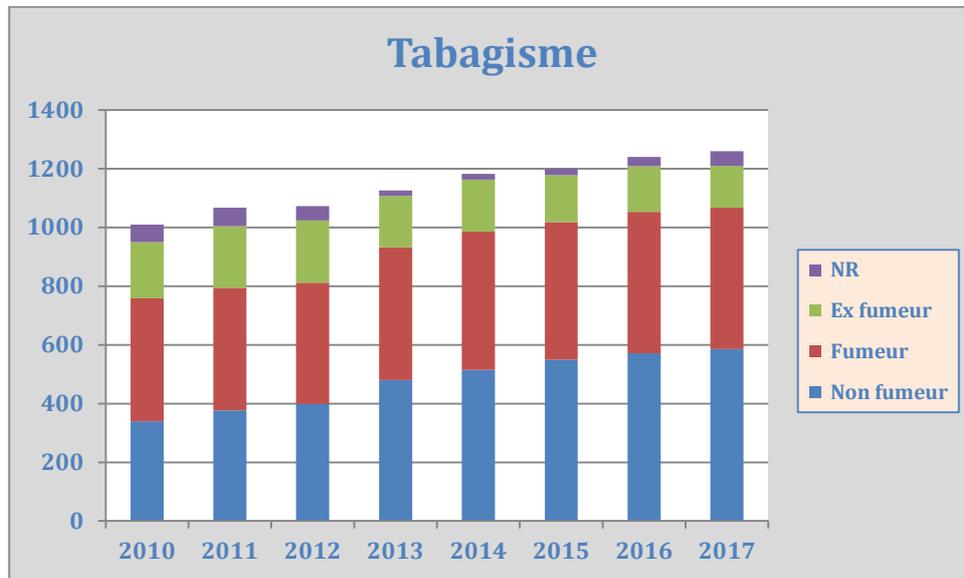
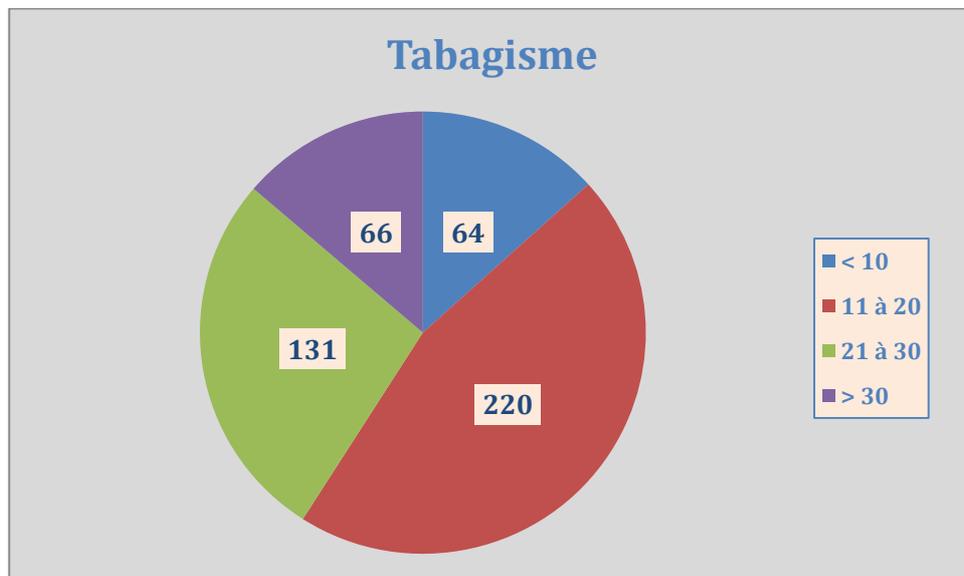


Figure 10 : intensité du tabagisme en 2017



G. Co-infections hépatites virales

222 patients sont co-infectés par le VHC (sérologie VHC positive), le VHB (Ag HBs positif), ou les 2, soit 17.6 % de la file active (figure 11). **Parmi les patients co-infectés VIH-VHC, seuls 18 (1.4 % de la file active) sont virémiques pour le VHC** ; le génotype 1 (figure 12) reste prédominant (38 %) ; 63 personnes ont été contaminées par usage de drogue iv (et 4 par usage nasal de drogue), 29 par rapport sexuel, 12 par transfusion.

Figure 11 : fréquence des co-infections hépatites virales

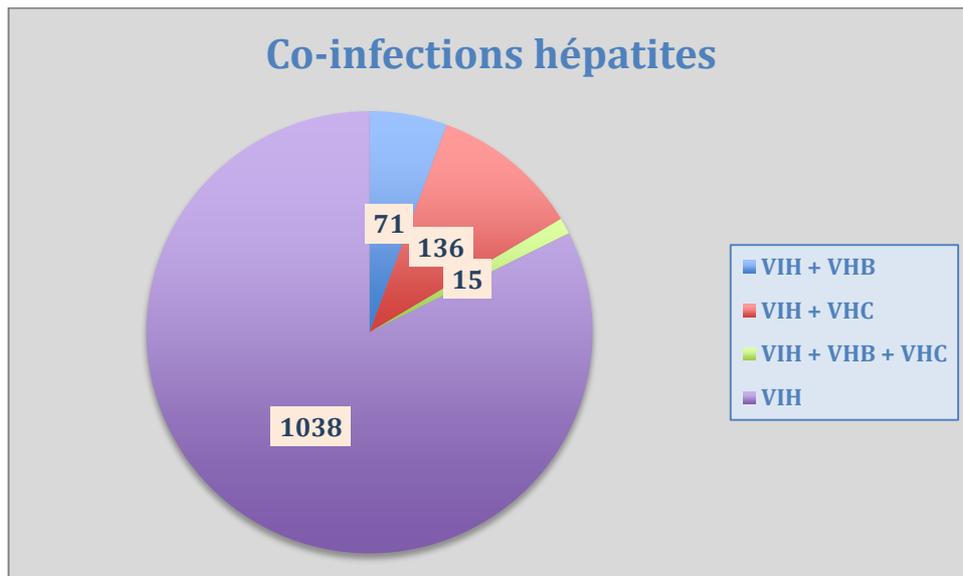
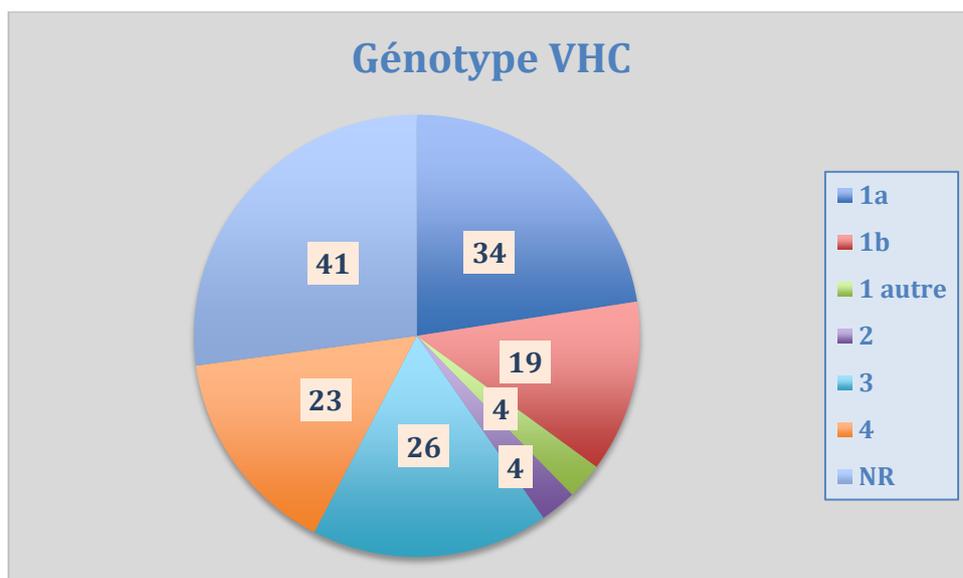


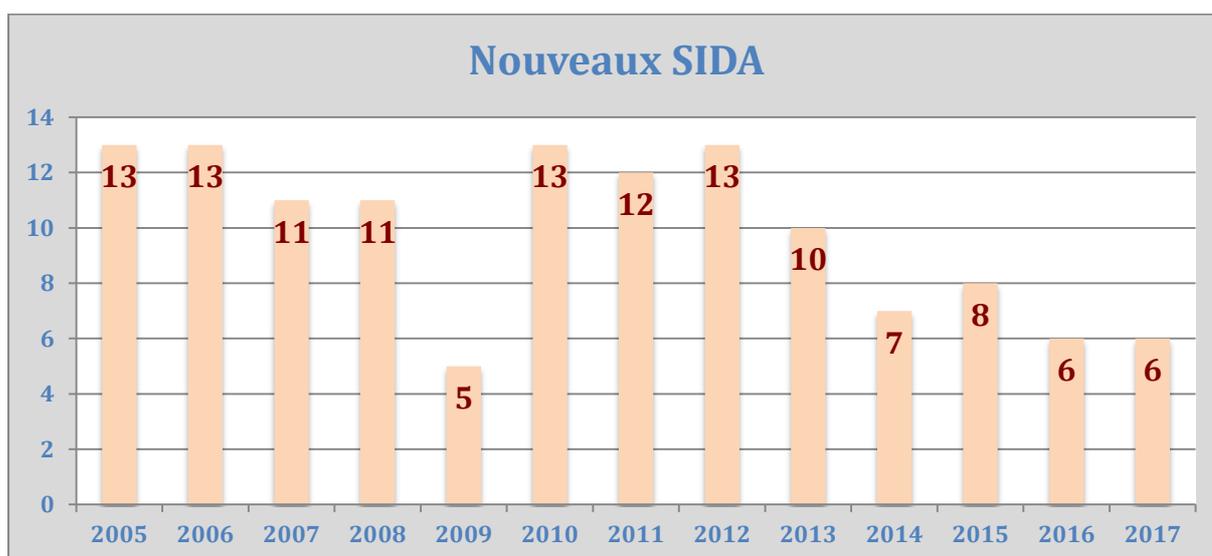
Figure 12 : génotypes VHC



H. Nouveaux cas de SIDA

En 2017, 6 hommes sont passés au stade C de la classification internationale des CDC. L'âge médian est de 56 ans (38 - 69 ans), le mode de contamination VIH est homosexuel masculin (3), hétérosexuel (1), toxicomanie iv (1) et inconnu (1).

Figure 13 : nouveaux cas de SIDA dans le temps



Les complications classantes sont :

- Cachexie : 1
- Lymphome malin non Hodgkinien : 1
- Cryptococcose neuro-méningée : 1
- Pneumocystose pulmonaire : 1
- Herpes oesophagien (passé de radiothérapie) : 1
- Kaposi bronco-pulmonaire avec candidose et toxoplasmose pulmonaire : 1

La médiane des lymphocytes CD4 au diagnostic de stade C est de 85/mm³ (4 - 395). 4 patients sont en échec virologique au diagnostic (dont 1 découverte de séropositivité), les 2 autres étant en succès virologique avec 285 (herpes oesophagien) et 395 (PCP) lymphocytes CD4/mm³.

I. Décès

6 patients (2 femmes, 4 hommes) sont décédés en 2017 des causes suivantes :

-  Accident vasculaire cérébral hémorragique,
-  Infarctus du myocarde,
-  Cancer bronchique,
-  Leucémie aiguë,
-  Cause indéterminée (décès brutal)
-  Complications infectieuses respiratoires sur altération de l'état général et démence.

Leur âge médian était de 61 ans (53 - 71 ans), la durée médiane de séropositivité connue était de 20 ans (3 - 32 ans). 3 d'entre eux étaient au stade C de la classification internationale des CDC, et tous étaient en CV indétectable.

J. Nouveaux dépistés (dans l'année)

En 2017, 52 patients dépistés dans l'année ont été pris en charge au service. Les tableaux suivants indiquent leur âge lors du dépistage, leur sexe et leur mode de contamination. La proportion d'HSH est plus basse que l'année précédente. Un seul patient est au stade C lors du dépistage (lymphome malin non Hodgkinien).

Tableau 6 : âge des nouveaux dépistés

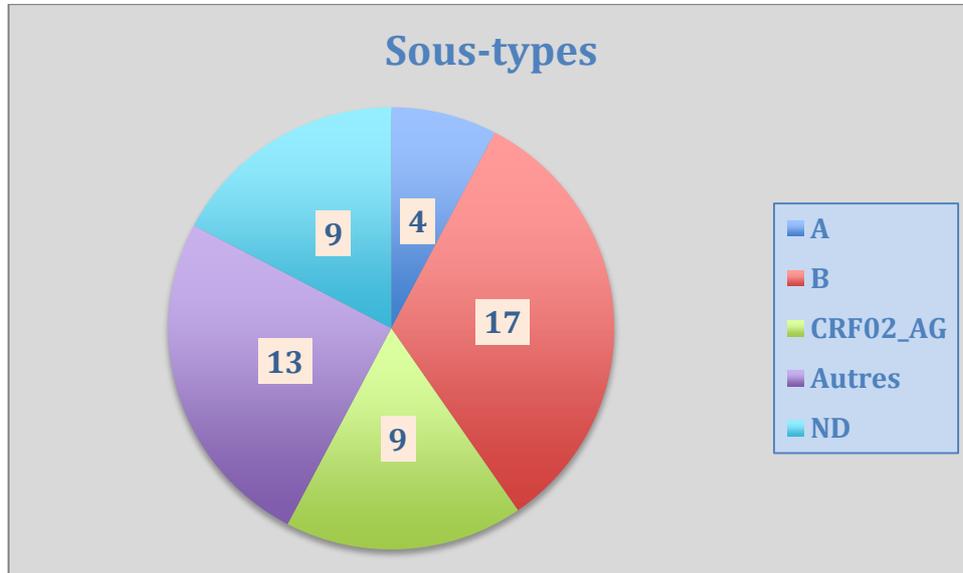
	Effectif	Age médian
Hommes	37	32 ans (20 - 78)
Femmes	15	35 ans (25 - 57)
Total	52	33 ans (20 - 78)

Tableau 7 : mode de contamination des nouveaux dépistés

	Femmes	Hommes	Total
Hétérosexuel	15 (100%)	10 (26%)	25 (48%)
Homo/bisexuel		24 (65%)	24 (46%)
Inconnu		3 (9%)	3 (6%)
Total	15 (100%)	37 (100%)	52 (100%)

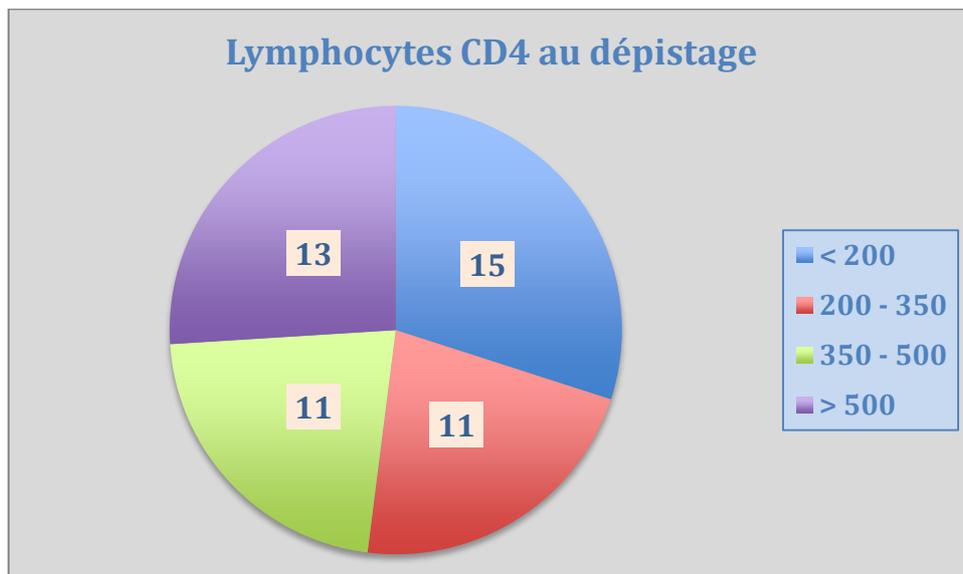
Le sous-type du VIH-1 chez ces personnes récemment dépistées est majoritairement B (17/52 soit 32.7%), mais la proportion est plus faible que sur l'ensemble de la population.

Figure 14 : répartition des sous-types



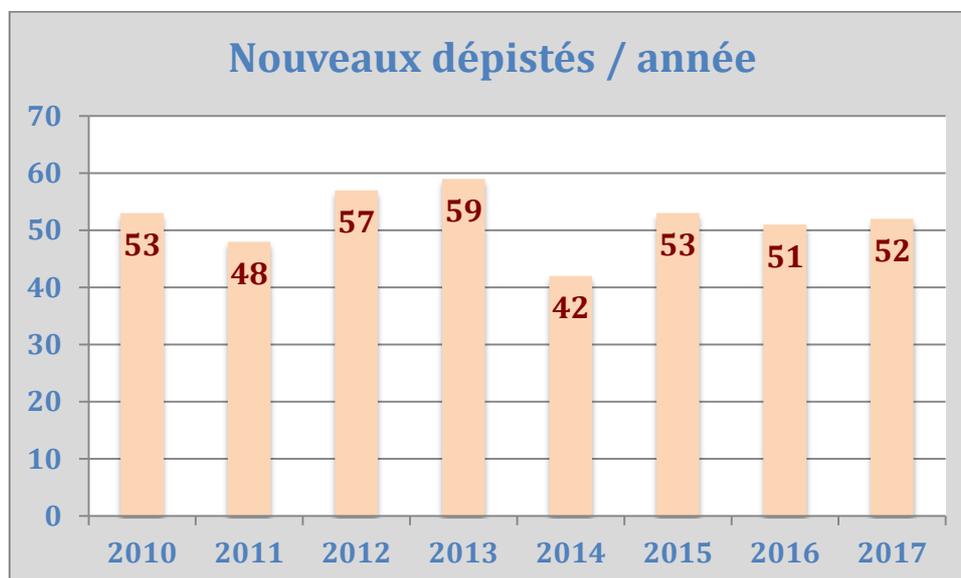
Les lymphocytes CD4 sont $< 350/\text{mm}^3$ au dépistage chez 26/50 patients, soit 52% et $< 200/\text{mm}^3$ dans 30% des cas !

Figure 15 : résultat des lymphocytes CD4 au dépistage



Le nombre de patients nouvellement dépistés et pris en charge au service reste remarquablement stable dans le temps (51,8).

Figure 16 : nombre de nouveaux dépistés chaque année depuis 2010

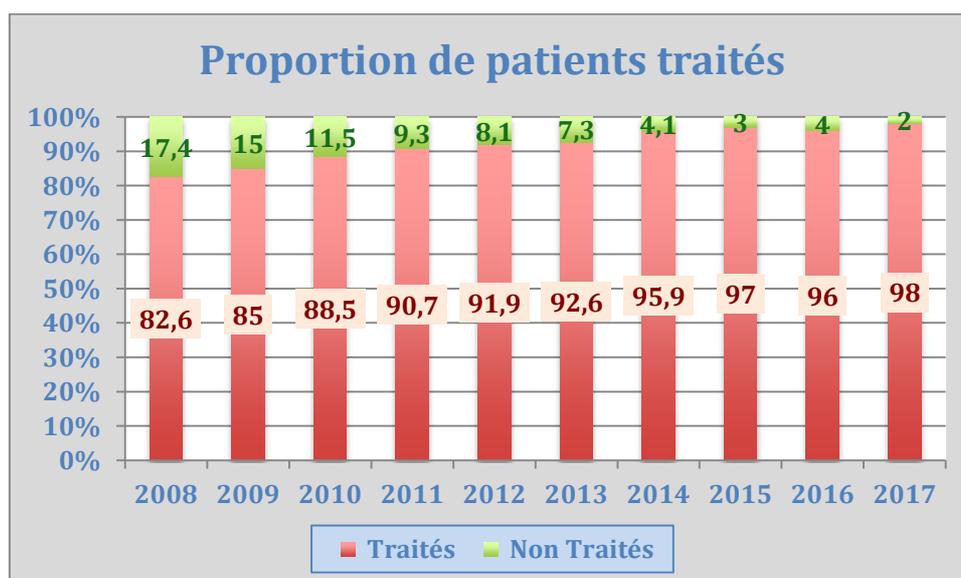


K. Traitements antirétroviraux

1. Proportion de patients traités

Elle augmente régulièrement jusqu'en 2015, seuls 2% des patients ne sont pas sous ARV en 2017.

Figure 17 : évolution dans le temps de la proportion de patients sous ARV



2. Schémas thérapeutiques prescrits

La majorité des patients est sous traitement associant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un 3^{ème} agent (78.8%), mais en lente diminution (82,4% en 2016). Le 3^{ème} agent :

- ☛ reste le plus souvent un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (**32,4%**), mais en diminution depuis 2014 ;
- ☛ l'utilisation d'un inhibiteur de protéase boosté (**10,7%**), après une régulière diminution, s'est stabilisée en 2016, pour baisser à nouveau en 2017.
- ☛ enfin celle d'un inhibiteur d'intégrase augmente régulièrement (**35.7%** en rassemblant II boosté ou non).

Ceci est illustré par le tableau 8 (les associations prescrites dans moins de 2% des cas ne figurent pas, afin de simplifier le tableau), et les figures 18 et 19.

Certaines bithérapies (instaurées en situation de contrôle virologique) sont progressivement en augmentation (1NN + 1II, surtout dolutégravir et rilpivirine, ou 1N + 1II, comme dolutégravir + lamivudine le plus souvent). **En 2017 (tableau 9), ¼ des premiers traitements sont à base d'IP boosté, et 65% comportent un II boosté ou non en première ligne.**

Tableau 8 : évolution des schémas thérapeutiques dans le temps

Schéma thérapeutique actuel	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2N + 1NN	298	30,7	351	36,7	470	45	520	48	497	42,7	441	37	399	32,4
2N + 1II	102	10,5	96	10	99	9,5	141	13	284	24,4	297	24,8	341	27,7
2N + 1IPb	308	31,8	282	29,5	250	23,9	190	18	160	13,7	156	13	132	10,7
2N + 1IIb											70	5,9	99	8
1NN + 1II	14	1,4	16	1,7	22	2,1	30	2,8	41	3,5	51	4,3	62	5
1N + 1II									9	0,8	23	1,9	36	2,9

Figure 18 : évolution dans le temps des associations les plus prescrites

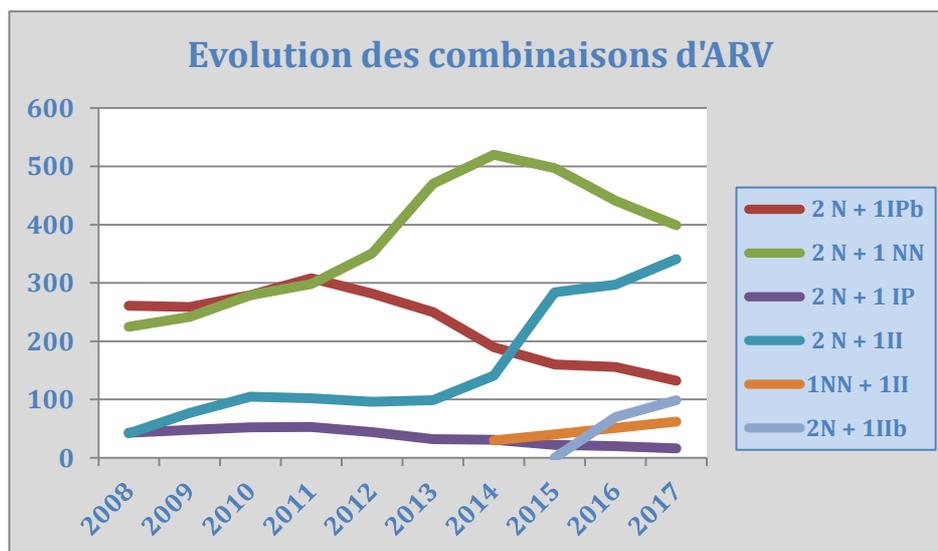
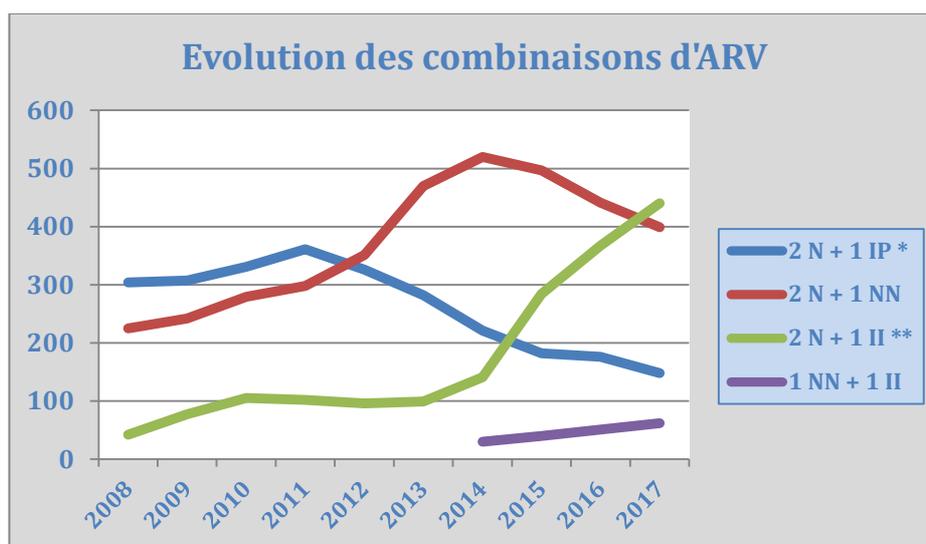


Figure 19 : évolution dans le temps des associations les plus prescrites (simplifiée)



* : IP boostée ou non

** : II boosté ou non

Tableau 9 : choix des premières lignes thérapeutiques

	2016	2017
2N + 1II	51.6%	50%
2N + 1IIb	12.5%	14.5%
2N + 1 IPb	25%	25.8%
2N + 1 NN	4.7%	6.5%
Autres	6.2%	3.2%

Les tableaux 10 et 11 et les figures 20 et 21 montrent les différentes molécules et/ou combinaisons ARV utilisées, avec leur évolution dans le temps. L'association d'INTI la plus prescrite reste Ténofovir/FTC, mais a légèrement diminué, au profit d'Abacavir/3TC. L'utilisation de TAF/FTC est apparue avec la commercialisation du Genvoya. Rilpivirine, Darunavir boosté, et Dolutégravir sont respectivement l'INNTI, l'IP et l'INI largement majoritaires.

Tableau 10 : molécules ARV prescrites

ARV	2015	2016	2017
INTI			
Ténofovir/emtricitabine	593	569	452
Abacavir/lamivudine	378	419	437
TAF/emtricitabine			95
Lamivudine	27	27	70
Ténofovir	22	22	22
Abacavir	14	13	13
Zidovudine/lamivudine	5	2	3
Emtricitabine	3	4	2
INNTI			
Rilpivirine	330	312	308
Névirapine	104	97	91
Efavirenz	109	91	80
Etravirine	42	41	32
IP			
Ritonavir	236	211	208
Darunavir	171	167	163
Atazanavir	83	77	66
Lopinavir	17	11	7
Fosamprenavir	3	2	1
Tipranavir	4	3	3
II			
Dolutégravir	220	325	395
Elvitégravir	51	70	112
Cobicistat	51	70	112
Raltégravir	131	112	96
IE			
Maraviroc	25	20	19

Tableau 11 : combinaisons d'ARV prescrites (> 2%)

Combinaisons ARV en cours	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Triumeq						95	195	232
Eviplera			86	202	266	263	239	219
Genvoya								95
Kivexa + r/Prézista	30	61	73	82	72	64	58	57
Truvada + r/Prézista	37	61	58	68	70	58	63	49
Edurant + Tivicay					14	26	34	46
Atripla	93	102	90	81	63	61	53	45
Truvada + Tivicay					23	37	36	39
Kivexa + Edurant				14	30	35	33	35
Kivexa + Viramune	49	50	49	53	56	53	43	35
Epivir + Tivicay								35

Figure 20 : évolution des prescriptions d'analogues nucléosidiques

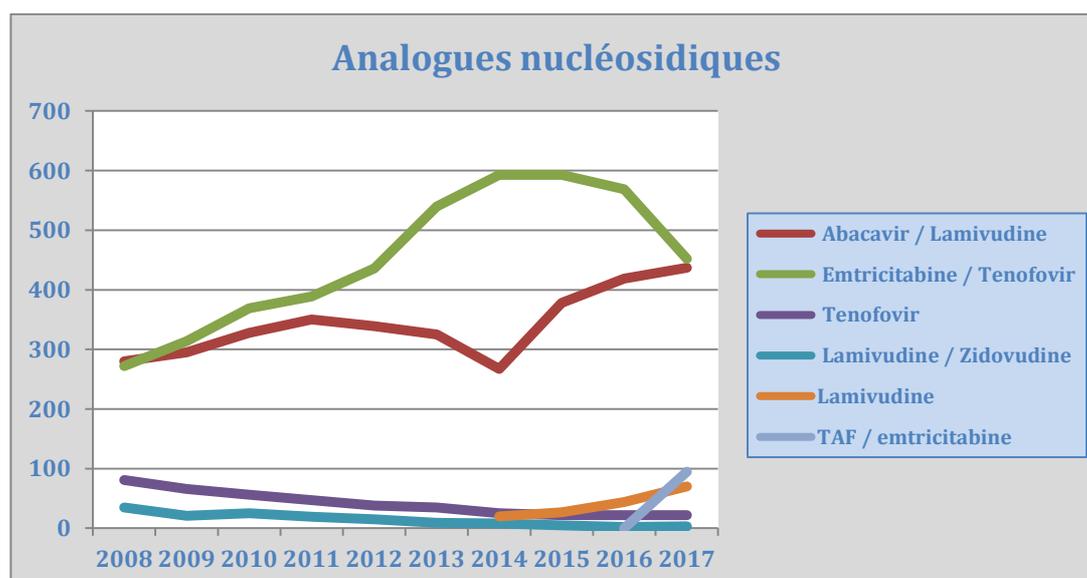
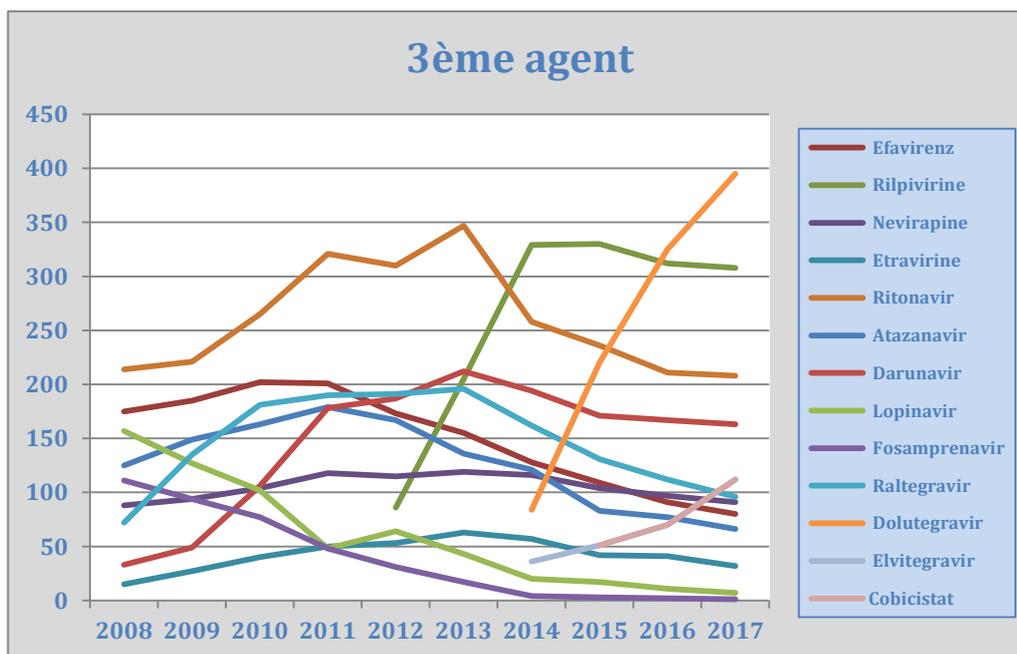


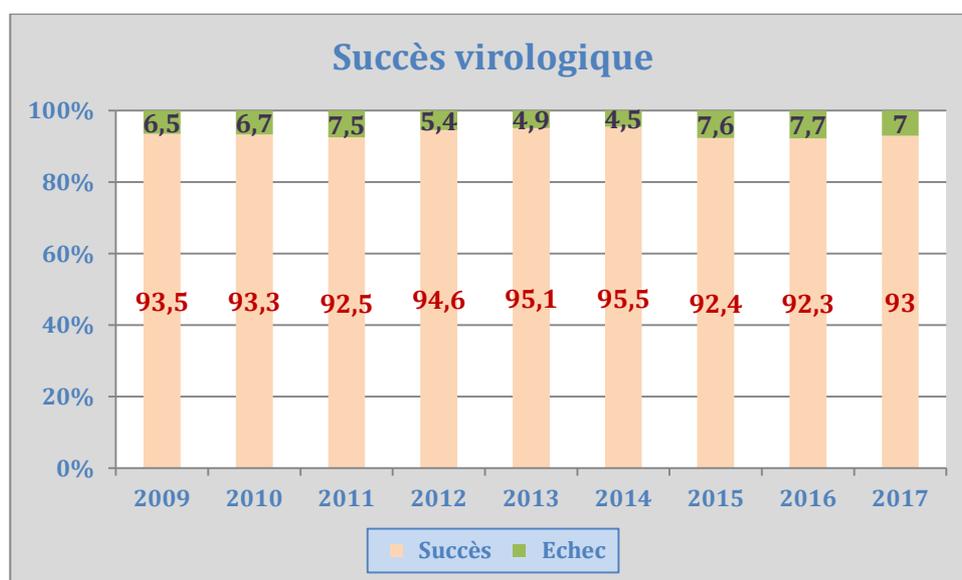
Figure 21 : évolution de la prescription du 3^{ème} agent ARV



3. Succès virologique

La majorité des patients **sous** traitement ARV est en succès virologique (charge virale < 40 copies/ml), en stabilité depuis 2015, après une petite baisse : **93%**.

Figure 22: proportion de patients en succès virologique



L. RCP

Le dossier de 59 patients (total de 64 fiches) a été présenté et discuté en RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire), lors de 6 réunions organisées en 2017, conjointement avec le Centre Hospitalier de Colmar, le Laboratoire de Virologie des HUS, et le Dr Patrice Muret, pharmacologue au CHU de Besançon.

M. Grossesses

Quinze femmes ont accouchées en 2017.

III. CONSULTATIONS AES

En 2017, le Trait d'Union a vu en consultation **223** personnes ayant eu un risque d'exposition au VIH, ou virus des hépatites B et/ou C, ou autres IST, dont **194** ont accepté l'informatisation de leur dossier médical. Nous présentons ici une synthèse de ces **194** expositions, à l'aide du logiciel NADIS.

A. Activité globale

Les figures suivantes présentent le type d'expositions prises en charge en 2017, leur évolution dans le temps depuis 2009, ainsi que l'évolution dans le temps du nombre de personnes vues et de consultations.

Figure 23 : types d'AES vus en 2017

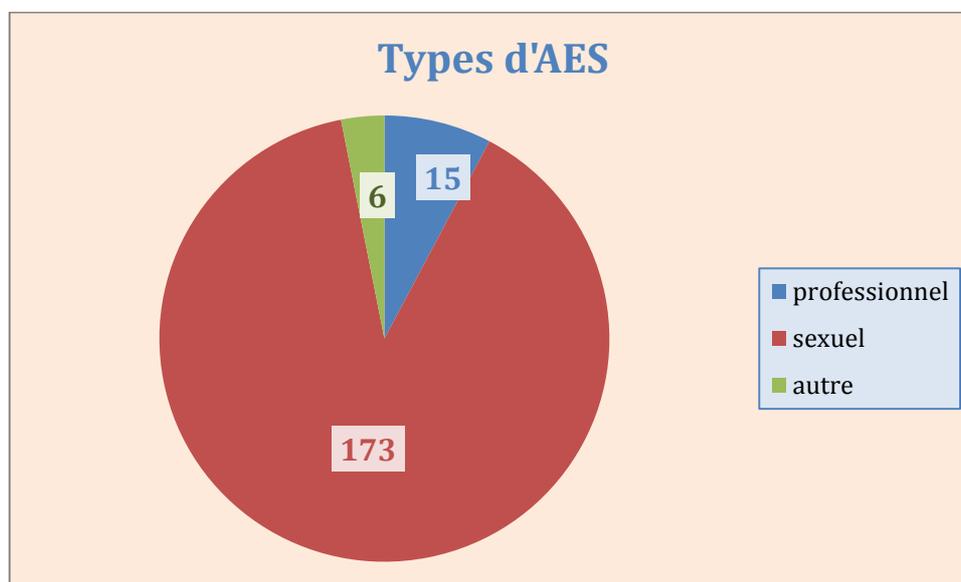


Figure 24 : évolution du nombre de patients et consultations AES

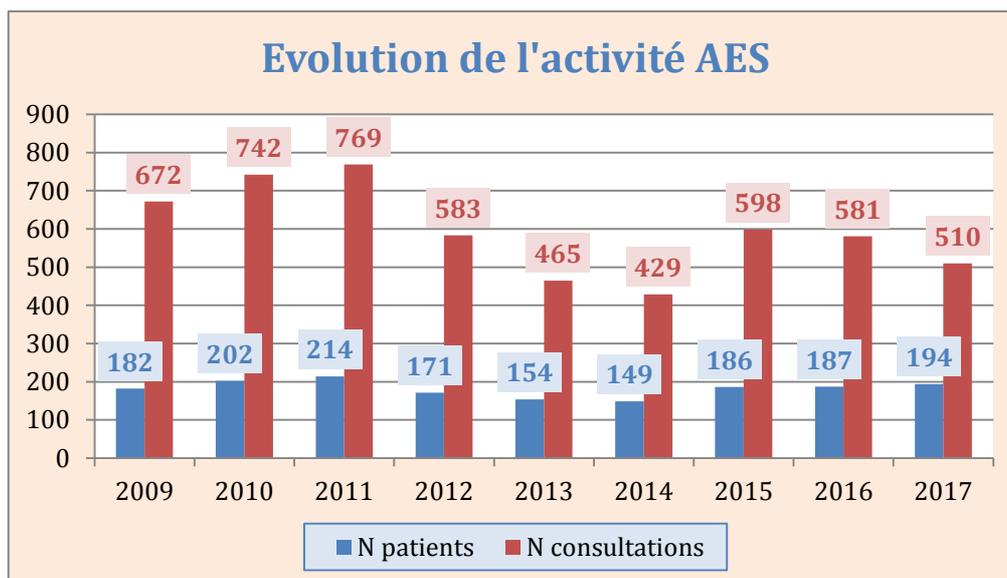
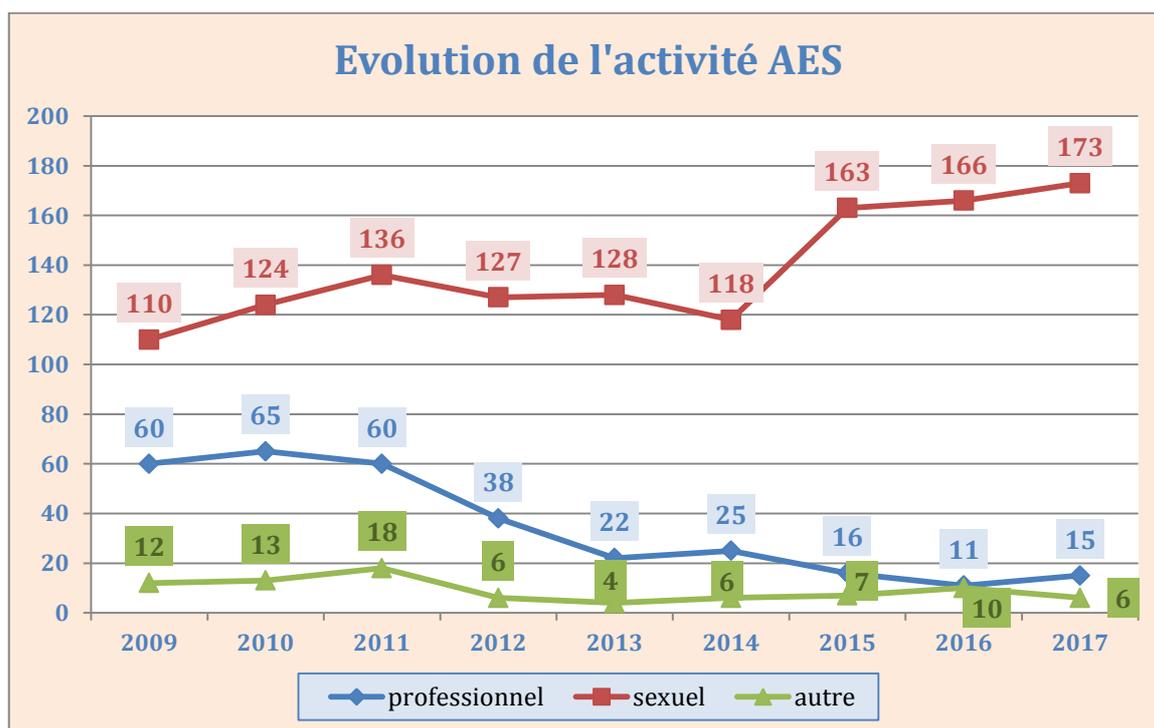


Figure 25 : évolution du type d'AES dans le temps



B. AES du personnel de santé

Les accidents d'exposition du personnel de santé sont principalement gérés par téléphone ; seuls 15 ont fait l'objet d'une consultation au service. Il s'agit de 3 infirmières, 3 agents hospitaliers, 4 « dentaires » (dentistes, ou étudiants ou assistants dentaires), d'un chirurgien, d'un biologiste et d'une laborantine (profession non renseignée pour les 2 derniers). Les expositions sont : 11 piqûres, 2 coupures et 2 projections cutanéomuqueuses.

C. Expositions sexuelles

173 personnes ont été vues après risque sexuel ; ce sont en majorité des hommes (79,2%), ayant un peu plus souvent eu un rapport homosexuel (57,6%), alors que c'était l'inverse les années précédentes. Globalement, le rapport sexuel n'était pas protégé dans 45% des cas. Pour 18 personnes, il s'agissait d'une agression sexuelle. Il s'agit d'un accident de préservatif dans 52,6% des cas.

Figure 26 : sexe des personnes vues pour risque sexuel, et orientation sexuelle

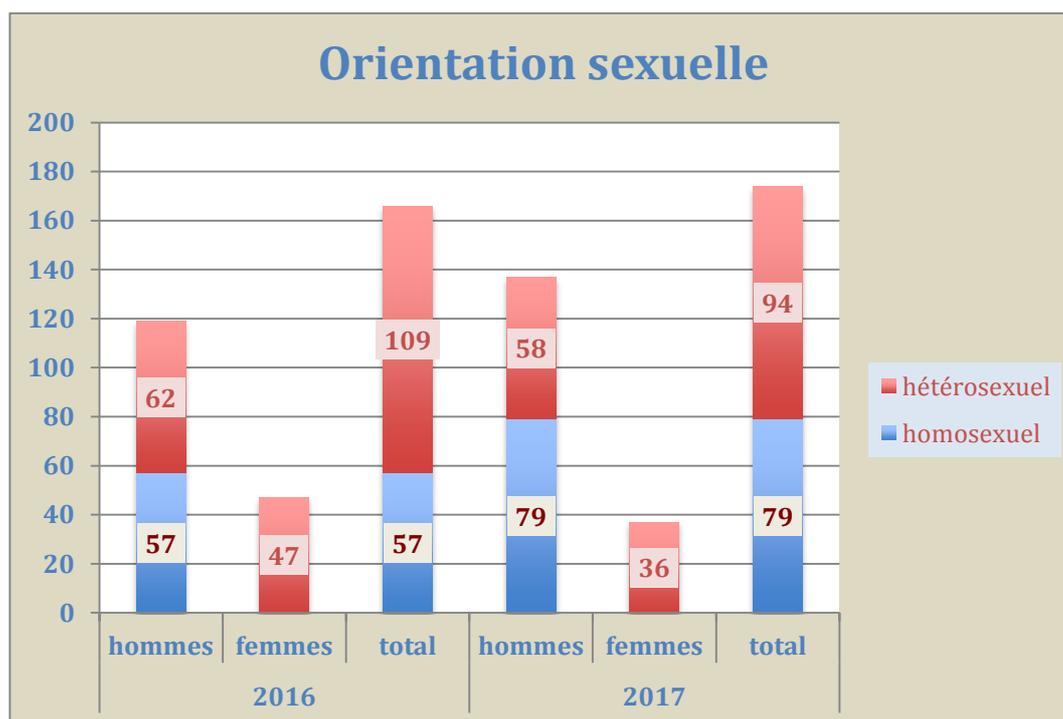
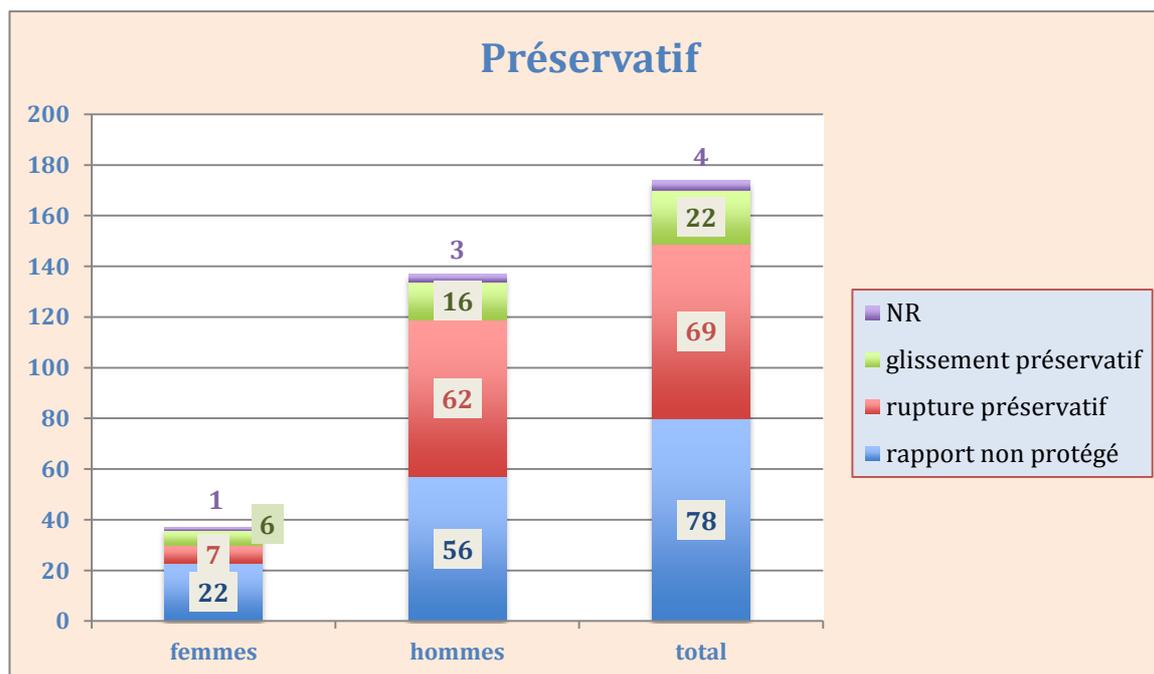


Figure 27 : type d'accident de préservatif



D. Autres expositions

Il s'agit de 3 femmes et 3 hommes, victimes de : griffures (2), piqures (3) dont 2 avec une aiguille abandonnée, et 1 coupure avec une lame de bistouri (chez un « non » professionnel de santé).

E. Sérologies initiales de la personne exposée

Un dépistage initial du VIH est disponible chez 178 personnes, dont l'une se révèle être infectée par le VIH, le résultat des 177 autres prélèvements étant négatif.

Une sérologie VHC initiale est douteuse, mais l'ARN est négatif ; 160 personnes ont 1 sérologie VHC initiale négative.

Un résultat initial d'Ag HBs revient positif, ce qui était connu ; 136 personnes ont 1 Ag HBs initial négatif.

Enfin, 135 sérologies initiales de syphilis sont négatives, aucune syphilis n'est dépistée à J0.

F. Sérologies de la personne source

Peu de sérologies VIH sont disponibles chez la personne source, au moment de l'exposition. Elle est positive connue chez 13 personnes ; aucune personne source n'est connue comme infectée VHB ou VHC.

G. Suivi sérologique des personnes exposées

Un tel suivi (pas forcément complet ...) est disponible chez :

- 112 personnes pour le VIH, les sérologies sont toutes négatives (57.7%)
- 76 personnes pour le VHC, également toutes négatives (39.2%)
- 42 personnes pour le VHB (20.6%), toutes négatives
- Et 106 personnes pour la syphilis (54.6%), sérologies (VDRL) aussi négatives.

H. Traitement post-exposition (TPE)

1. Fréquence

Le faible effectif de personnes vues après exposition au sang ne permet pas de tirer de conclusion quant à la fréquence du TPE (d'autant que les personnes vues sont probablement celles pour lesquelles un risque important a été identifié).

Par contre, un TPE reste très souvent initié après exposition sexuelle. Il y a peu de changement dans le temps.

Le TPE recommandé depuis fin 2016 est l'Eviplera. La prescription de Genvoya est en rapport avec la participation du service à un essai clinique multicentrique évaluant sa tolérance en TPE. Les autres associations d'ARV ayant pu être prescrites correspondent à quelques situations particulières : TPE instauré dans un autre centre, personne source infectée par le VIH avec des mutations de résistance aux ARV, ...

Figure 28 : fréquence du TPE selon le type d'AES

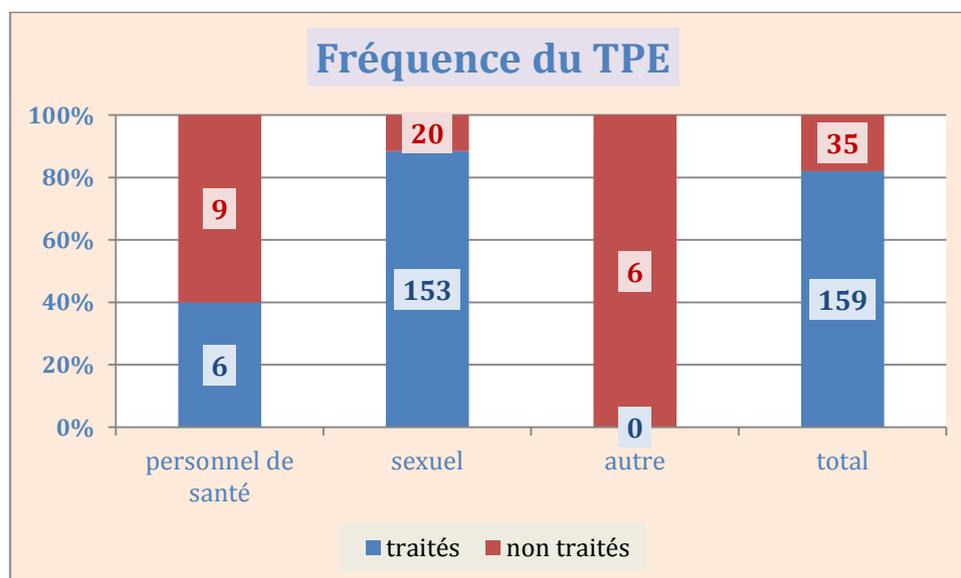
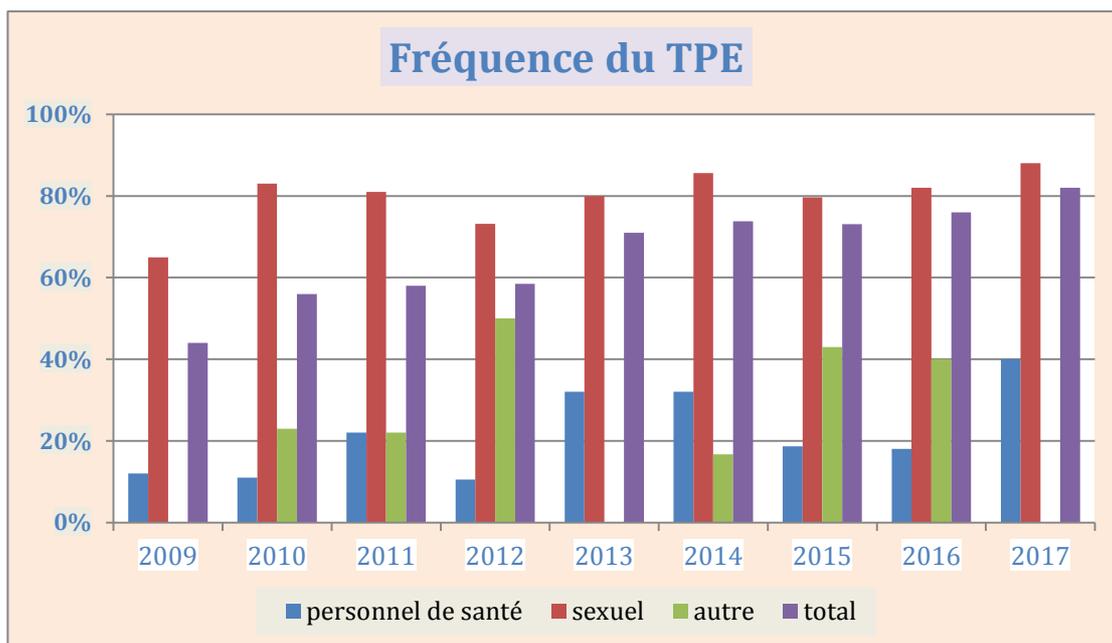


Figure 29 : fréquence du TPE selon l'exposition et l'année



2. Professionnels de santé

Un TPE est initié chez 6 d'entre eux (40%), 4 par Eviplera et 2 par Genvoya. Deux traitements sont interrompus après 3 jour (effets indésirables digestifs : 1, et traitement finalement non indiqué : 1) ; les 4 autres sont poursuivis durant 4 semaines.

3. Expositions sexuelles

Les traitements suivants ont été prescrits (chez 153 personnes, soit 88%) :

Traitement	N
Eviplera	127
Genvoya	12
Combivir + Viramune (4 jours) puis Combivir seul	4
Stribild	2
Truvada + Isentress	2
Truvada + Kaletra	1
Combivir + Kaletra	1
Truvada + Viramune durant 4 jours, puis Truvada seul	1
Truvada + Tivicay	1
Truvada + r/Prézista	1
Tivicay + r/Prézista	1

Les durées et issues de TPE sont les suivantes :

Issue et durée du TPE	N	Commentaires
4 semaines	88	
Inconnue (PDV)	46	
2 mois (erreur de prescription)	1	
Arrêt par décision du patient	3	Après 2-7 jours
Arrêt car risque très faible	11	Après 1-18 jours
Personne VIH+	1	
Effets secondaires	3 (digestifs : 1, ORL : 1)	Après 4-17 jours

4. Expositions autres

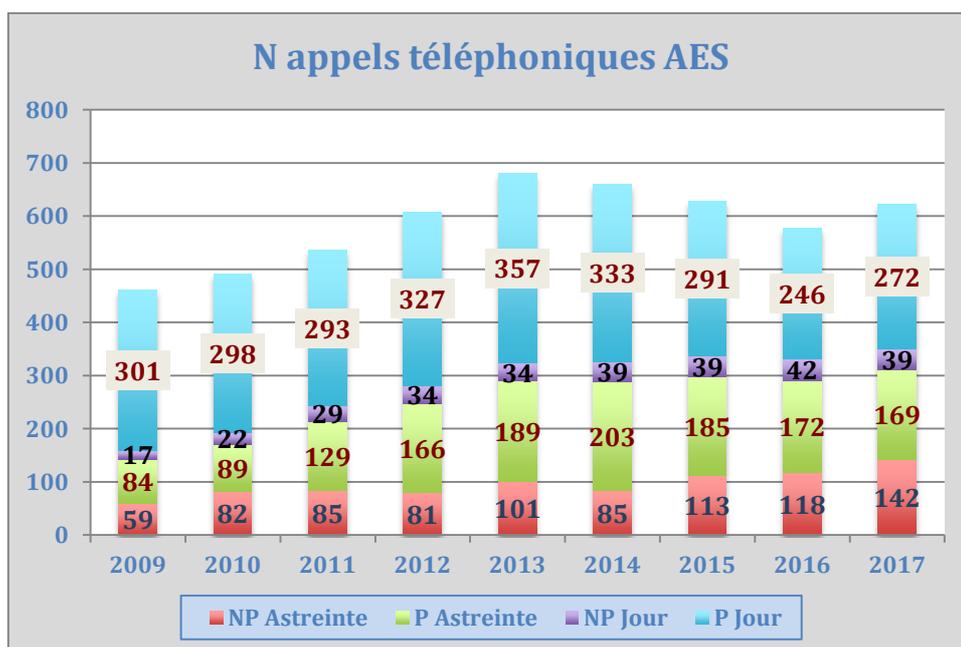
Aucune de ces situations n'a justifiée de TPE.

IV. APPELS TELEPHONIQUES AES

Le nombre total d'appels téléphoniques pour évaluation d'un risque de transmission après exposition potentielle, a régulièrement augmenté jusqu'en 2013. Ensuite, il tend à diminuer, surtout pour les accidents chez les professionnels de santé, que ce soit en journée ou lors de l'astreinte, pour ré-augmenter en 2017 (total : 622).

A. Activité globale

Figure 30 : nombre total d'appels téléphoniques AES selon l'année



P : professionnels (essentiellement personnel de santé), NP : non professionnel (principalement sexuel)

B. AES professionnels

En 2017 nous avons répondu à 434 personnes ayant eu un AES dans un cadre professionnel, en majorité des femmes : 301 (69%). Les caractéristiques de ces expositions sont résumées dans les figures suivantes. La piqûre est le plus souvent superficielle (64%), et avec une aiguille sous-cutanée. Les professions les plus « représentées » sont les infirmier(e)s et les étudiants en médecine. Les figures 9 à 11 résument ces résultats.

Figure 31 : type de blessure

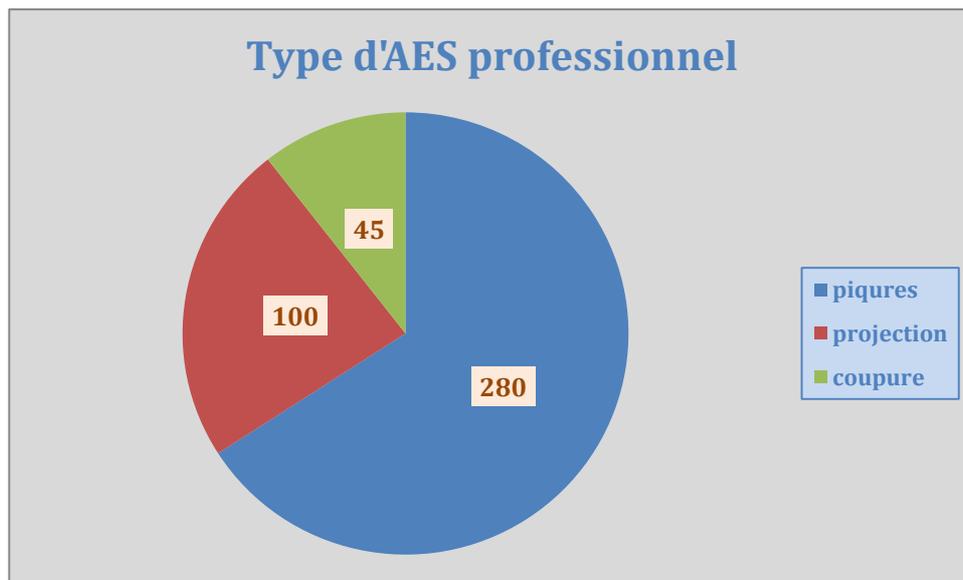


Figure 32 : types d'aiguilles à l'origine de l'AES

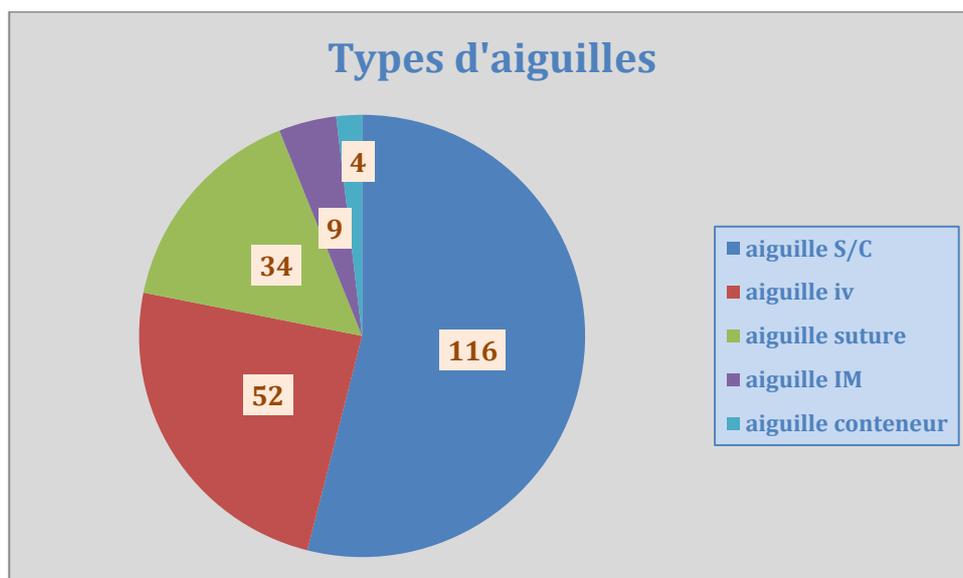
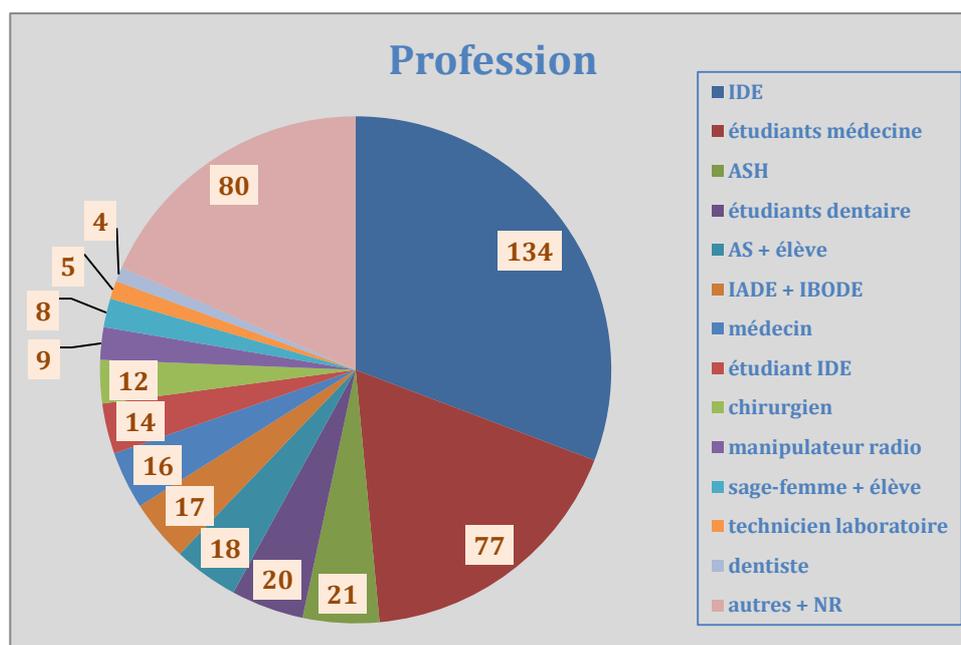


Figure 33 : professions victimes d'AES



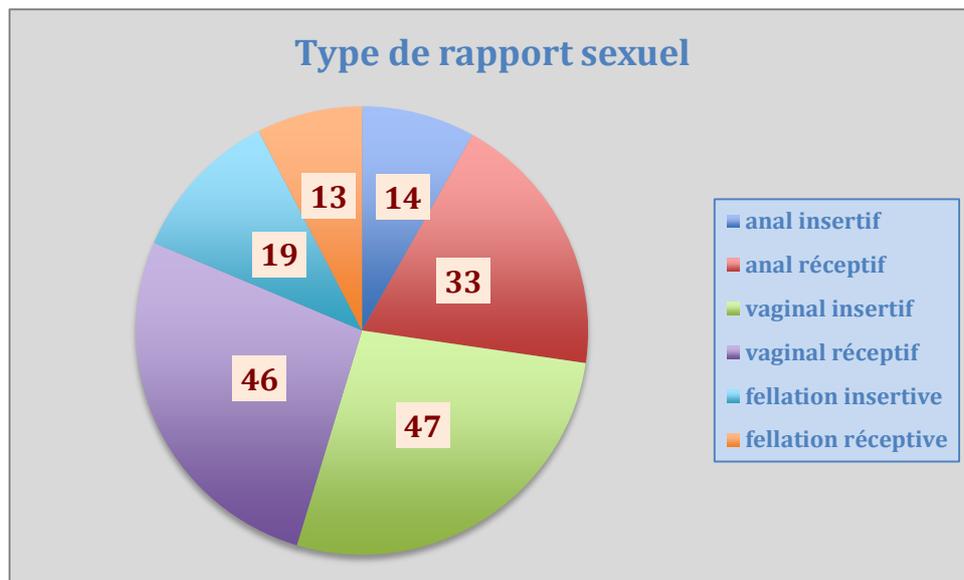
86.4% des victimes déclarent être vaccinées contre l'hépatite B. 200 personnes (53.3% des vaccinées) disent avoir un titre d'anti-HBs > 10 mUI/L.

La proportion de patients sources ayant une sérologie positive pour le VIH, le VHC ou le VHB (Ag HBs) est faible (N = 19, 27, et 13, respectivement). La procédure (interne des HUS) prévoit qu'un dépistage soit proposé au patient, ce qui est le cas, mais le résultat ne nous est pas souvent communiqué.

C. AES sexuels

En 2017, 157 appels téléphoniques ont concerné des expositions sexuelles (53% d'hommes). Le risque est hétérosexuel dans 50% des cas, et homosexuel masculin dans 25,5% des situations (sachant qu'il n'est pas renseigné pour 35 situations). Le rapport sexuel n'est pas protégé dans 45,2% des appels. Enfin, il s'agit d'une agression sexuelle dans 42 situations !

Figure 34 : type de rapport sexuel motivant un appel téléphonique



V. CONSULTATIONS PREP

A. Introduction

Le Trait d'Union assure des consultations Prep (traitement pré-exposition par Truvada) depuis début 2016, d'abord dans le cadre de la RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation), puis de l'AMM obtenue dans cette indication en 2017.

Au total sur les 2 années (2016 et 2017), **95 personnes différentes ont été vues**: 32 pour une 1ère consultation en 2016, et 63 ayant débuté le suivi en 2017. Ce sont tous des hommes, d'âge médian 34 ans (extrêmes: 21 – 57 ans), ayant des antécédents fréquents d'IST : syphilis (25), urétrites à gonocoque (18) ou chlamydia (14) ou non précisée (8), condylomes anaux et/ou génitaux (16), plus rarement herpes ou infection à mycoplasme (1 chacune).

B. Bilan initial

Le bilan initial (2 premières consultations avant initiation éventuelle du traitement), donne les résultats suivants sur le plan infectieux:

◆ Pour le VIH:

- ⇒ 93 sérologies négatives,
- ⇒ 1 sérologie positive, confirmée (découverte de la séropositivité, en 2016),
- ⇒ 1 sérologie non faite (personne vue une seule fois, Prep non indiquée).

◆ Pour l'hépatite A:

- ⇒ **32 personnes immunisées, soit 34%** (IgG positives: 29, résultat douteux pour les 3 autres),
- ⇒ 41 sérologies négatives,
- ⇒ 22 sérologies non faites.

◆ Pour l'hépatite B:

- ⇒ **81 personnes immunisées donc avec anti-HBs > 10 UI/l, soit 85%** (titre médian: 195 UI/l),
- ⇒ 11 personnes non immunisées,
- ⇒ 2 sérologies non faites,
- ⇒ 1 hépatite B chronique, en fait connue.

→ *En l'absence d'immunité VHA et/ou VHB, une vaccination est systématiquement proposée.*

◆ Pour le VHC:

- ⇒ 90 sérologies négatives,
- ⇒ 2 sérologies non faites,
- ⇒ 1 sérologie douteuse, l'ARN étant négatif,
- ⇒ 2 hépatites C anciennes connues, guéries.

◆ Pour la syphilis:

- ⇒ 64 sérologies négatives,
- ⇒ 27 résultats montrant une cicatrice sérologique,
- ⇒ 2 résultats positifs, suivis d'un traitement,
- ⇒ 2 sérologies non faites.

◆ Pour *Chlamydia trachomatis*, une recherche par PCR peut être faite sur urines, frottis de gorge et/ou frottis anal.

- ⇒ Cette recherche a été effectuée chez 72 personnes, dont 11 ont 1 résultat positif (15%), quel que soit le site de prélèvement (urines: 3/63 soit 4,7%, gorge: 2/34 soit 5,9%, et anal: 6/38 soit 15,8%).

◆ Cette recherche de chlamydia est combinée avec celle du gonocoque, toujours par PCR.

- ⇒ 6/66 (9%) personnes ont 1 prélèvement positif (urines: 1/58 soit 1,7%, gorge: 2/49 soit 4%, anal: 3/36 soit 8,3%).

C. Initiation Prep

La Prep est initiée chez 82 personnes (soit 86%), plus souvent en continu (46) que discontinu (36).

4 personnes ne sont pas venues à la seconde consultation, une séropositivité a donc été découverte au bilan initial, 2 traitements ont été différés (risque récent ou IST), et ces 2 personnes ne sont pas revenues, enfin l'absence d'indication de Prep a été posée chez 6 personnes.

D. Suivi

Les figures 35 et 36 montrent l'activité Prep dans le temps :

- ⇒ Figure 35 : nombre total de personnes vues, type de Prep (continue ou à la demande), en données cumulées, et nombre d'arrêts de Prep ;
- ⇒ Figure 36 : nombre de personnes effectivement vues (et type de Prep en cours) aux différents temps par rapport au J0 ; certaines personnes peuvent passer d'un schéma continu à une prise à la demande (et inversement), et certaines qui arrêtent sont susceptibles de reprendre la Prep plus tard.

Plusieurs IST surviennent durant le suivi de ces personnes :

- ⇒ Syphilis : 1
- ⇒ Hépatite A aiguë : 3
- ⇒ Infection asymptomatique à chlamydia : 10 (urines : 4, anale : 4 et pharyngée 2)
- ⇒ Infection asymptomatique à gonocoque : 4 (pharyngée : 3 et anale : 1)

Par contre il n'y a aucune séroconversion VIH, pas d'hépatite B ou C.

Figure 35 : nombre cumulé de personnes sous Prep

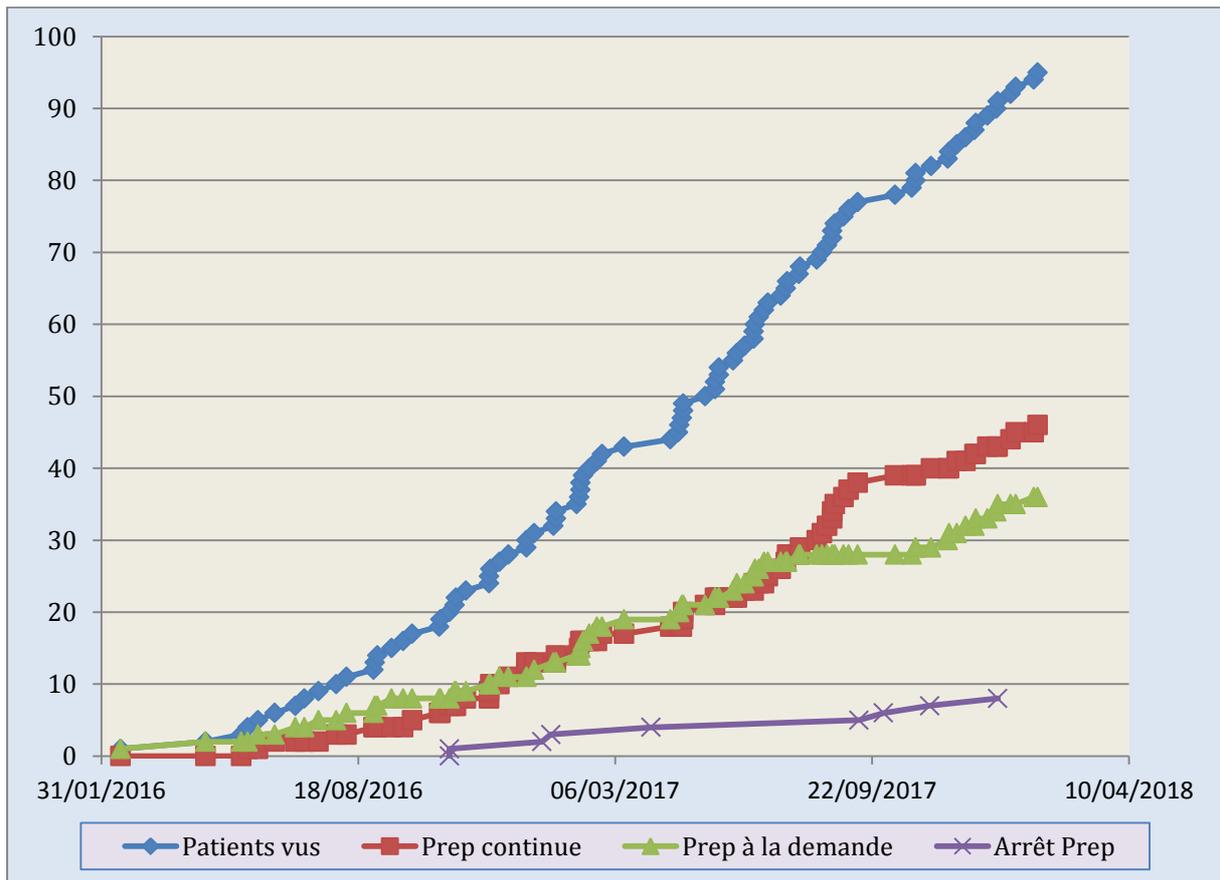
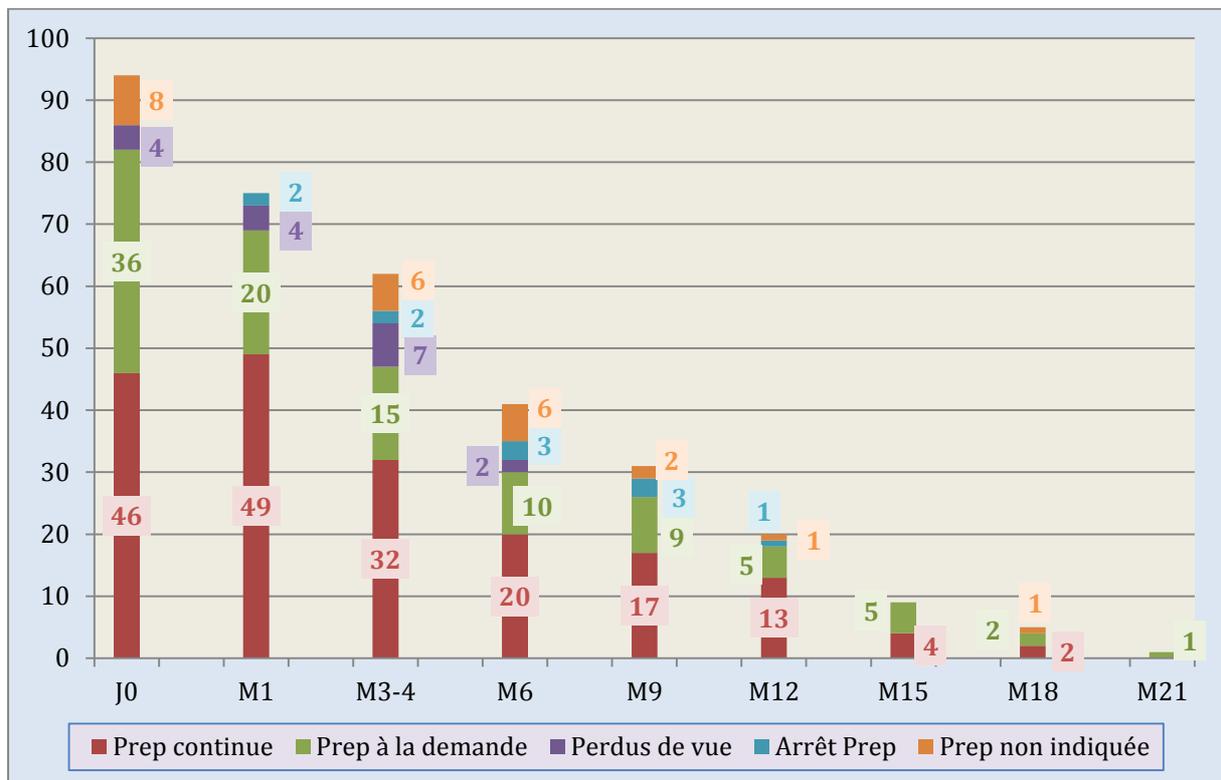


Figure 36 : nombre de personnes vues, et type de Prep en cours, aux différents temps de suivi



VI. ESAIS CLINIQUES, COHORTES ET ETUDES OBSERVATIONNELLES

ANRS CO 06 – COHORTE PRIMO

44 patients inclus (4 inclus en 2017) - 34 patients en cours de suivi

- ◆ Suivi dans le temps des patients très récemment infectés par le VIH-1 (primo-infection clinique et biologique).

AC11 ANRS PRIMO – e-CRF

49 patients inclus (7 inclus en 2017)

- ◆ Le but de l'eCRF est de renseigner les primo-infections (même en l'absence de participation à la cohorte Primo) au fur et à mesure, pour pouvoir répondre assez vite à la demande de Santé Publique France sur la surveillance des résistances transmises (depuis 2014).

ANRS CO 018 - HIV- CONTROLLERS – EP36- CODEX

5 patients inclus (1 inclus en 2017) - en cours de suivi

- ◆ Patients infectés par le VIH depuis plus de 10 ans avec ARN Viral plasmatique < 400 copies en l'absence de tout traitement : Etude des mécanismes impliqués dans le contrôle de l'infection.

ANRS CO16 – LYMPHOVIR

11 patients inclus – Clôturé le 25/07/17

- ◆ Cohorte des Lymphomes associés à l'infection VIH (LMNH et LH).

ANRS C05 - VIH2

6 patients dont 3 en cours de suivi

- ◆ Histoire naturelle de l'infection par le VIH-2 chez les patients adultes vivant en France.

ANRS CO 01 – EPF

44 enfants suivis de 2015 à 2017 (14 naissances en 2017)

- ◆ Étude prospective multicentrique de la transmission materno-fœtale du VIH1/ou du VIH2.

ANRS CO 19 – COVERTE

6 patients inclus dont 5 en cours de suivi

- ◆ Étudier la transition vers l'âge adulte et le devenir à long terme des jeunes infectés pendant l'enfance principalement par voie périnatale, par le VIH-1 ou 2.

ANRS CO 13- HEPAVIH

20 patients inclus dont 10 en cours de suivi (et 10 recueils de non opposition)

- ◆ Collaboration Inter Cohortes et Centres Cliniques de sujets co-infectés par les virus de l'Immunodéficience Humaine et de l'Hépatite C

PRI 2014 –HUS n° 5973 ETUDE DRONE

101 patients inclus dont 23 en cours de suivi

- ◆ Impact du traitement incluant le dolutégravir sur le réservoir VIH-1 des patients naïfs et prétraités.

Etude MONCAY- CHRO -2015-03

11 patients pré-inclus dont 10 inclus et en cours de suivi (3 inclus en 2017)

- ◆ Essai clinique randomisé évaluant l'intérêt d'un allègement par dolutegravir (Tivicay®) de l'infection par le VIH chez les patients pré-traités en succès virologique prolongé sous abacavir + lamivudine + dolutegravir (Triumeq®)

ANRS AC11 Résistance - Etude INTEGRASE

19 patients inclus (8 inclus en 2017)

- ◆ Description rétrospective d'une cohorte de patients en échec virologique à un traitement contenant un inhibiteur de l'intégrase (raltegravir, elvitegravir, dolutegravir)

ANRS 169 - OPTIPRIM 2

3 patients pré-inclus dont 1 inclus en 2017 - en cours de suivi

- ◆ Essai multicentrique de phase III évaluant chez des patients en primo-infection VIH-1 l'impact sur le réservoir viral (par quantification de l'ADN-VIH-1 dans les PBMC) d'une combinaison comprenant ténofovir/emtricitabine et dolutegravir ou ténofovir/emtricitabine et darunavir/cobicistat.

ANRS 170 - QUATUOR

13 pré-inclus dont 10 inclus en 2017 - en cours de suivi

- ◆ Essai multicentrique, en ouvert, randomisé en 2 groupes parallèles, évaluant la non-infériorité d'un traitement de maintenance à 4 jours consécutifs sur 7 versus la poursuite du traitement antirétroviral en continu, chez des patients en succès thérapeutique sous ARV.

Etude Progresseurs - RNI 2016 - HUS n° 6493

250 patients inclus en 2017

- ◆ Génotypage des gènes des FcγRs des patients VIH-1 « progresseur »: corrélation avec le profil évolutif de l'infection.

AES- GENVOYA - GERES

13 patients inclus en 2017 - en cours de suivi

- ◆ Evaluation de l'observance de la combinaison d'Elvitegravir / Cobicistat / FTC / Tenofovir Alafenamide (E/C/F/TAF) en traitement post-exposition au VIH (par le sang ou rapport sexuel).

Theravectys - THV01-11-01

2 patients inclus en 2014 - en cours de suivi post-vaccination

- ◆ Essai de phase I/II multi centrique, randomisé, en double-aveugle, contrôlé par un placebo pour comparer la sécurité, la tolérabilité et l'immunogénéicité de la vaccination thérapeutique THV01 à la dose 5.10 TU ou 5.10 TU ou 5.10TU chez des patients infectés par le VIH-1 de clade B sous traitement antirétroviral hautement actif (HAART)

JANSSEN - AMBER TMC114FD2HTX3001

1 patient inclus en 2016 - en cours de suivi

- ◆ Étude de phase III, randomisée, en double aveugle, contrôlée, évaluant l'efficacité et la sécurité d'emploi de la prise de darunavir/cobicistat/emtricitabine/ténofovir alafénamide à dose fixe combinés en un seul comprimé par jour, versus un traitement

consistant en une association à dose fixe de darunavir/cobicistat coadministré avec emtricitabine/ténofovir disoproxil fumarate chez des patients infectés par le VIH-1 naïfs de traitement ARV. Étude promue par le laboratoire Janssen en 2015 incluant 670 patients dont 80 en France.

JANSSEN - EMERALD TMC114IFD3013

1 patient inclus en 2016 - en cours de suivi

- ◆ Étude de phase III, randomisée, en ouvert, contrôlée, évaluant l'efficacité, la sécurité d'emploi et la tolérance de la prise de darunavir/cobicistat/emtricitabine/ténofovir alafénamide en un seul comprimé par jour, versus la poursuite du traitement en cours comprenant un inhibiteur de protéase boosté associé à emtricitabine/fumarate de ténofovir disoproxil chez les patients infectés par le VIH-1 virologiquement contrôlés. L'Étude est promue en 2015 par le laboratoire Janssen incluant 600 patients dont 66 en France.

VII. PUBLICATIONS

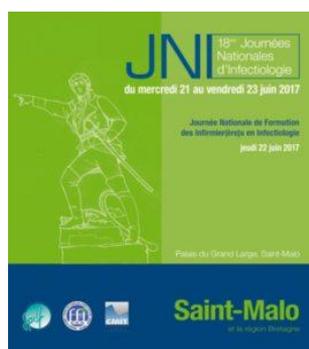
A. Congrès



GANTNER P, LEE G, REY D, MESPLEDE T, PARTISANI M, BECK-WIRTH G, FALLER JP, MARTINOT M, WAINBERG M, FAFI-KREMER S.

Evolution of archived HIV-1 quaspecies in individuals treated with dolutegravir.

24th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, Washington, February 13-16, 2017, abstract 495.



LEBRUN D, HENTZIEN M, REY D, JOLY V, FERRY T, CUZIN L, ALLAVENA C, DELLAMONICA P, SERVETTAZ A, BANI-SADR F.

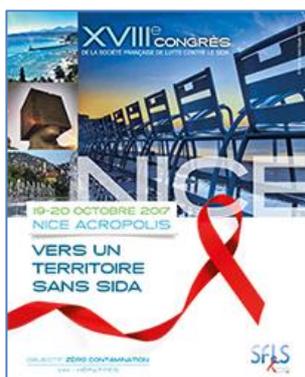
Epidémiologie des maladies auto-immunes et des maladies de système chez les patients VIH+ suivis dans la cohorte Dat'AIDS.

18^{èmes} Journées Nationales d'Infectiologie, 21-23 juin 2017, Saint-Malo, poster VIH-08.

BILLA O, BANI-SADR F, POIZOT-MARTIN I, SOGNI P, REY D, CHAS J, BOTTERO J, ESTERLE L, SALMON D, WITTKOP L.

La durée d'infection VIH est indépendamment associée aux cancers non liés au VIH et au VHC chez les patients coinfectés VIH/VHC.

18^{èmes} Journées Nationales d'Infectiologie, 21-23 juin 2017, Saint-Malo, communication orale.



FOLTZER A, CHIROUZE C, DROBACHEFF-THIEBAULT C, HUSTACHE-MATHIEU L, GENDRIN V, REY D, PARTISANI M, BECK-WIRTH G, MOHSENI M, MURET P, BABRE O, SADAQUI H, CHEVALIER E, LORIOU G, FISCHER P, BENOMAR M, PACHARD A.

Etude DOLONE : évaluation des motifs d'arrêt des traitements antirétroviraux comportant du dolutégravir (DTG) en pratique clinique au sein de la cohorte ICONÉ.

XVIII^{ème} Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 19-20 octobre 2017, Nice, poster P7.

LEBRUN D, HENTZIEN M, CUZIN L, REY D, JOLY V, COTTE L, ALLAVENA C, DELLAMONICA P, SERVETTAZ A, BANI-SADR F et le groupe de travail Dat'AIDS.

Epidémiologie des maladies auto-immunes et systémiques chez les patients vivant avec le VIH suivis dans la cohorte française nationale Dat'AIDS.

XVIII^{ème} Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 19-20 octobre 2017, Nice, poster P8.

MURET P, FOLTZER A, DROBACHEFF C, GENDRIN V, LORIOU G, BECK-WIRTH G, BENOMAR M, PARTISANI M, REY D, FISCHER P, MOHSENI M, CHIROUZE C.

Etude DOLONE : les arrêtes de traitement par dolutégravir sont-ils concentration dépendants ... ou pas ?

XVIII^{ème} Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 19-20 octobre 2017, Nice, poster P33.

VELIN P, LAPORTE V, PARTISANI M, MISBACH A, MALFRAIT P.

Evaluation d'actions de santé/réduction des risques liés au VIH et aux hépatites au centre de détention d'Oermingen.

XVIII^{ème} Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 19-20 octobre 2017, Nice, poster P45.

MUTZIG N, BENOMAR M, FISCHER P, PACHARD A, SADAQUI H, LAVIGNE T, PARTISANI M.

Améliorer la connaissance des patients récemment dépistés positifs au VIH : étude DEPIST, méthodologie, résultats et perspectives.

XVIII^{ème} Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 19-20 octobre 2017, Nice, poster P66.



BONIJOY T, CABIE A, CHERET A, COTTE L, DUVIVIER C, HULEUX T, REY D, RAFFI F, HOCQUELOUX L, GARRAFFO R, TREISSIERES B, HOEN B.

Week-48 efficacy and safety of dolutegravir + rilpivirine dual therapy as a switch strategy in a real-life cohort study.

16th European AIDS Conference, October 25-27, 2017, Milan, Italy, poster PE9/15



GANTNER P, PARTISANI M, BECK-WIRTH G, FALLER JP, MARTINOT M, MOSHENI-ZADEH M, CHENEAU C, BATARD ML, FISCHER P, FUCHS A, REY D, FAFI-KREMER S.

HIV-DNA and immune activation markers are reduced in viremic but not in aviremic individuals starting a successful dolutegravir-based regimen.

International workshop on HIV persistence during therapy. 12-15 december, 2017, Miami, FL. Abstract PP 4.23

GANTNER P, BARNIG C, PARTISANI M, LEE G, BECK-WIRTH G, FALLER JP, MARTINOT M, MOSHENI-ZADEH M, CHENEAU C, BATARD ML, FISCHER P, FUCHS A, URING-LAMBERT B, BAHRAM S, REY D, FAFI-KREMER S.

Distribution and reduction magnitude of HIV-DNA burden in CD4+ T cell subsets depend on ART initiation timing.

International workshop on HIV persistence during therapy. 12-15 december, 2017, Miami, FL. Abstract PP 4.21

B. Revues



GANTNER P, CUZIN L, ALLAVENA C, CABIE A, PUGLIESE P, VALANTIN MA, BANI-SADR F, JOLY V, FERRY T, POIZOT-MARTIN I, GARRAFFO R, PEYTAVIN G, FAFI-KREMER S, REY D ; for the Dat'AIDS Study Group.

Efficacy and safety of dolutegravir and rilpivirine dual therapy as a simplification strategy: a cohort study.

HIV Medicine;2017;18:704-708.



COTTE L, FERRY T, PUGLIESE P, VALANTIN MA, ALLAVENA C, CABIE A, POIZOT-MARTIN I, REY D, DUVIVIER C, CHERET A, DELLAMONICA P, PRADAT P, PARIENTI JJ; for the Dat'AIDS Study Group.

Effectiveness and tolerance of single tablet versus once daily multiple tablet regimens as first-line antiretroviral therapy - Results from a large french multicenter cohort study.

PLoS One 2017; 12(2):e0170661.



KNIGHT R, ROUX P, VILOTITCH A, MARCELLIN F, ROSENTHAL E, ESTERLE L, BOUE F, REY D, PIROTH L, DOMINGUEZ S, SOGNI P, SALMON-CERON D, SPIRE B, CARRIERI MP; ANRS CO13-HEPAVIH Study Group.

Significant reductions in alcohol use after hepatitis C treatment: results from the ANRS CO13-HEPAVIH cohort.

Addiction;2017;112:1669-1679.



PRADAT P, PUGLIESE P, POIZOT-MARTIN I, VALANTIN MA, CUZIN L, REYNES J, BILLAUD E, HULEUX T, BANI-SADR F, REY D, FRESARD A, JACOMET C, DUVIVIER C, CHERET A, HUSTACHE-MATHIEU L, HEON B, CABIE A, COTTE L, Dat'AIDS Study Group.

Direct-acting antiviral treatment against hepatitis C virus infection in HIV-Infected patients - "En route for eradication"?

J Infect 2017;75:234-241.



LEBRUN D, HENTZIEN M, CUZIN L, REY D, JOLY V, COTTE L, ALLAVENA C, DELLAMONICA P, SERVETTAZ A, BANI-SADR F; Dat'AIDS Study Group.

Epidemiology of autoimmune and inflammatory diseases in a French nationwide HIV cohort.

AIDS 2017;31:2159-2166.



CUZIN L, PUGLIESE P, ALLAVENA C, REY D, CHIROUZE C, BANI-SADR F, CABIE A, HULEUX T, POIZOT-MARTIN I, COTTE L, ISNARD-BAGNIS C, FLANDRE P, for the Dat'AIDS Study Group.

Antiretroviral therapy as a risk factor for chronic kidney disease: Results from traditional regression modeling and causal approach in a large observational study.

Plos ONE 2017;12:e0187517



RAFFI F, HANF M, FERRY T, KHATCHATOURIAN L, JOLY V, PUGLIESE P, KATLAMA C, ROBINEAU O, CHIROUZE C, JACOMET C, DELOBEL P, POIZOT-MARTIN I, RAVAUX I, DUVIVIER C, GAGNEUX-BRUNON A, REY D, REYNES J, MAY T, BANI-SADR F, HOEN B, MORRIER M, CABIE A, ALLAVENA C, for the Dat'AIDS Study Group.

Impact of baseline plasma HIV-1 RNA and time to virological suppression on virological rebound according to first-line antiretroviral regimen.

J Antimicrob Chemother 2017;72:3502 <https://doi.org/10.1093/jac/dkx383>



CUZIN L, KATLAMA C, COTTE L, PUGLIESE P, CHERET A, BERNAUD C, REY D, POIZOT-MARTIN I, CHIROUZE C, BANI-SADR F, CABIE A, for the Dat'AIDS Study Group.

Ageing with HIV: do comorbidities and polymedication drive treatment optimization?

HIV Med 2017;18:395-401.



VIRLOGEUX V, ZOULIM F, PUGLIESE P, POIZOT-MARTIN I, VALANTIN MA, CUZIN L, REYNES J, BILLAUD E, HULEUX T, BANI-SADR F, REY D, FRESARD A, JACOMET C, DUVIVIER C, CHERET A, HUSTACHE-MATHIEU L, HOEN B, CABIE A, COTTE L, for the Dat'AIDS Study Group.

Modeling HIV-HCV coinfection epidemiology in the direct-acting antiviral era: the road to elimination.

BMC Med 2017;15(1)217. DOI 10.1186/s12916-017-0979-1



BESSION C, LANCAR R, PREVOT S, ALGARTE-GENIN M, DELOBEL P, BONNET F, MEYOHAS MC, PARTISANI M, OBERIC L, GABARRE J, GOUJARD C, BOUE F, COPPO P, COSTELLO R, HENDEL-CHAVEZ H, MEKERRI N, DOS SANTOS G, RECHER C, DELARUE R, CASASNOVAS RO, TAOUFIK Y, MOUNIER N, COSTAGLIOLA D, ANRS-CO16 Lymphovir Cohort.

Outcomes for HIV-associated diffuse large B-cell lymphoma in the modern combined antiretroviral therapy era.

AIDS 2017;31:2493-2501.

VIII. DES – ENSEIGNEMENT – REUNIONS – GROUPES DE TRAVAIL - THESES

A. DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)

Le Trait d'Union a l'agrément pour être terrain de stage des étudiants en 3^{ème} cycle des études médicales en Médecine Interne et en Médecine Générale. Une interne a effectué un stage d'un semestre au service de novembre 2016 à avril 2017 (médecine générale, dans le cadre du semestre chez le praticien).

B. Enseignement - Formations

Encadrement d'étudiants		
Etudiants en Médecine (DFASM I)	13 étudiants accueillis, stages habituellement de 2 mois	Participation aux consultations médicales
Etudiants en pharmacie (5 ^{ème} année)	3 étudiants accueillis	Participation aux consultations médicales, cas cliniques discutés en réunions de pharmaciens, éventuel mémoire de stage
Ethique Médicale	Etudiants en médecine (DFASM I), enseignement pratique	8 séances de 2H avec groupes d'une douzaine d'étudiants
TD module 07A Maladies Transmissibles DFASM1		
Etudiants en Médecine (DFASM I)	6 séances de 2H, groupes d'environ 50 étudiants	Enseignement sur cas cliniques
DU (Diplômes Universitaires) / DIU		
DU « prise en charge de la douleur »	1H sur VIH et douleur	D Rey (avril 2017)
DIU « Infection VIH » (Strasbourg, Nancy, Reims, Dijon, Besançon)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1H30 sur Traitement Post-Exposition ➤ 3H sur Parentalité et VIH 	D Rey (décembre 2017) M Partisani (décembre 2017)
IFSI (instituts de formation en soins infirmiers)		
Erstein, Saverne, Haguenau, Brumath, Sélestat, Strasbourg Saint-Vincent	Infection VIH, +/- IST et hépatites virales	C Cheneau, M Partisani, D Rey
Formations		
AES	Formation des nouveaux internes aux SAU du NHC à la prise en charge des AES	Chaque début de semestre

C. Réunions

1. Réunions Bretzel

- D Rey membre du Conseil Scientifique des **réunions Bretzel**
- 2 réunions annuelles (4 mai et 7 décembre 2017)
- Echanges cliniciens / biologistes sur l'actualité en maladies infectieuses
- Sponsor : laboratoire Janssen

2. RCP (Réunions de Concertation Pluri-Disciplinaire)

- M Partisani responsable de la RCP Clinico-viro-pharmacologique VIH et co-infections Hépatite
- 1 réunion tous les 2 mois, validante DPC, couplée à une réunion de bibliographie

D. Groupes de travail

1. Groupe de travail AES des HUS

- D Rey participe au groupe de travail des HUS sur la procédure « prise en charge d'un Accident avec Exposition au Sang (AES) aux HUS ». La procédure a été mise en place en novembre 2011, le groupe assure un suivi de son fonctionnement.

<http://hux54:4080/declic/pages/aes/index.html>

2. Dat'AIDS

- D Rey est membre du **Conseil Scientifique de Dat'AIDS** (base de données constituée à partir de l'utilisation du dossier médical informatisé Nadis dans 18 centres VIH français).

3. COREVIH Alsace puis Grand Est

- M Partisani est **Présidente** de la COREVIH Alsace, puis de la COREVIH Grand Est (à partir de juin 2017)

4. SFLS

- D Rey est Trésorier de la SFLS (Société Française de Lutte contre le SIDA), membre du bureau, et responsable de son site internet
www.sfls.aei.com

5. Expertise

⇒ Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH

- Actualisation 2017 des Recommandations du groupe d'experts « RAPPORT 2013 » sous la direction du Pr Philippe Morlat
- D Rey membre du groupe plénier, participation à l'actualisation du chapitre « Traitement antirétroviral », et coordination du groupe « AES »
- M Partisani, participation à l'actualisation du chapitre « désir d'enfant et grossesse »

E. Thèse

Thèse de Médecine Générale, présentée par Céline Melounou (14/09/2017)

Titre : Les médecins généralistes face à la prévention des ISTs, au dépistage du VIH et son suivi : étude qualitative auprès de 10 médecins du Bas-Rhin.

Membres du jury : Dr Juliette Chambe, Dr David Rey, Prof associé Michel Lévêque (directeur), Prof Pascal Bilbaut, Prof. Jacques Kopferschmitt (président)

IX. ACTIVITE DES INFIRMIERES

L'activité des infirmières est mutualisée entre Trait d'Union et CeGIDD. En 2017, l'équipe soignante a été modifiée, avec accueil et formation de deux nouvelles recrues. Les modalités de fonctionnement ont également été modifiées avec :

- l'allongement des horaires d'ouverture du service,
- la mise en place d'activités dites « hors les murs »

En 2017, les activités de l'équipe soignante du Trait d'Union étaient variées.

- ◆ En premier lieu, notre rôle est axé sur **l'accompagnement du patient** d'un point de vue relationnel. Nous accueillons :
 - avec une attention et une écoute particulière les nouveaux patients récemment dépistés séropositifs pour le VIH, pour lesquels l'annonce est difficile et les plonge dans une détresse psychologique. Nous accompagnons également les personnes vivant avec le VIH suivies de longue date dans le service.
 - les consultants du CeGIDD qui viennent souvent pour la première fois dans une structure de soins, et qui sont parfois dans une grande angoisse et dans beaucoup de questionnements.
 - les personnes victimes d'expositions accidentelles au VIH, aux virus des hépatites et autres IST (AES), professionnels ou non (ruptures de préservatifs ou violences sexuelles par exemple) qui ont besoin d'être renseignées, conseillées ou rassurées.
 - les personnes, de plus en plus nombreuses, prise en charge dans le cadre de stratégies de prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP). Ces personnes sont revues régulièrement, nous avons l'occasion d'aborder avec elles la prévention des autres IST.
 - nous informons les patients des dernières actualités relatives au VIH (diverses recommandations officielles, nouvelles molécules). Nous abordons le sujet de la prévention, des conduites à risque.
- ◆ Nous réalisons différents **actes** : des prélèvements sanguins, des saignées, des vaccins, des injections (IM, SC), lors des consultations et des hospitalisations de jour pour les patients suivis soit au Trait d'Union, au CEGIDD, soit en consultation d'hépatogastro-entérologie ou de pneumologie. Pour l'année 2017 nous comptons, 4858 actes (AMI) pour l'activité au sein du Trait d'Union, 698 actes pour le pôle hépato-digestif et le service de pneumologie, ainsi que 5215 prises de sang dans le cadre du CeGIDD. Une augmentation du nombre d'injections IM de pénicillines a été notée, elle est liée à la recrudescence des IST.

- ◆ Nous avons une activité de **gestion et planification**.
 - nous nous chargeons de la prise de rendez-vous pour différents examens complémentaires qui sont nécessaires aux patients dans le cadre de leur suivi (scanners, échographies, radios, consultations diverses ...).
 - nous assurons la commande, la réception et le rangement du matériel médical et hôtelier ainsi que des médicaments.
- ◆ Nous participons à divers **protocoles et études cliniques** :
 - que ce soit pour le Trait d'Union (cf chapitre recherche clinique), ou pour l'hépatogastro-entérologie, dans le cadre des hépatites C notamment.
- ◆ Nous assurons toujours des consultations **d'Education Thérapeutique du Patient** :
 - sur proposition médicale systématique lors de la découverte de la séropositivité,
 - en systématique lors de l'instauration d'un traitement,
 - au décours d'une difficulté pour les patients à prendre régulièrement leur traitement,
 - en suivi régulier pour certains patients en fonction de leurs besoins,
 - soit moins quantifiables, mais tout aussi nécessaires, lors de moments d'échanges dans la salle de soins ou dans la pièce « **convivialité/pause-café** », lieu propice aux confidences.

Nous avons réalisé des consultations pour 22 patients en 2017, ce qui représente toujours une activité faible. Mais les nombreuses discussions réalisées lors d'un moment de convivialité devraient être davantage formalisées sous la forme de consultations d'ETP, plus cadrées et plus quantifiables.

A certains de nos patients en grande précarité sociale, ayant des difficultés à conserver leur traitement, nous préparons les médicaments avec eux lors d'une rencontre hebdomadaire. Cet accompagnement est souvent transitoire dans le but de guider les patients vers l'autonomie.

- ◆ Nous recontactons des **patients « perdus de vue »**
 - après concertation avec le médecin, nous contactons les patients qui ne sont pas venus depuis plus de 12 mois, ainsi que ceux qui ne sont pas venus à plusieurs de leurs rendez-vous.
- ◆ Nous avons également un rôle de **formation des étudiants**.
 - en 2017, nous avons accueilli et encadré 8 étudiants en Soins Infirmiers dans le cadre de leur module « Lieu de vie ». Nous leur enseignons les bases de la prévention, la physiopathologie du VIH, l'épidémiologie, les thérapeutiques, le suivi biologique, car l'apprentissage théorique ne leur est pas forcément enseigné avant leur stage dans notre unité.
 - d'autres étudiants en Soins Infirmiers viennent ponctuellement pour des informations en vue de réaliser leurs Travaux de Fin d'Etudes.

- des étudiants assistants sociaux, des étudiants en pharmacie, en médecine, en psychologie nous sollicitent régulièrement pour découvrir notre fonction.
- ◆ Nous participons à la **vie du service**.
 - nous préparons chaque matin la mise en place de la salle « convivialité » afin que les consultants puissent s’y installer pour un petit déjeuner.
 - nous participons à la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire, plus particulièrement axée sur la vie du service.
 - chaque jour, nous vérifions que les examens sanguins réalisés ont bien été effectués par les laboratoires. Nous contrôlons la concordance entre la prescription et le serveur de résultats. S’il y a discordance, nous téléphonons aux laboratoires concernés.
 - nous rangeons les résultats papiers des consultants du CeGIDD.
- ◆ Nous participons à **des activités « hors les murs »**.
 - Ces activités sont liées au CeGIDD et prennent du temps à la réalisation.

Projets 2018 :

- ⇒ Recentrer les activités sur les personnes vivant avec le VIH,
- ⇒ Il est nécessaire d’améliorer notre formation en santé sexuelle,
- ⇒ Poursuivre notre collaboration avec le service d’hépatogastro-entérologie de l’hôpital civil.

X. ACTIVITE DES PSYHOLOGUES

Toute personne consultant au service, a la possibilité d'y rencontrer une psychologue. Cette rencontre, hors du champ médical et paramédical a pour but d'exprimer, d'analyser et d'élaborer sur le plan psychologique ce que vit la personne séropositive au VIH afin de faciliter sa position subjective.

◆ Travail Clinique

Lors d'un **AES** (Accident d'Exposition au Sang ou Sexuel), la prise en charge est souvent immédiate, ponctuelle et liée à l'angoisse éprouvée face au risque de transmission du VIH.

Lors de l'annonce de la séropositivité au VIH le bouleversement psychique est majeur et l'angoisse de mort très marquée. La prise en charge peut alors être immédiate ou différée. Elle est soit demandée par le patient lui-même soit suggérée ou proposée par un proche mais, le plus souvent, c'est un membre de l'équipe soignante (médecin, infirmière, assistante sociale) qui évoque cette possibilité au décours d'une consultation, d'un entretien, d'un soin. L'entretien peut être unique ou suivi d'une psychothérapie.

Lors d'un suivi « au long cours » d'un patient, peut émerger un questionnement avec le désir de le travailler plus spécifiquement avec un psychologue. Les changements dans les traitements, évènements dans la vie privée et/ou professionnelle mais aussi la « longueur » de la prise en charge au VIH sont souvent des éléments facilitateurs ou déclencheurs de cette démarche. Celle-ci mène le plus souvent à une psychothérapie.

Les entretiens ont le plus souvent lieu au Trait d'Union dans le bureau des psychologues. Cependant, ils se font au chevet du patient si celui-ci est hospitalisé ou, dans certains cas, au domicile même.

Un travail « informel » est aussi fait avec les patients attendant leurs soins infirmiers ou leur consultation et qui souhaitent parler avec un psychologue. Les prises de contact sont ponctuelles. Elles sont quelques fois suivies d'une demande de prise en charge régulière.

La possibilité d'avoir des entretiens en langue anglaise est toujours existante au service.

L'arrivée du **CeGIDD**, a entraîné une nouvelle clinique : l'accueil des personnes anxieuses au moment du dépistage du VIH. Ces personnes veulent parfois questionner leur prise de risque et certaines pourront être prises en charge en « **PREP** ». Des entretiens psychologiques peuvent permettre une élaboration de ces pratiques qui entraîne parfois une modification subjective.

Sur l'année 2017, il y a eu **652 consultations, pour 109 patients** dont **10 vus au CeGIDD**, et **4 pour un AES**, auxquelles il convient d'ajouter **8 patients** suivis hors Trait d'Union

Il est important de noter l'absence des patients à leur RDV qui est de plus en plus fréquent. Rien que pour une des deux psychologues il y a eu 127 RDV non honorés dont la plupart sans annulation téléphonique.

◆ Travail clinique et institutionnel

➤ Réunions de service :

- ⇒ La participation aux réunions hebdomadaires de service, s'accompagne régulièrement d'échanges avec les médecins, les infirmières, les assistantes sociales. En effet, le psychologue de par sa position hors champs médical et paramédical et de par sa formation sur le plan psychopathologique peut apporter des éléments de compréhension de certaines difficultés et/ou comportements des patients. Il assure aussi le relai avec le médecin pour les prises en charge psychiatrique et/ou neurologique.
- ⇒ Les psychologues participent aussi aux réunions du CeGGID.
- ⇒ Le psychologue collabore aussi avec les équipes des autres services dans lesquels des patients suivis par le Trait d'Union sont hospitalisés ou doivent consulter.

➤ Sur le plan institutionnel :

- ⇒ Participation au Collège des psychologues des HUS, et aux Inter Collèges d'Alsace et de l'Île de France.
- ⇒ Participation à des commissions de la COREVIH : commission dépistage et commission « psy-VIH » avec l'animation d'un « Groupe de travail pour une réflexion sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients VIH+ en grande précarité psychique ».

◆ F.I.R. (Formation, Information, Recherche)

- ⇒ Encadrement d'étudiants, en psychologie (Master 1), d'élèves infirmiers et sages-femmes des écoles de Strasbourg : maître de stage, direction de recherche de mémoire.
- ⇒ Enseignement à l'école de sages-femmes de Strasbourg.
- ⇒ Participation à l'enseignement de l'Éthique Médicale aux étudiants en Médecine (DFASM1, soit 4^{ème} année).
- ⇒ Participation à la journée Mondiale de Lutte contre le SIDA et à la semaine des Dépistages autour du 1^{er} décembre 2016.
- ⇒ Enseignante à la Section Clinique de Strasbourg.
- ⇒ Intervention au 4^{ème} congrès européen de psychanalyse (PIPOL), à Bruxelles : « la psychanalyse hors les normes » les 1 et 2 juillet 2017 sous le titre « la psychanalyse à l'hôpital »
- ⇒ Intervention à la journée « Visage de la sexualité au féminin » à 2 tables rondes, le 8 décembre à Marseille
- ⇒ Participations : RCP, TRT5, Icone et réunions de travail.
- ⇒ Formations personnelles et recherches (colloques, séminaires, groupes de travail de professionnels, etc...).