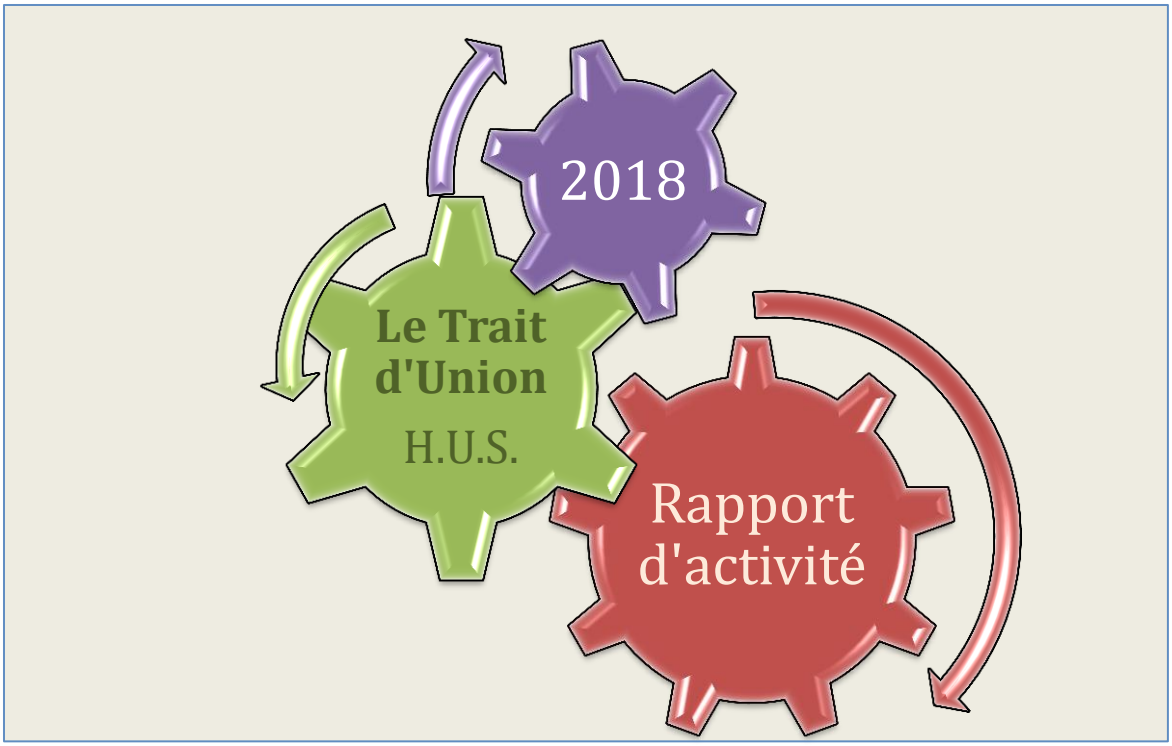
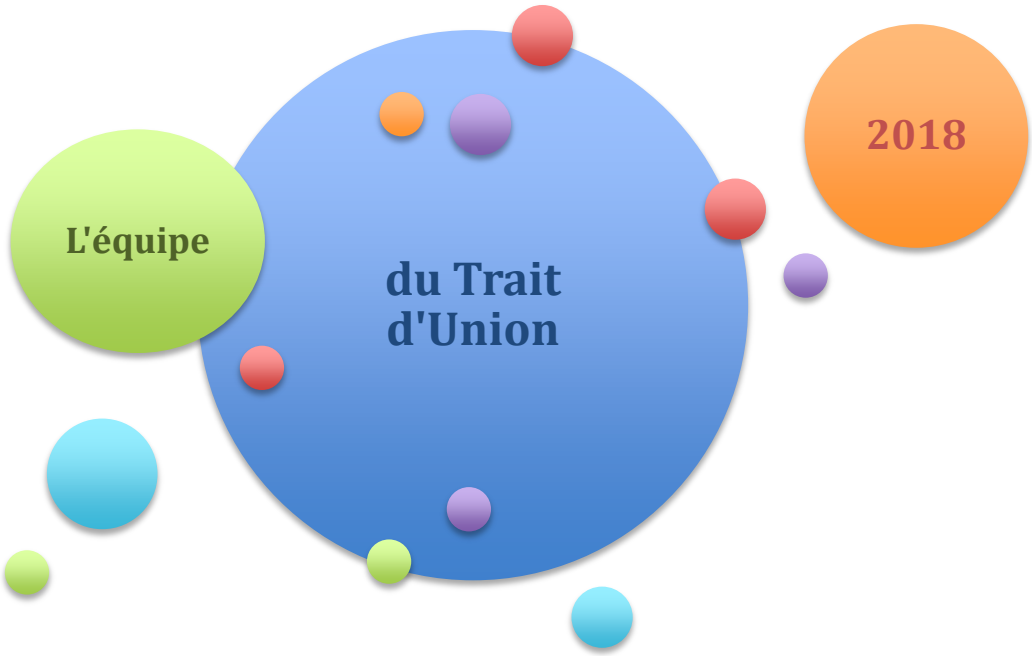

2018
Le Trait d'Union
H.U.S.
Rapport d'activité

Pôle Spécialités Médicales et Ophtalmologie
Le Trait d'Union



Médecins

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

Infirmières

- Sylvie Dontenville (CeGIDD)
- Béatrice Lindecker
- Idalina Paupart
- Mélanie Rovère / Odile Jacob (CeGIDD)

Sécrétaires

- Eliane Dubuc (CeGIDD)
- Martine Heinrich
- Cindy Zobel
- Pinar Akbas (CeGIDD)

Psychologues

- Isabelle Galland
- Françoise Kauffmann / Panagiotis Poulakis

Assistantes sociales

- Josette Bahouka
- Valérie Laurent

Technicinne d'Etudes Cliniques / ARC

- Patricia Fischer

Table des matières

I. EDITORIAL 6
II. PATIENTS INFECTES PAR LE VIH 7
A. Introduction 7
B. Caractéristiques globales de la file active 7
C. Stade clinique 10
D. Situation immuno-virologique 11
E. Virologie 12
F. Comorbidités 13
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 19
1. Proportion de patients traités 19
2. Schémas thérapeutiques prescrits 20
3. Succès virologique 25
L. RCP 25
M. Grossesses 25
III. CONSULTATIONS AES 26
A. Activité globale 26
B. Expositions des professionnels de santé (N = 17) 27
C. Expositions sexuelles (N = 199) 27
D. Expositions autres (N = 18) 27
E. Sérologies initiales de la personne exposée 28
F. Sérologies de la personne source 28
G. Suivi sérologique des personnes exposées 28
H. Traitement post-exposition 28
1. Fréquence 28
2. Professionnels de santé 29
3. Expositions autres et partage de matériel 29
4. Expositions sexuelles 29
IV. APPELS TELEPHONIQUES AES 30
A. Activité globale 30
B. AES professionnels 30
C. AES sexuels 31
V. CONSULTATIONS PREP 32
VI. ESSAIS CLINIQUES, COHORTES ET ETUDES OBSERVATIONNELLES 33
VII. PUBLICATIONS 36
A. Congrès 36
B. Revues 38
VIII. DES, ENSEIGNEMENT, REUNIONS, GROUPES DE TRAVAIL, THESES 41
A. DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) 41
B. Enseignement, formations 41
C. Réunions 42
1. Réunions Bretzel 42
2. RCP (Réunions de Concertation Pluri-Disciplinaire) 42
D. Groupes de travail 42
1. Groupe de travail AES des HUS 42

2. Dat'AIDS 42
3. COREVIH Alsace puis Grand Est 42
4. SFLS 42
5. Expertise 42
E. Thèses 43
IX. ACTIVITE DES INFIRMIERES 44
X. ACTIVITE DES PSYCHOLOGUES 46

Glossaire :

AES: Accident d'Exposition Sanguin ou Sexuel

ANRS: Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales

ARV: Antirétroviraux

CDC: Center for Disease Control

CeGIDD: Centre Gratuit d'Information, Dépistage et Diagnostic des IST

CV: Charge virale

COREVIH : Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH

HSH: Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

II: Inhibiteur de l'intégrase

INTI: Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase Inverse

INNTI: Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase Inverse

IP: Inhibiteur de la protéase

IPb: Inhibiteur de la protéase boosté

IST: Infection sexuellement transmissible

PrEP: Prophylaxie pré-exposition

RCP: Réunion de concertation pluri-disciplinaire

SFLS : Société Française de Lutte contre le SIDA

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

Tasp : Treatment as prevention

TPE : Traitement post-exposition

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

I. EDITORIAL

Quatre-vingt dix sept pour 100 *des patients suivis dans le service sont en succès virologique sous traitement antirétroviral (charge virale plasmatique < 50 copies/ml). Ce succès reste l'objectif prioritaire de leur prise en charge, aussi bien pour un bénéfice individuel, que dans un but collectif de non transmissibilité du virus. Les objectifs de l'OMS « 90-90-90 » sont :*

1. dépistage de 90% des personnes infectées,

2. traitement de 90% des personnes prises en charge,

3. charge virale indétectable chez 90% des personnes sous traitement. Cet objectif est ainsi largement atteint.

En raison des difficultés récurrentes d'observance chez les 3% de personnes en échec, malgré l'accompagnement proposé, notamment d'éducation thérapeutique, un plafond incompressible est sans doute atteint.

C'est l'un des points forts à dégager du rapport d'activité 2018 du Trait d'Union, dont la file active continue à augmenter de manière irrégulière dans le temps (+ 5,5% en 2018), les raisons étant probablement multiples. On notera également que le nombre de patients nouvellement dépistés en 2018 a diminué, alors qu'il était stable les années précédentes. C'est une conséquence logique du traitement ARV dont bénéficient rapidement tous les patients après la découverte de la séropositivité. S'agit-il aussi de l'effet Prep ?

Quoi qu'il en soit, la file active Prep augmente régulièrement, pour atteindre près de 200 personnes en 2018, ce qui génère un accroissement de l'activité clinique. Ces personnes sont vues tous les 3 mois, voire plus souvent du fait de la fréquence croissante des IST, ce qui nécessite un renforcement des messages de prévention. A ce titre, il convient de souligner notre rôle toujours essentiel dans la gestion des AES : le nombre de personnes vues en consultation augmente régulièrement, essentiellement après un risque sexuel (fréquemment traité par un TPE). Le nombre d'expositions professionnelles évaluées par téléphone reste aussi élevé.

L'activité du Trait d'Union en mutualisation avec le CeGIDD se poursuit. Le nombre de consultations de dépistage ne cesse d'augmenter, ce qui complique la tâche et demande une grande disponibilité de tous les membres de l'équipe. Elles nécessitent davantage de travail de prévention, ainsi que la formation et l'encadrement de jeunes praticiens.

L'activité de recherche clinique reste une mission importante du service. L'inclusion active dans des cohortes, essais, dont l'ANRS est le principal promoteur, permet le financement régulièrement renouvelé d'un mi-temps de médecin d'études cliniques. Soulignons, dans le cadre de l'évolution récente des modalités de traitement ARV, la participation en 2018 à l'essai Quatuor testant la prise d'un traitement ARV 4 jours sur 7, dans les situations de contrôle virologique (premiers résultats présentés à Mexico au Congrès de l'International AIDS Society en juillet 2019).

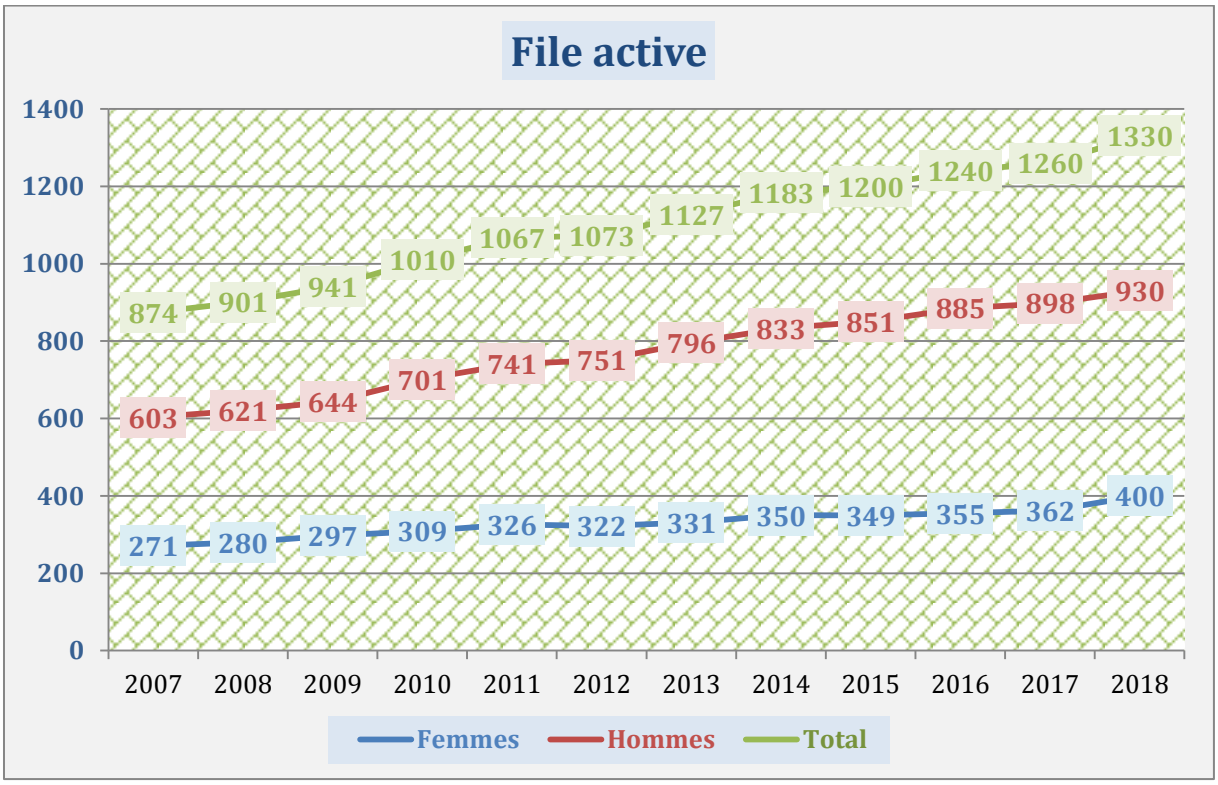
Nous vous souhaitons une bonne lecture.

II. PATIENTS INFECTES PAR LE VIH

A. Introduction

En 2018, le Trait d'Union a assuré le suivi de **1 342** personnes infectées par le VIH. L'analyse présentée ici concerne **1330** patients, en raison du refus de 12 personnes d'informatiser leur dossier médical. La figure 1 présente l'évolution annuelle, à partir de 2007, de cette file active du service (5,5% d'augmentation en 2018).

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

	Effectif	%
File active	1330	100
♦ Déjà suivis	1238	93%
♦ Nouveaux patients	92	6,9%
⇒ *Dont nouveaux dépistés*	*45*	*3,4%*
♦ Total SIDA	201	15,1%
⇒ *Dont nouveaux SIDA*	*4*	*0,3%*
♦ Décès	10	0,7%

Tableau 2 : répartition des patients selon âge et sexe

Ages	Femmes		Hommes		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
15-29 ans	**31**	7,7	**55**	5,9	**86**	6,5
30-39 ans	**90**	22,5	**135**	14,5	**225**	16,9
40-49 ans	**130**	32,6	**262**	28,2	**392**	29,5
50-59 ans	**97**	24,2	**285**	30,6	**382**	28,7
60-69 ans	**43**	10,7	**146**	15,7	**189**	14,2
70-79 ans	**6**	1,5	**39**	4,2	**45**	3,4
>80 ans	**3**	0,8	**8**	0,9	**11**	0,8
Total	400	100	930	100	1330	100

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

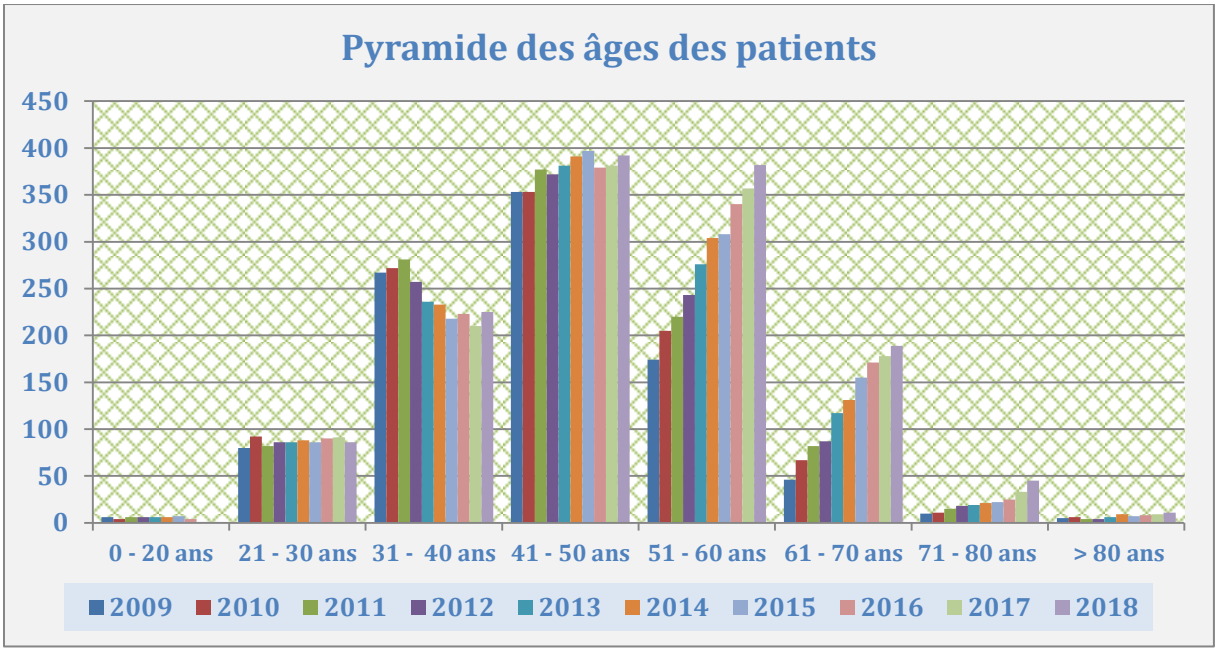
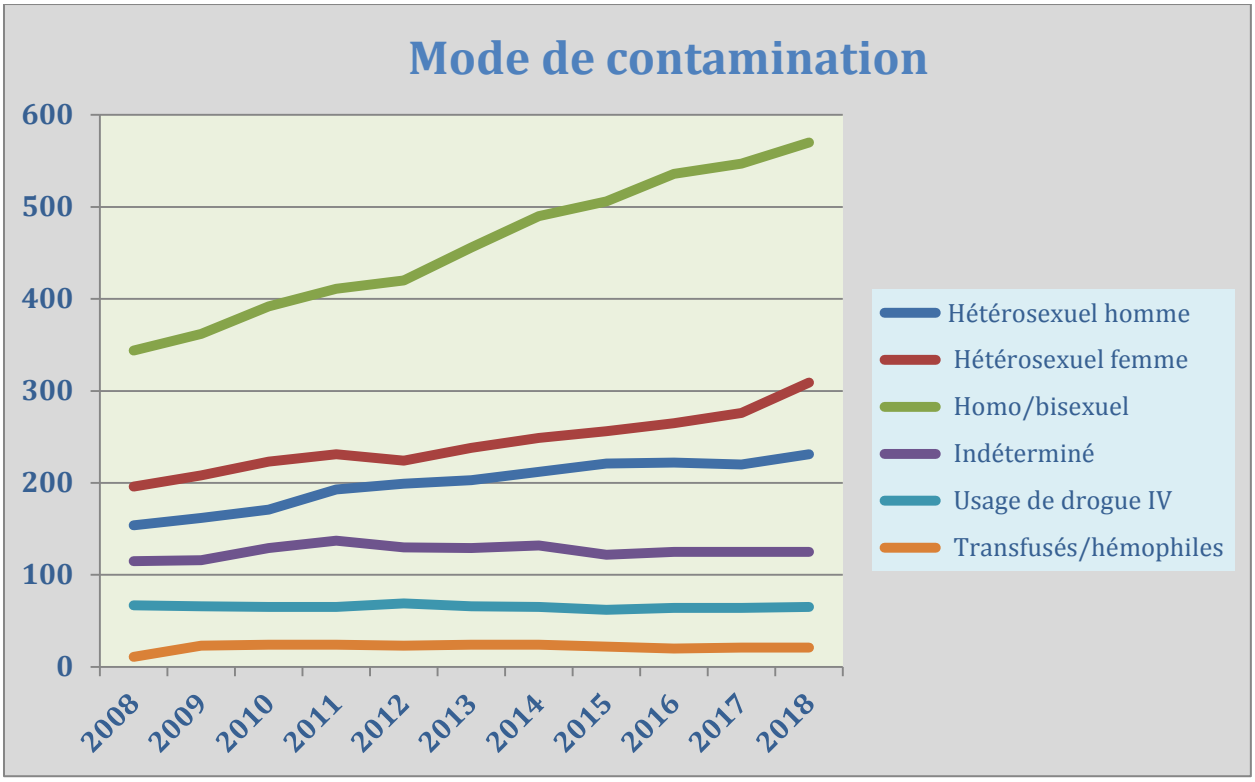


Tableau 3 : description des patients selon le mode de contamination et le sexe

Mode de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hétérosexuel	309	*77,3*	231	*24,8*	540	*40,6*
Homo/bisexuel	0		570	*61,3*	570	*42,9*
Inconnu	62	*15,4*	63	*6,8*	125	*9,3*
Toxicomanie iv	15	*3,8*	50	*5,4*	65	*4,9*
Transfusion	7	*1,8*	6	*0,7*	13	*1*
Hémophilie	0		8	*0,8*	8	*0,6*
AES	1	*0,2*	0		1	*0,1*
Materno-fœtal	6	*1,5*	2	*0,2*	8	*0,6*
Total	400	100	930	100	1260	100

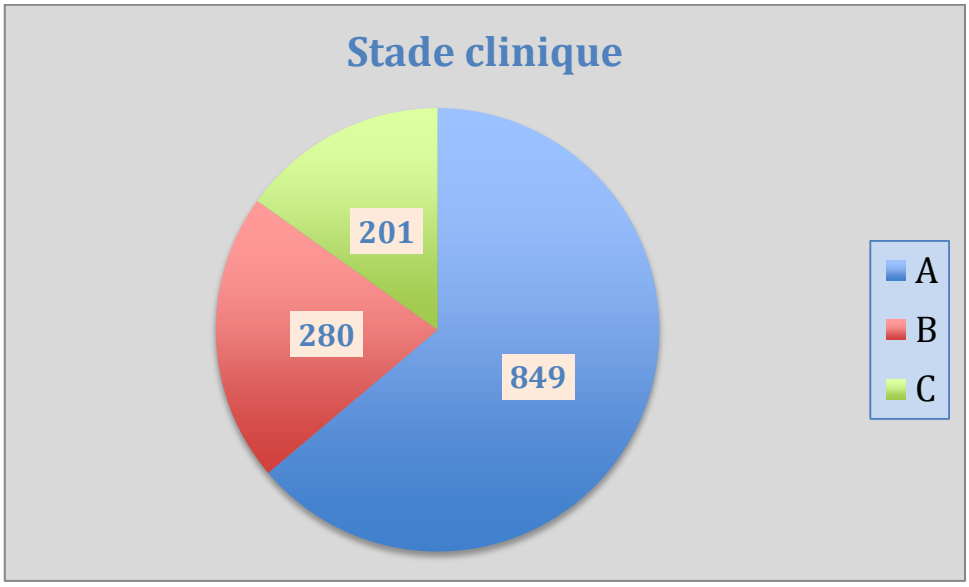
Figure 3 : mode de contamination selon l'année



C. Stade clinique

Environ 2/3 des patients sont asymptomatiques sur le plan clinique (63,8%), et 15,1% sont au stade de SIDA (C). Il n'y a pas de changement significatif depuis plusieurs années (16% au stade C en 2010).

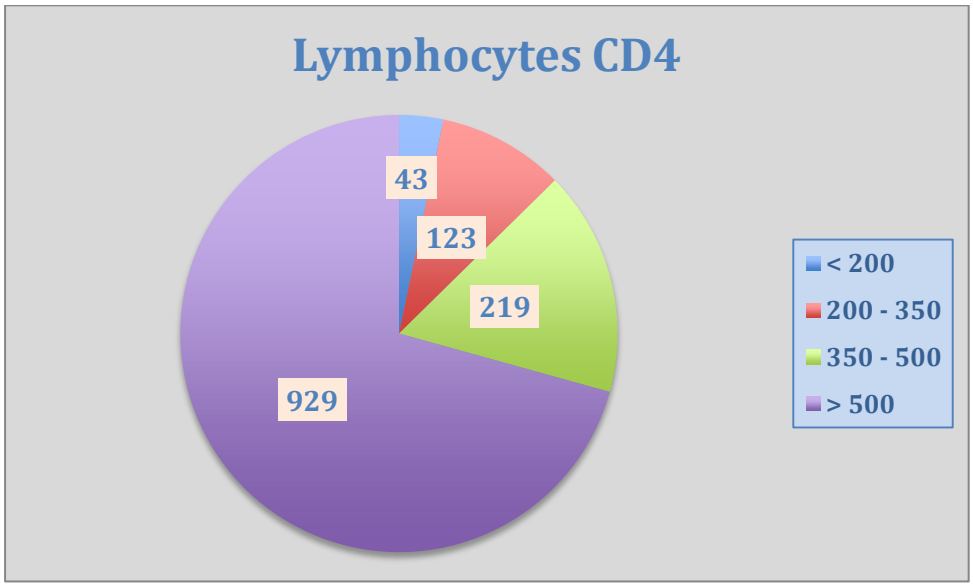
Figure 4 : stade clinique (classification CDC 1993) de la file active



D. Situation immuno-virologique

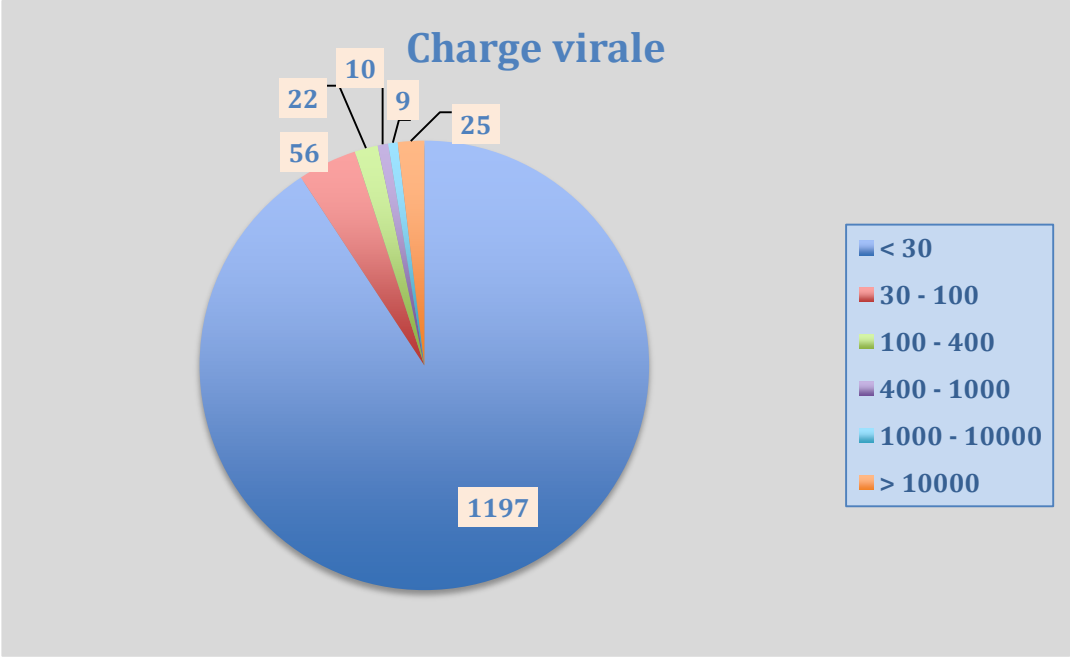
Un résultat de lymphocytes CD4 est disponible pour 1314 patients, seuls 3,3% ont un résultat < 200/mm³, et 67% des patients ont des lymphocytes CD4 normaux en valeur absolue.

Figure 5 : répartition des lymphocytes CD4/mm³



Un résultat de charge virale est disponible pour 1319 patients (quel que soit le statut thérapeutique), dont 90,7% ont un résultat < au seuil de détection (30 copies/ml).

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



E. Virologie

Le sous-type B reste majoritaire : 58% des 780 patients pour lequel le typage est disponible. Parmi les sous-types non B, le CRF02_AG reste nettement prédominant (39%).

Figure 7 : répartition des sous-types VIH-1

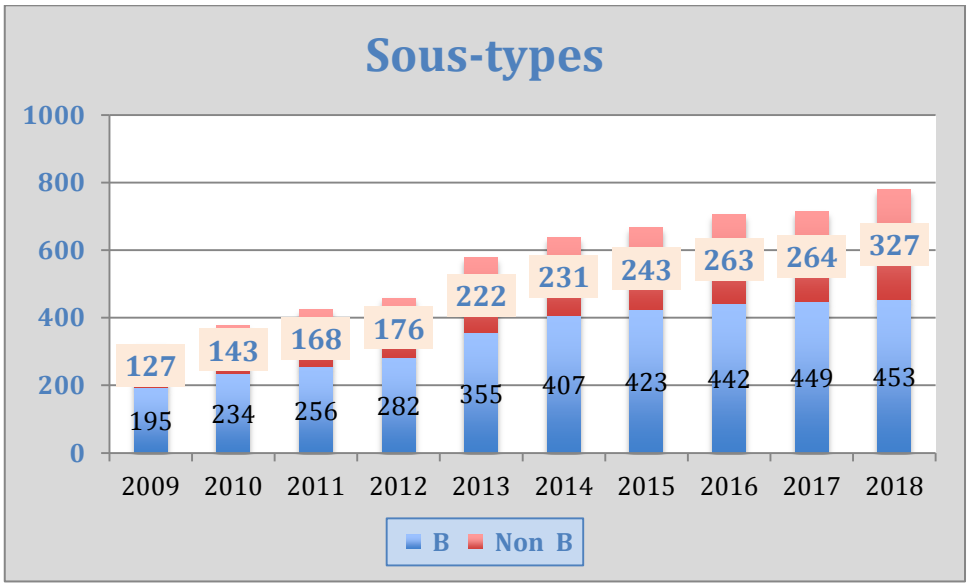
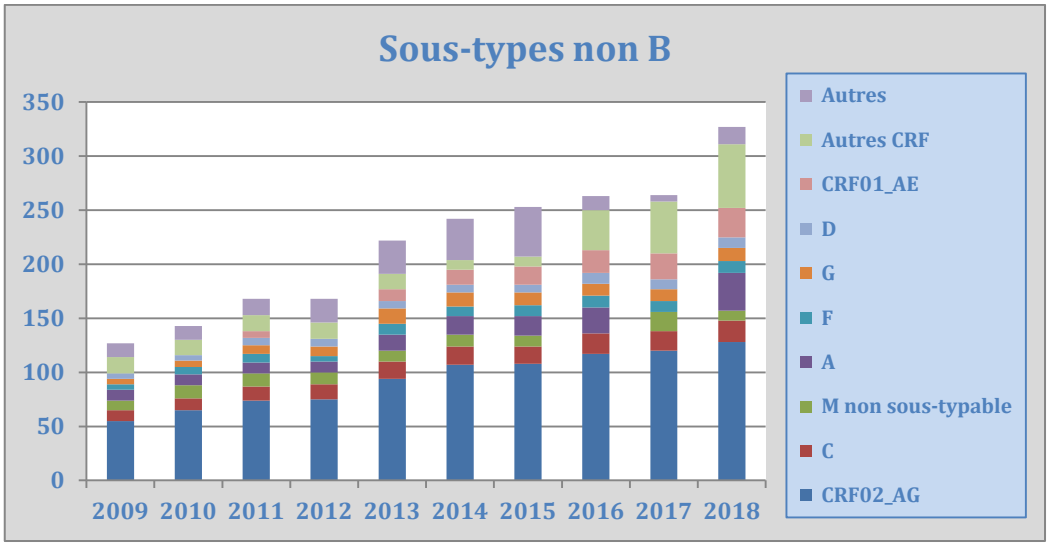


Figure 8 : répartition des sous-types non B



F. Comorbidités

Les tableaux suivants montrent la fréquence des co-morbidités, du tabagisme, et des traitements de ces co-morbidités. Les pathologies cardio-vasculaires continuent à augmenter. Il n'y a pas de modification significative de la fréquence du tabagisme, qui reste élevée (36.2%).

Tableau 4 : fréquence des comorbidités dans le temps

	2015		2016		2017		2018	
Antécédents	N	% file active	N	% file active	N	% file active	N	% file active
Diabète	80	6.7	88	7.1	89	7	92	6,9
HTA	211	17.6	212	17.1	225	17.8	245	18,4
Insuffisance rénale	41	3.4	44	3.5	47	3.7	48	3,6
Dyslipidémie	239	19.9	242	19.5	242	19.2	247	18,6
Pathologie cardiaque	99	8.2	144	11.6	151	12	165	12,4
AVC	25	2.1	25	2	30	2.4	32	2,4
Ostéoporose	29	2.4	29	2.3	34	2.7	36	2,7
Dépression	179	14.9	183	14.8	181	14.4	183	13,7
Cancer	96	8	105	8.5	109	8.6	112	8,4

Tableau 5 : fréquence des traitements de comorbidités

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Anti-dépresseur	6.4 %	6.6 %	7.1%	6%	6.4%	5.5%	5.6%
Anti-diabétique	4.3 %	5 %	5.2%	5.6%	5.8%	5.5%	5.3%
Hypolipémiant	17.9 %	-	16.4%	15.9%	15.2%	14.4%	13.4%
Anti-hypertenseur	19 %	18.8 %	19.3%	20.7%	20.7%	20.8%	21%

Figure 9 : fréquence du tabagisme dans le temps

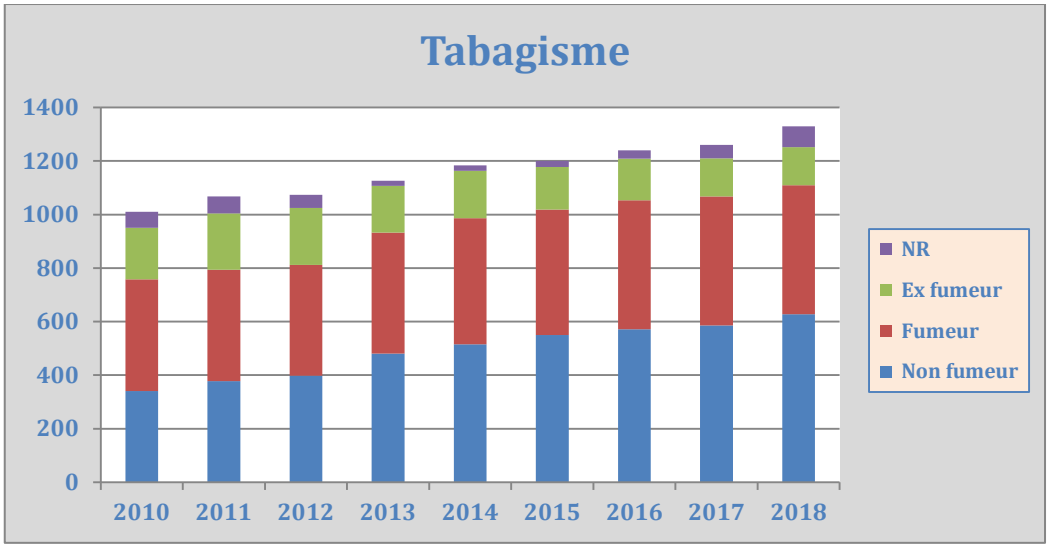
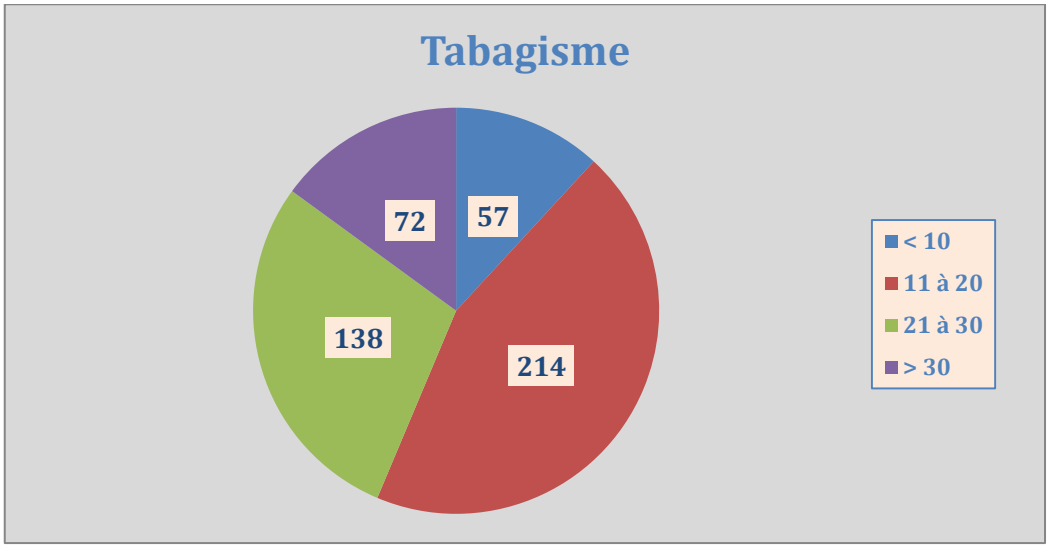


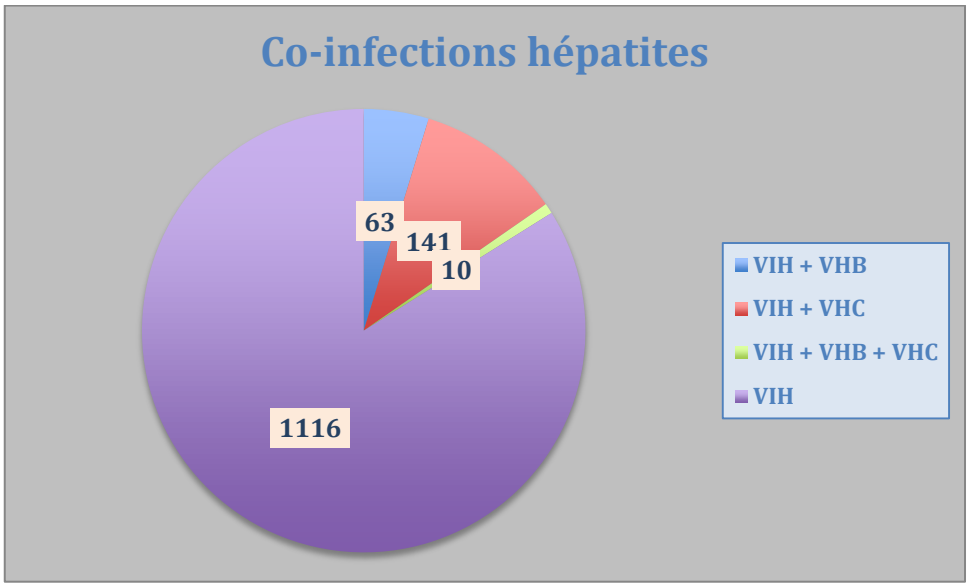
Figure 10 : intensité du tabagisme en 2018



G. Co-infections hépatites virales

214 patients sont co-infectés par le VHC (sérologie VHC positive), le VHB (Ag HBs positif), ou les 2, soit 16.1 % de la file active (figure 11). **Parmi les patients co-infectés VIH-VHC, seuls 10 (0.8 % de la file active) sont virémiques pour le VHC**.

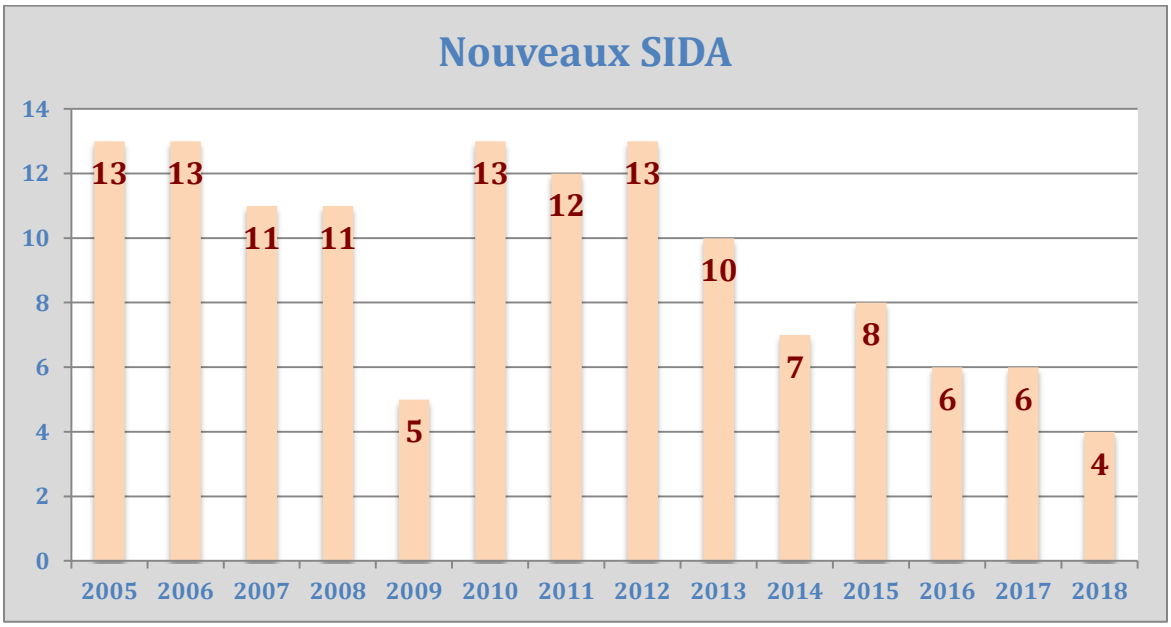
Figure 11 : fréquence des co-infections hépatites virales



H. Nouveaux cas de SIDA

En 2018, 4 patients sont passés au stade C de la classification internationale des CDC. L'âge médian est de 42 ans (25 - 54 ans), le mode de contamination VIH est hétérosexuel (2) et inconnu (2).

Figure 12 : nouveaux cas de SIDA dans le temps



Les complications classantes sont :

- Candidose oesophagienne : 3
- Cancer invasif du col utérin : 1

La médiane des lymphocytes CD4 au diagnostic de stade C est de 175/mm³ (9 – 350). Trois patients sont en échec virologique au diagnostic, le dernier avait été dépisté VIH positif peu auparavant.

I. Décès

10 patients (2 femmes, 8 hommes) sont décédés en 2018 des causes suivantes :

- Accident vasculaire cérébral hémorragique (2),
- Hémorragie cérébrale lors d'un AVP,
- Suicide,
- Pneumopathie d'inhalation sur anciennes séquelles neurologiques sévères,
- Lymphome à grandes cellules (2),
- Tumeur digestive métastasée (1)
- Carcinome épidermoïde (1),
- Carcinome urothélial (1)

Leur âge médian était de 51.5 ans (37 - 69 ans), la durée médiane de séropositivité connue était de 15.5 ans (1 – 32 ans). Ils étaient tous en CV indétectable sur le dernier prélèvement disponible.

J. Nouveaux dépistés (dans l'année)

En 2018, 44 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 (candidose oesophagienne).

Tableau 6 : âge des nouveaux dépistés

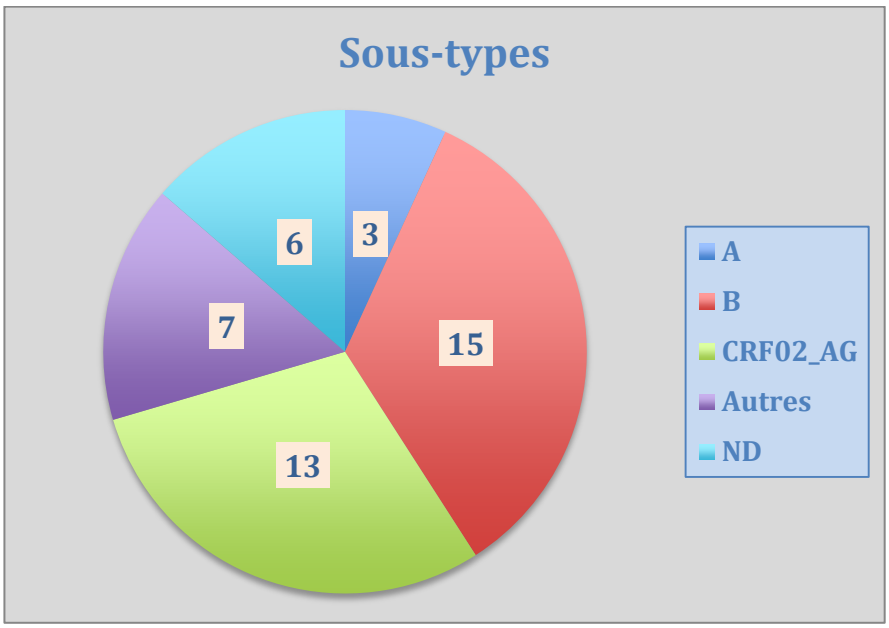
	Effectif	Age médian
Hommes	32	33 ans (15 – 69)
Femmes	12	41 ans (20 – 69)
Total	44	38 ans (15 – 69)

Tableau 7 : mode de contamination des nouveaux dépistés

	Femmes	Hommes	Total
Hétérosexuel	10 (83%)	9 (28%)	19 (43%)
Homo/bisexuel		19 (60%)	19 (43%)
Toxicomanie IV		1 (3%)	1 (2%)
Inconnu	2 (17%)	3 (9%)	5 (12%)
Total	12 (100%)	32 (100%)	44 (100%)

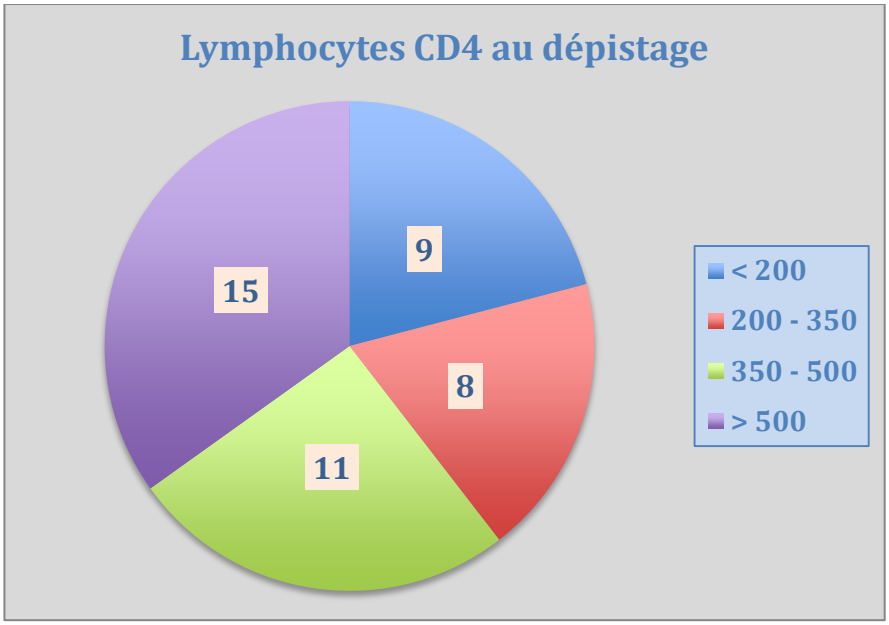
Le sous-type du VIH-1 chez ces personnes récemment dépistées est majoritairement B (15/44 soit 34%), mais la proportion est plus faible que sur l'ensemble de la population.

Figure 13 : répartition des sous-types



Les lymphocytes CD4 sont < 350/mm³ au dépistage chez 17/44 patients, soit 38,6% (52% en 2017), et < 200/mm³ dans 20% des cas (30% en 2017) ! Les patients sont dépistés plus précocement en 2018.

Figure 14 : 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 personnes par an), sauf en 2014 (effet du Tasp ?), et maintenant en 2018 ... (à confirmer ..., effet Prep ?).

Figure 15 : nombre de nouveaux dépistés chaque année depuis 2010

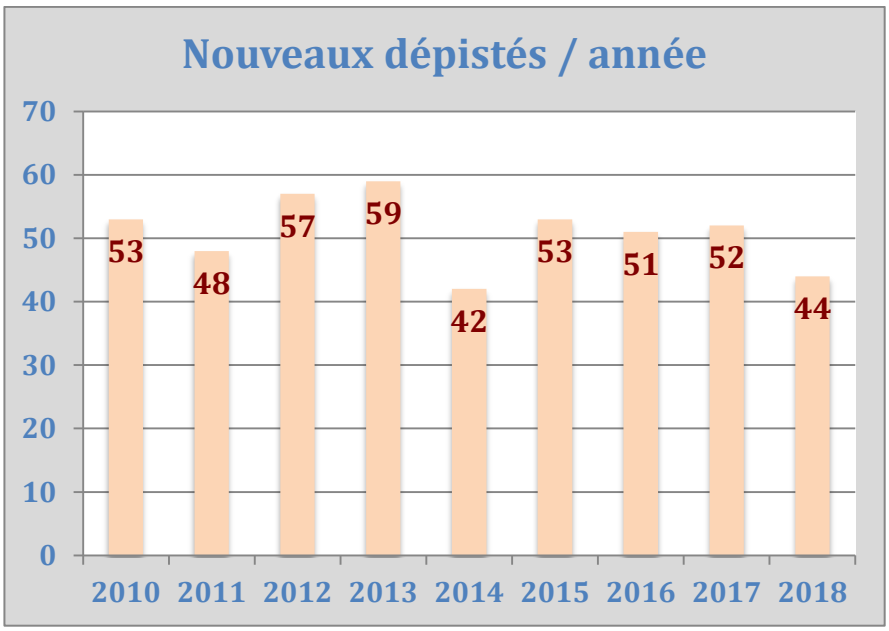
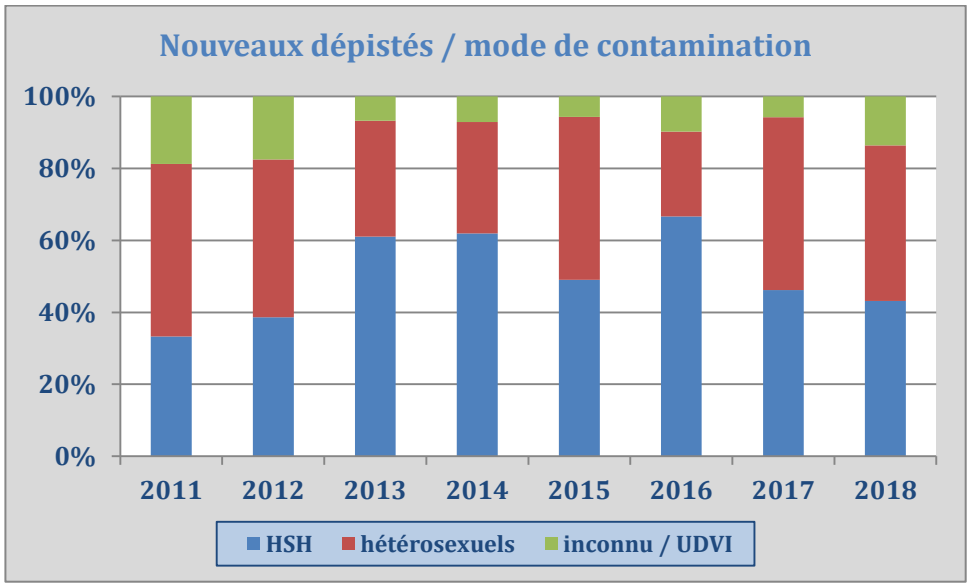


Figure 16 : évolution du mode de contamination parmi les nouveaux dépistés

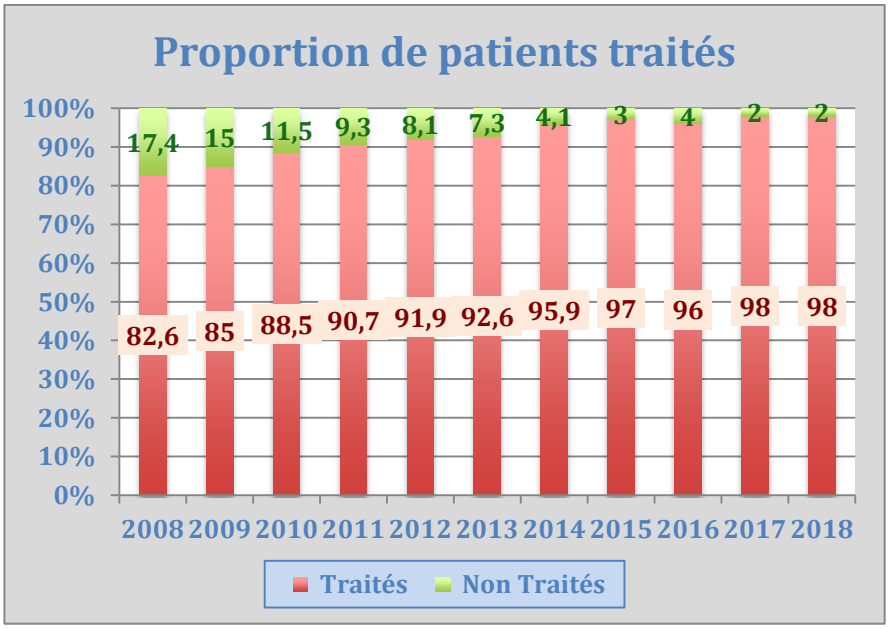


K. Traitements antirétroviraux

1. Proportion de patients traités

Elle augmente régulièrement jusqu'en 2015, seuls 2% des patients ne sont pas sous ARV en 2017 et en 2018.

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 3ème agent (78.5%), mais en lente diminution (82,4% en 2016 et 78.5% en 2017). Le 3ème agent (tableau 8) :

- reste souvent un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse **(31,6%)**, mais en diminution depuis 2014, sensiblement stabilisée depuis 2017 ;
- l'utilisation d'un inhibiteur de protéase boosté **(11,1%)**, après une régulière diminution, s'est stabilisée ;
- est le plus souvent un inhibiteur d'intégrase **(35%** en rassemblant II boosté ou non).

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 2018 (tableau 9), seuls 16.7% des premiers traitements sont à base d'IP boosté, et 64.8% comportent un II boosté ou non en première ligne.**

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.

Tableau 8 : évolution des schémas thérapeutiques dans le temps

Schéma thérapeutique actuel	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	N	%	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**	412	**31.6**
2N + 1II	102	**10,5**	96	**10**	99	**9,5**	141	**13**	284	**24,4**	297	**24,8**	341	**27,7**	338	**26**
2N + 1IPb	308	**31,8**	282	**29,5**	250	**23,9**	190	**18**	160	**13,7**	156	**13**	132	**10,7**	145	**11.1**
2N + 1IIb											70	**5,9**	99	**8**	116	**8.9**
1NN + 1II	14	**1,4**	16	**1,7**	22	**2,1**	30	**2,8**	41	**3,5**	51	**4,3**	62	**5**	74	**5.7**
1N + 1II									9	**0,8**	23	**1,9**	36	**2,9**	63	**4.8**

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

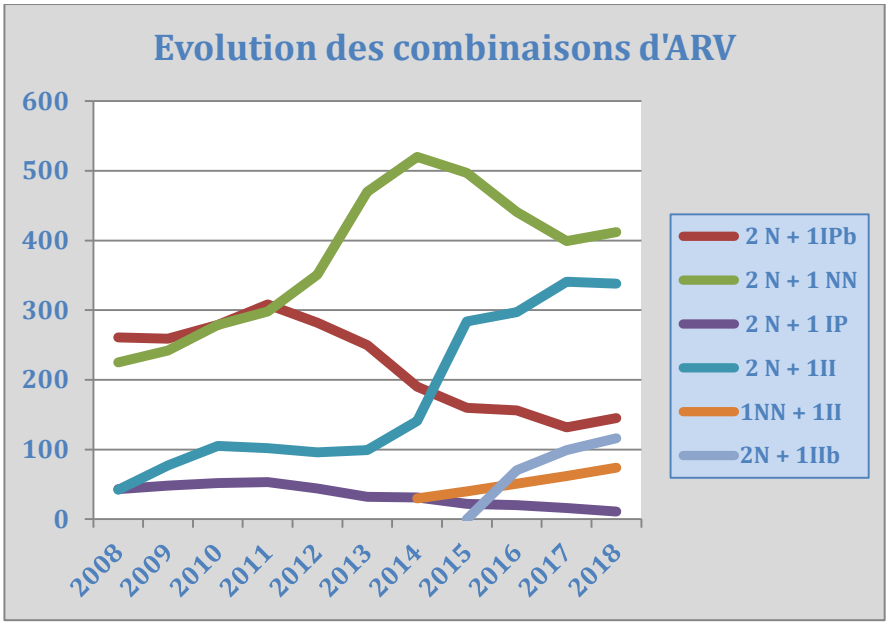
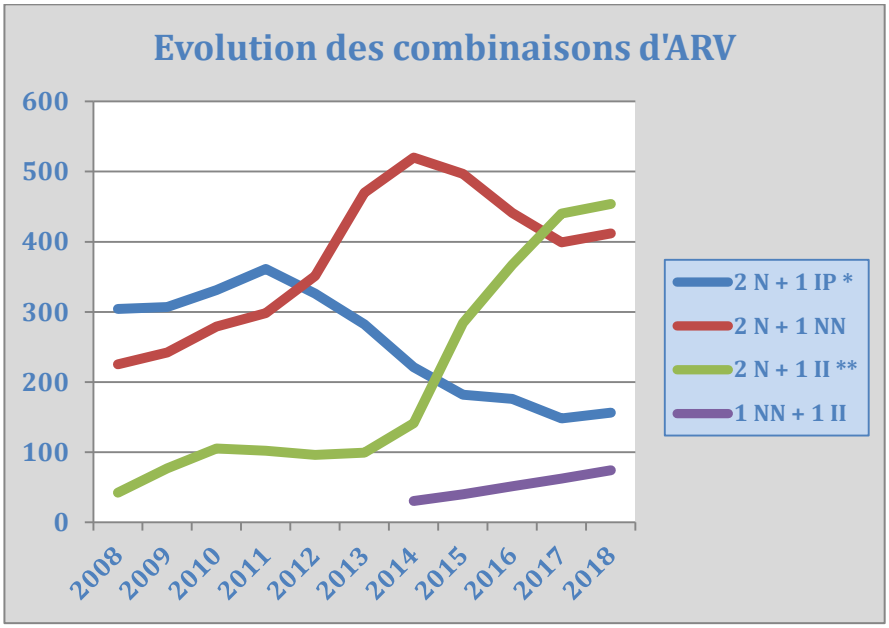


Figure 19 : évolution dans le temps des associations les plus prescrites (simplifiée)



* : IP boostée ou non
** : II boosté ou non

Tableau 9 : choix des premières lignes thérapeutiques

	2016	2017	2018
2N + 1II	51.6%	50%	48.1%
2N + 1IIb	**12.5%**	**14.5%**	**16.7%**
2N + 1 IPb	25%	25.8%	13%
2N + 1 NN	4.7%	6.5%	16.7%
Autres	6.2%	3.2%	5.5%

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 est abacavir/3TC, mais est supplantée par Ténofovir ou TAF, combinés au FTC. Rilpivirine, Darunavir boosté, et Dolutégravir sont respectivement l'INNTI, l'IP et l'II largement majoritaires.

Tableau 10 : molécules ARV prescrites

ARV	2015	2016	2017	2018
	INTI			
Ténofovir/emtricitabine	593	569	452	397
Abacavir/lamivudine	378	419	437	439
TAF/emtricitabine			95	192
Lamivudine	27	27	70	92
Ténofovir	22	22	22	17
Abacavir	14	13	13	3
Abacavir/lamivudine/zidovudine				1
Zidovudine/lamivudine	5	2	3	1
Emtricitabine	3	4	2	2
	INNTI			
Rilpivirine	330	312	308	361
Névirapine	104	97	91	74
Efavirenz	109	91	80	64
Etravirine	42	41	32	33
	IP			
Ritonavir	236	211	208	218
Darunavir	171	167	163	186
Atazanavir	83	77	66	46

Lopinavir	17	11	7	4
Fosamprénavir	3	2	1	1
Tipranavir	4	3	3	3
	II			
Dolutégravir	220	325	395	443
Elvitégravir	51	70	112	116
Cobicistat	51	70	112	117
Bictégravir				5
Raltégravir	131	112	96	88
	IE			
Maraviroc	25	20	19	17

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

Combinaisons ARV en cours	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Triumeq					95	195	232	**246**
Eviplera		86	202	266	263	239	219	**175**
Genvoya							95	**104**
Odefsey								**82**
Kivexa + r/Prézista	61	73	82	72	64	58	57	**40**
Truvada + r/Prézista	61	58	68	70	58	63	49	**45**
Edurant + Tivicay ou Juluca				14	26	34	46	**56**
Atripla	102	90	81	63	61	53	45	**30**
Truvada + Tivicay				23	37	36	39	**31**
Kivexa + Edurant			14	30	35	33	35	**33**
Epivir + Tivicay							35	**61**

Figure 20 : évolution des prescriptions d'analogues nucléosidiques

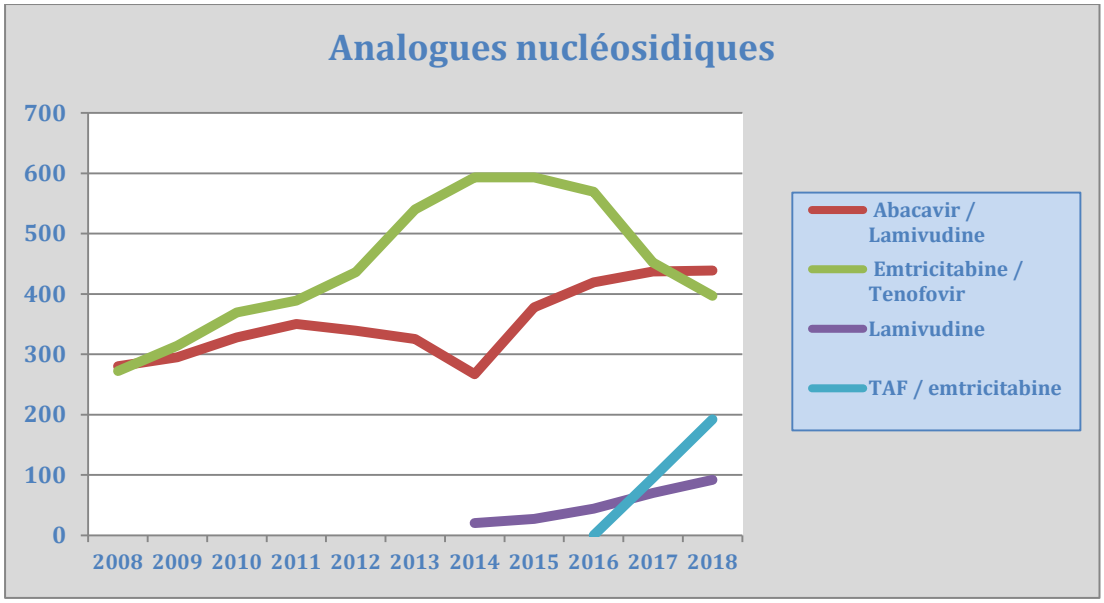
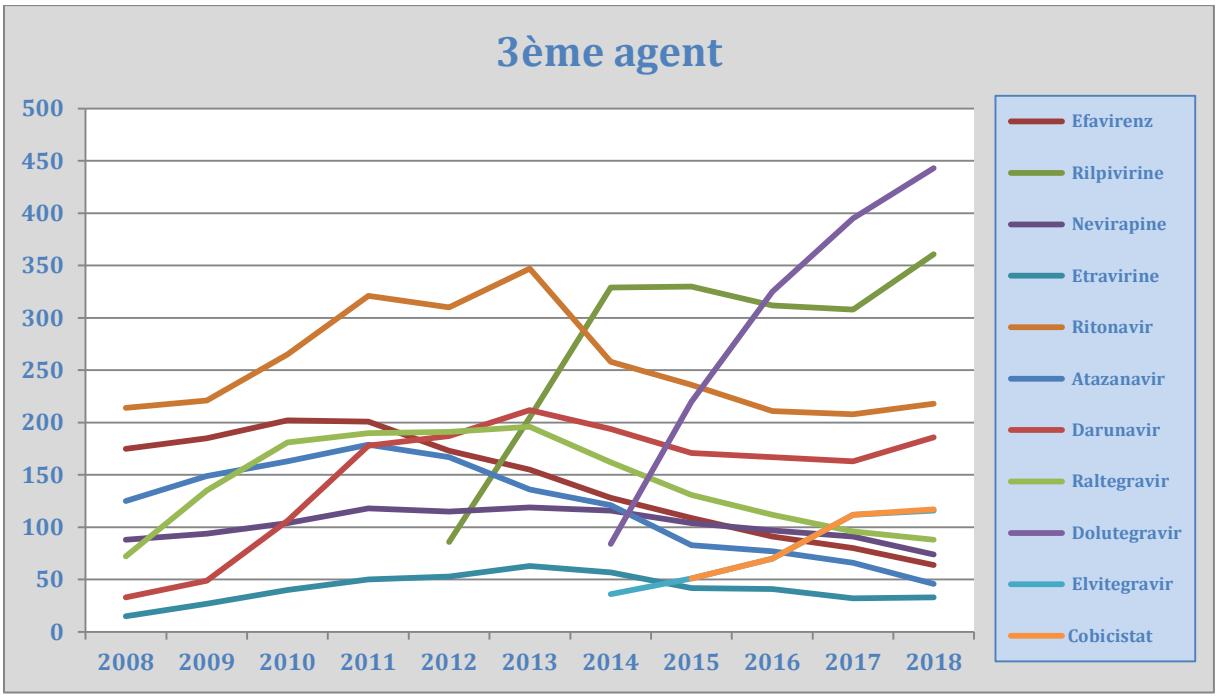


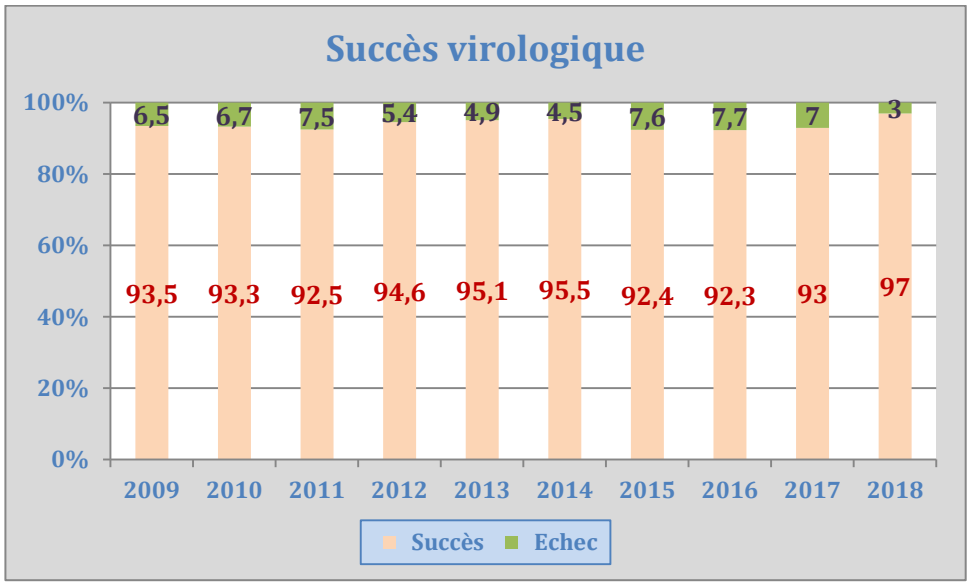
Figure 21 : évolution de la prescription du 3ème agent ARV



3. Succès virologique

La majorité des patients **sous** traitement ARV est en succès virologique (charge virale < 50 copies/ml) **: 97%**.

Figure 22 : proportion de patients en succès virologique sous traitement



L. RCP

Le dossier de 43 patients (total de 46 fiches) a été présenté et discuté en RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire), lors de 6 réunions organisées en 2018, 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 2018, le Trait d'Union a vu en consultation 263 personnes ayant eu un risque d'exposition au VIH, ou virus des hépatites B et/ou C, ou autres IST, dont 235 ont accepté l'informatisation de leur dossier médical. Nous présentons ici une synthèse de ces 235 expositions, à l'aide du logiciel NADIS.

A. Activité globale

Les figures suivantes présentent le type d'expositions prises en charge en 2018, leur évolution dans le temps depuis 2009 ; rappelons que la baisse du nombre de consultations pour exposition d'un professionnel de santé est liée à leur gestion majoritairement par téléphone ; les expositions « autres » sont détaillées plus loin, et une seule personne a consulté en 2018 pour un risque lié à un partage de matériel d'injection. Enfin, le nombre de consultations après exposition sexuelle augmente régulièrement depuis 2015.

Figure 23 : nature des AES ayant motivé une consultation en 2018

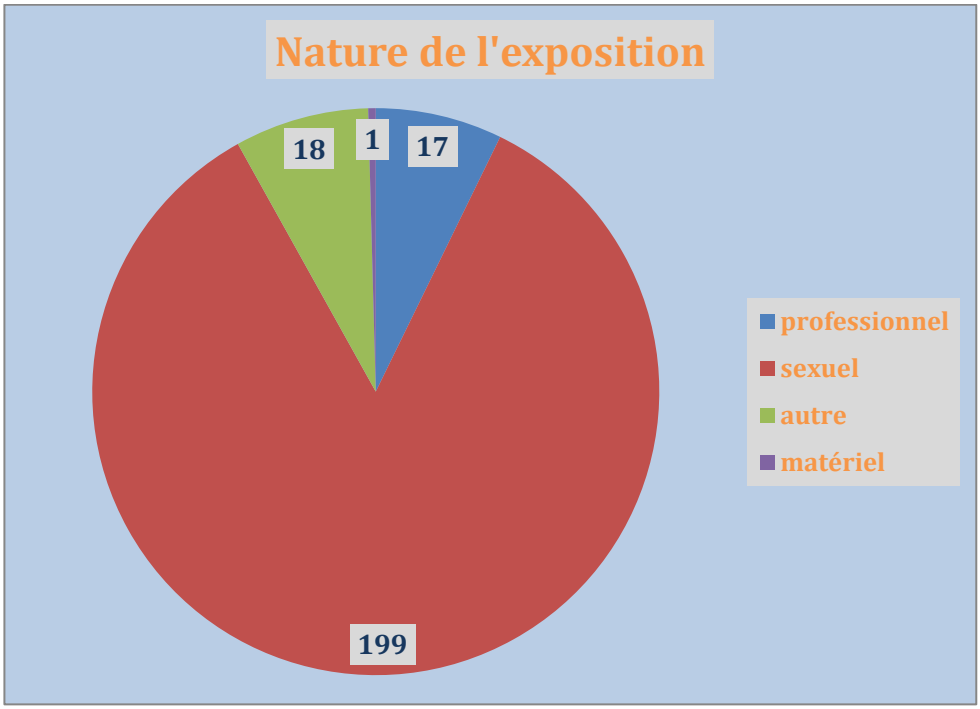
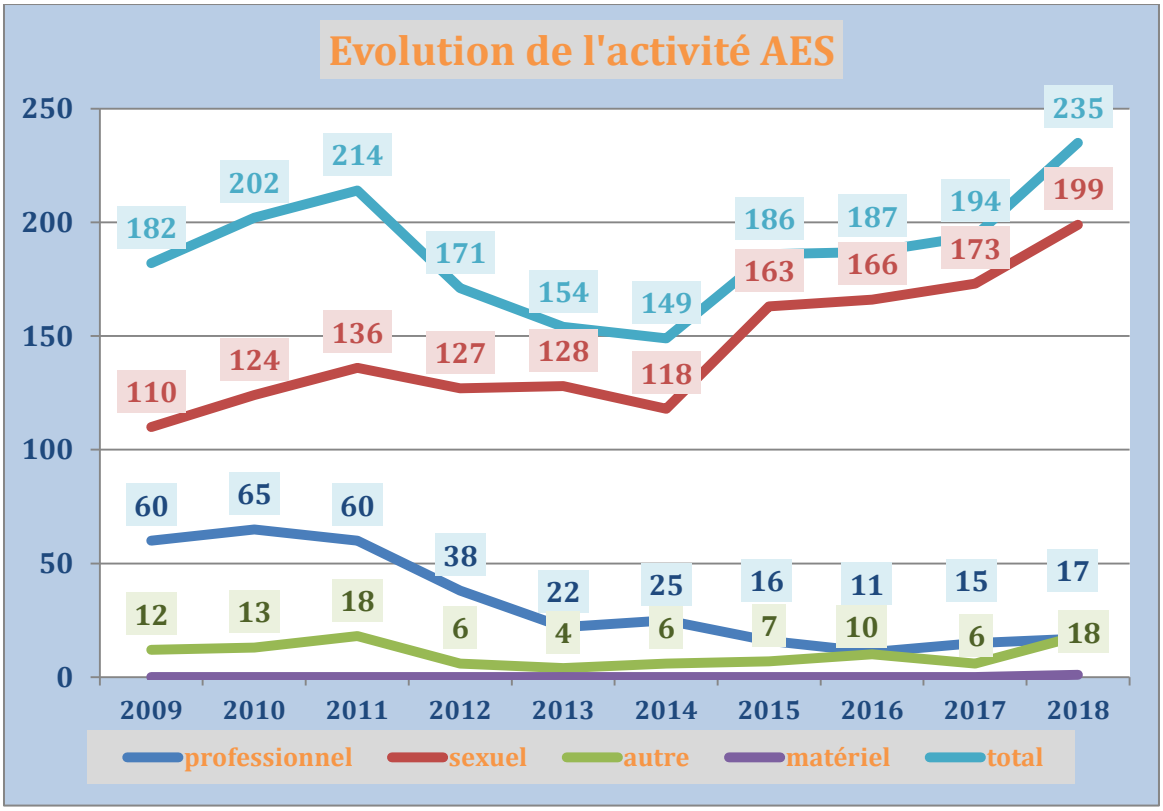


Figure 24 : évolution de l'activité AES 2009 – 2018



B. Expositions des professionnels de santé (N = 17)

Il s'agit de 3 infirmières / élèves infirmières, 2 dentaires, 2 biologistes, 1 sage-femme, 1 préparatrice en pharmacie, 1 étudiant en médecine, et 3 agents hospitaliers (4 non renseignés). L'exposition est une piqure (13) le plus souvent, ou une projection (4).

C. Expositions sexuelles (N = 199)

En 2018, les consultations pour risque sexuel ont concernées 199 personnes, d'âge médian 30 ans (extrêmes : 15-77 ans), et en majorité de sexe masculin : 140 hommes (78 HSH et 62 hétérosexuels) et 59 femmes. Le risque est un rapport sexuel non protégé dans 94 cas, et un accident de préservatif dans 90 situations (69 ruptures et 21 glissements). Enfin, il s'agissait 22 fois d'une agression sexuelle (18 femmes, 4 hommes).

D. Expositions autres (N = 18)

Il s'agit d'exposition au sang en dehors du cadre de soignants : 1 morsure, 11 piqures avec aiguille abandonnée, 1 blessure avec un fragment de verre souillé de sang, 1 projection de sang sur lésion cutanée, 1 piqure volontaire par un agresseur se disant usager de drogue par voie veineuse, des plaies lors de bagarre (2), et enfin 1 situation d'exposition plutôt salivaire (crachats dans le visage).

E. Sérologies initiales de la personne exposée

Un dépistage initial du VIH est disponible chez 192 personnes, négatif dans tous les cas.

Deux sérologies VHC initiales sont positives : l'une correspond à un faux positif connu, l'autre est une découverte d'hépatite C réplicative ; 175 personnes ont 1 sérologie VHC initiale négative.

Un résultat initial d'Ag HBs revient positif, ce qui était connu ; 129 personnes ont 1 Ag HBs initial négatif.

Enfin, 121 sérologies initiales de syphilis sont négatives, 12 ELISA s'avèrent positifs, parmi lesquels seuls 3 sont confirmés par un VDRL positif (1 syphilis traitée peu auparavant, 1 découverte de syphilis active, 1 cicatrice sérologique).

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 10 personnes ; 2 personnes sources sont connues VHC positive, aucune personne source n'est connue comme infectée VHB.

G. Suivi sérologique des personnes exposées

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

- 127 personnes pour le VIH, les sérologies sont toutes négatives (54%)
- 84 personnes pour le VHC, également toutes négatives (35.7%)
- 43 personnes pour le VHB (18.3%), toutes négatives
- et une syphilis survient durant le suivi.

H. Traitement post-exposition

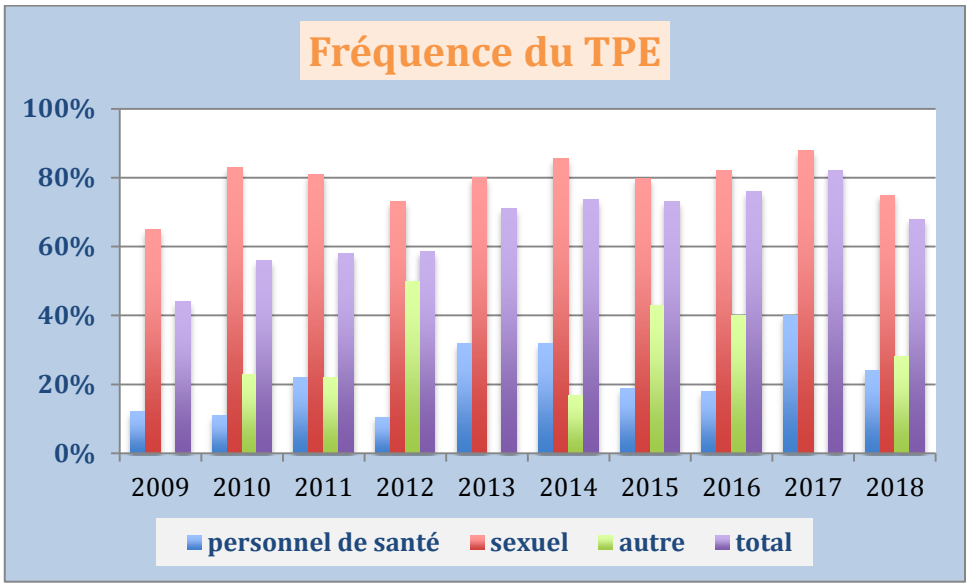
1. Fréquence

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) ; il en est de même pour les expositions « autres ».

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

Rappelons que le TPE utilisé à Strasbourg est l'Eviplera (recommandations du rapport Morlat), le Genvoya ayant été utilisé dans le cadre d'un essai clinique.

Figure 25 : fréquence du TPE selon le type d'exposition, et l'année



2. Professionnels de santé

Un TPE a été initié dans 4 situations (24%), par Eviplera (3) et Genvoya (1). Deux ont été poursuivis durant 1 mois, et 2 interrompus à J4, le dépistage du patient source s'avérant négatif.

3. Expositions autres et partage de matériel

Un TPE par Eviplera a été initié au cours de 5 expositions dites « autres », ainsi que la seule exposition par partage de matériel injectable.

4. Expositions sexuelles

Elles restent fréquemment traitées : 75%. Le TPE a été :

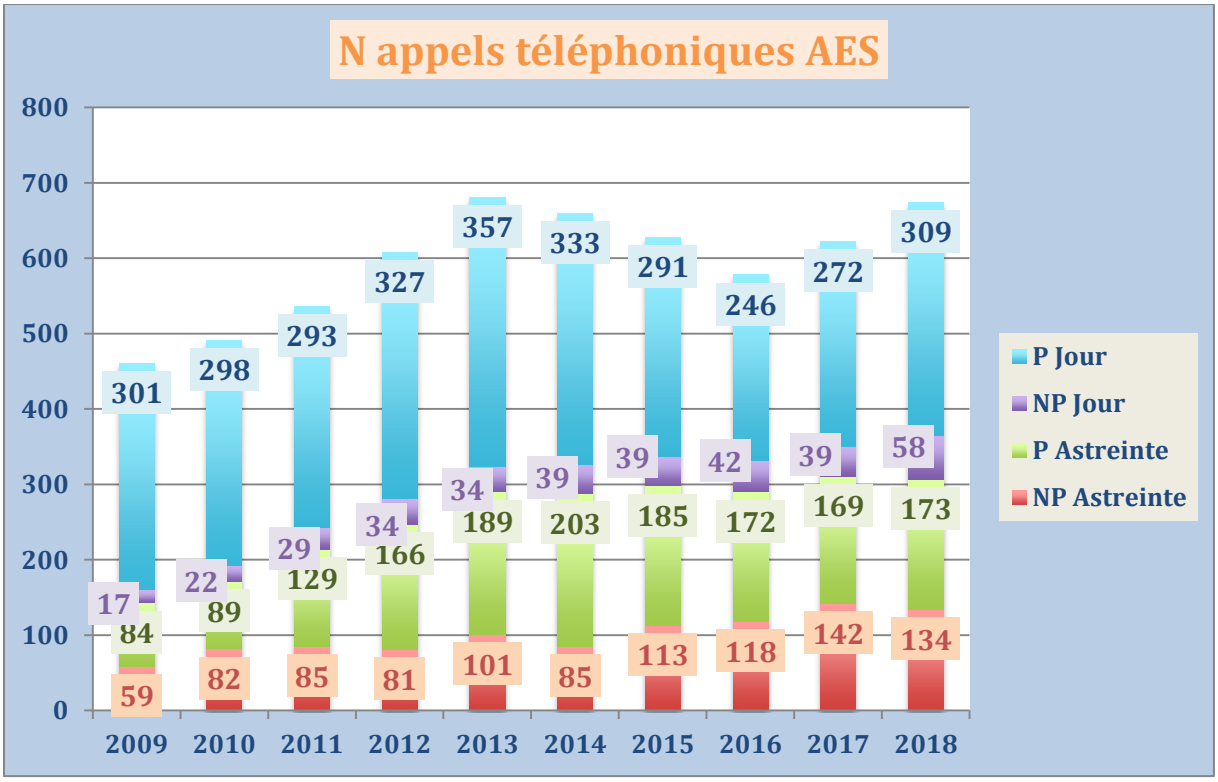
- Eviplera : 141
- Genvoya : 4
- Stribild : 1
- Emtricitabine/ténofovir DF associé à Prézista boosté : 1
- Lamivudine/zidovudine associé à Kaletra : 1 (initié ailleurs, et rapidement remplacé par Eviplera)
- Prézista boosté associé au Tivicay : 2 (partenaire sexuel en échec virologique, avec nombreuses mutations de résistance)

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 depuis 2017 (total 2018 : 674).

A. Activité globale

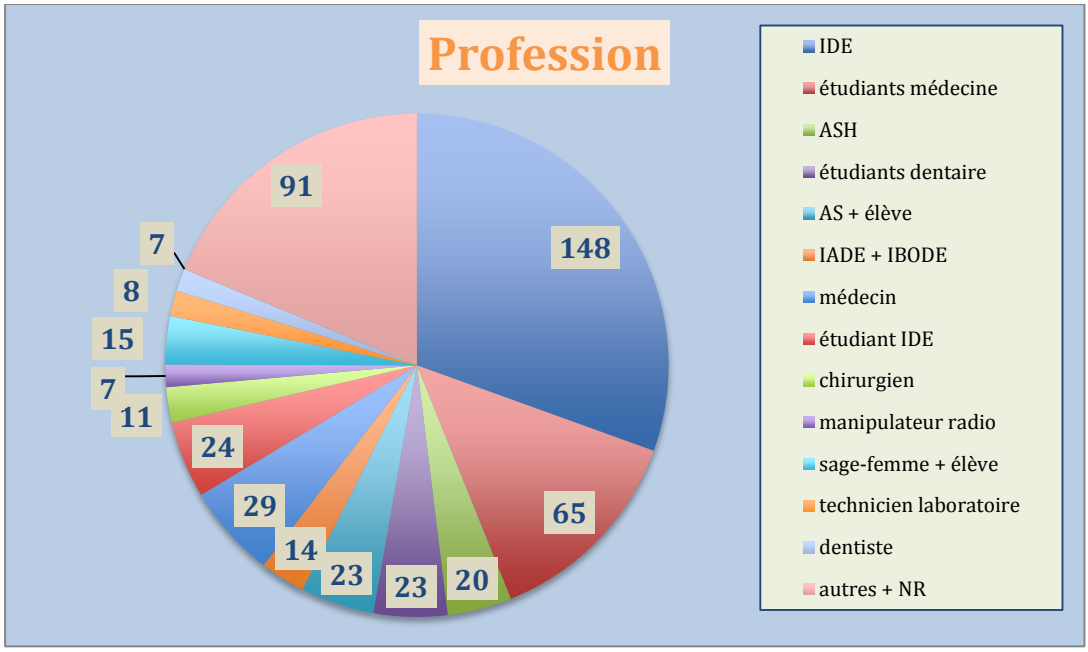
Figure 26 : nombre total d'appels téléphoniques AES selon l'année



B. AES professionnels

En 2018 nous avons répondu à 485 personnes ayant eu un AES dans un cadre professionnel (72% des appels téléphoniques), en majorité des femmes : 352 (72,5%). Il s'agit le plus souvent d'une piqure : 317 (65,3%), en majorité avec une aiguille sous-cutanée (47%). Les professions les plus « représentées » sont les infirmier(e)s et les étudiants en médecine.

Figure 27 : profession des victimes d'AES professionnel

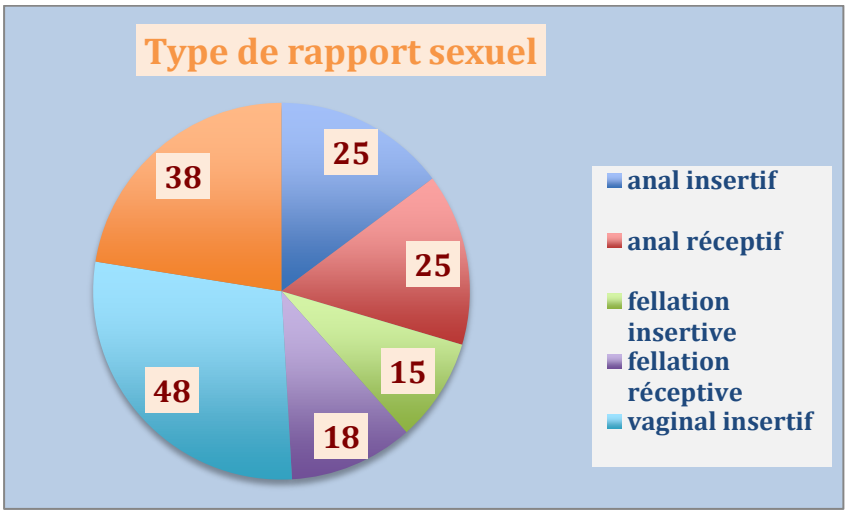


86,6% des personnes se déclarent comme étant vaccinées contre le VHB, dont 242 (50% du total) disant avoir un titre protecteur connu d'Ac anti-HBs. La proportion de patients sources ayant une sérologie positive connue VIH, VHC ou VHB (Ag HBs positif) est faible : 27, 39 et 10 respectivement. Un traitement post-exposition (TPE) est proposé dans 11 situations.

C. AES sexuels

En 2018, 166 appels téléphoniques ont concerné des expositions sexuelles (57,2% d'hommes). Le risque est hétérosexuel dans 53% des cas, et homosexuel masculin dans 23,5% des situations (sachant qu'il n'est pas renseigné pour 32 situations). Le rapport sexuel n'est pas protégé dans 45,2% des appels. Enfin, il s'agit d'une agression sexuelle dans 54 situations ! Un TPE est proposé dans 97 situations.

Figure 28 : type de rapport sexuel ayant motivé un appel téléphonique en 2018



V. CONSULTATIONS PREP

En 2018, **181** personnes différentes ont bénéficiées d'au moins une consultation Prep dans le service. Six d'entre elles ayant refusé l'informatisation, les quelques données ci-dessous portent sur **175** dossiers. Leur prise en charge a générée **533 consultations** durant l'année.

Une seule femme est suivie, les 174 hommes ont tous des rapports sexuels avec des hommes ; l'âge médian des personnes est de 36 ans (19 – 70 ans). Le bilan initial montre que 99 ont une immunité (naturelle ou vaccinale) contre le VHA (56%) ; une vaccination VHA est systématiquement proposée en l'absence d'IgG VHA. Une personne est co-infectée par le VHB (connue avant la mise sous Prep) ; on note la présence d'anti-HBs > 10 UI/L chez 139 personnes (80% d'immunité), une vaccination voire revaccination est toujours proposée en l'absence de protection.

Une Prep est instaurée chez 162 personnes (92.6%), un peu plus souvent en schéma continu (91) qu'à la demande (71) ; en sachant qu'il est possible de changer de modalité de prise dans le temps. Une personne sous schéma à la demande sera dépistée VIH positive durant le suivi (la Prep semble avoir été correctement prise d'après l'interrogatoire).

Durant le suivi, 57 personnes vont présenter une ou plusieurs IST, dont 9 syphilis, 36 infections à gonocoque et 39 infections à chlamydia trachomatis.

VI. ESSAIS CLINIQUES, COHORTES ET ETUDES OBSERVATIONNELLES

ANRS CO O6 – COHORTE PRIMO — **47 patients inclus *(3 inclus en 2018)* - 39 patients *en cours de suivi***

- Suivi dans le temps des patients très récemment infectés par le VIH-1

AC11 ANRS PRIMO – e-CRF — **59 patients inclus (*8 inclus en 2018*)**

- Le but de l'eCRF est de rentrer les primo-infections 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 *(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 C05 - VIH2 — **6 patients inclus - 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 — **33 enfants suivis de 2016 à 2018 (*12 naissances en 2018)***

- Étude prospective multicentrique de la transmission materno-fœtale du VIH-1 ou du VIH-2

ANRS CO 19 – COVERTE — **7 patients inclus - *6 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 - *9 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 - *12 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 inclus - *10 en cours de suivi***

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

ANRS AC11 Résistance - Etude INTEGRASE **19 patients inclus**

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

ANRS 169 – OPTIPRIM 2 **3 patients pré-inclus - 1 inclus *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 dolutégravir ou ténofovir/emtricitabine et darunavir/cobicistat.

ANRS 170 – QUATUOR **13 pré-inclus - 10 inclus *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

AES- GENVOYA – GERES **16 patients inclus (3 inclus en 2018) – *5 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 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'immunogénécité 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 inclu - *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 inclu - *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, BARNIG C, PARTISANI M, BECK-WIRTH G, FALLER JP, MARTINOT M, MOSHENI-ZADEH M, CHENEAU C, BATARD ML, FISCHER P, URING-LAMBERT B, BAHRAM S, REY D, FAFI-KREMER S.
Spread of HIV-DNA in CD4+ T-cell subsets depends on ART initiation timing.
Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2018, Boston, Massachssetts, USA, abstract 346.

GANTNER P, COTTE L, ALLAVENA C, BANI-SADR F, HULEUX T, DUVIVIER C, VALANTIN MA, JACOMET C, JOLY V, CHERET A, PUGLIESE P, DELOBEL P, CABIE P, REY D, for the Dat'AIDS Study Group.
Higher rates of HBsAg clearance with TDF-conyaining therapy in HBV/HIV coinfection.
Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2018, Boston, Massachssetts, USA, abstract 617.

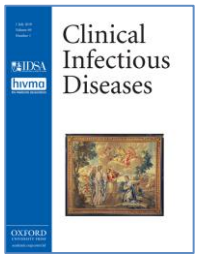
BANI-SADR F, PROVOOST A, DRAME M, COOTE L, CUZIN L, GARRAFFO R, REY D, RAFFI F, POIZOT-MARTIN I, PUGLIESE P, for the Dat'AIDS Study Group.
Le risqué de diabète est associé à la cirrhose et non à la durée de l'infection par le VHC chez les patients co-infectés VIH/VHC.
19èmes Journées Nationales d'Infectiologie, 13-15 juin 2018, Nantes, poster VIH-HEP-SP-17.

HOCQUELOUX L, ALLAVENA C, PRAZUCK T, BERNARD L, SUNDER S, ESNAULT JL, REY D, LE MOAL G, RONCATO-SABERAN M, ANDRE M, BILLAUD E, VALERY A, AVETTAND-FENOEL V, RAFFI F, PARIENTI JJ, MONCAY Study Group.
Dolutegravir monotherapy versus dolutegravir/abacavir/lamivudine for HIV-1-infected virologically suppressed patients: results from the randomized non-ineriority MONCAY trial.
22nd International AIDS Conference, July 23-27, 2018, Amsterdam, Netherlands, oral communication TUAB0103.

CUZIN L, PUGLIESE P, KATLAMA C, RAVAUX I, BANI-SADR F, FERRY T, REY D, LOURENCO J, BREGIGEON S, ALLAVENA C, REYNES J, for the Dat'AIDS Study Group.
Integrase inhibitors and neuropsychiatric adverse events in a large prospective cohort.
22nd International AIDS Conference, July 23-27, 2018, Amsterdam, Netherlands, oral communication TUPDB0107.

ZIEGELMEYER C, GANTNER P, FAFI-KREMER S, CHENEAU C, BATARD ML, PRIETER M, BERNARD-HENRY C, DE MAUTORT E, ROUGIER E, FISCHER P, PARTISANI M, REY D.
Prévalence et facteurs prédictifs de résistance primaire du VIH-1 aux antirétroviraux chez les patients nouvellement dépistés de 2009 à 2017.
19ème congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS), 11-12 octobre 2018, Reims, poster P61.

B. Revues



PIROTH L, LAUNAY O, MIAILHES P, CARRAT F, REY D
Isolated anti-HBc serological profile: has the time come to vaccinate ?
Clin Infect Dis 2018;66:317-318.

NORDMANN S, VILOTITCH A, ROUX P, ESTERLE L, SPIRE B, MARCELLIN F, SALMON-CERON D, DABIS F, CHAS J, REY D, WITTKOP L, SOGNI P, CARRIERI P, ANRS CO13 Hepavih Study Group.
Daily cannabis and reduced risk of steatosis in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-co-infected patients (ANRS CO13-HEPAVIH).
J Viral Hepat 2018;25:171-179.

GANTNER P, LEE G, REY D, MESPLEDE T, PARTISANI M, CHENEAU C, BECK-WIRTH G, FALLER JP, MOHSENI ZADEH M, MARTINOT M, WAINBERG M, FAFI-KREMER S.
Dolutegravir reshapes the genetic diversity of HIV-1 reservoirs.
J Antimicrob Chemother 2018;73:1045-1053.

CUZIN L, PUGLIESE P, KATLAMA C, BANI-SADR F, FERRY T, REY D, LOURENCO J, BREGIGEON S, ALLAVENA C, REYNES J, CABIE A, Dat'AIDS Study Group.
Integrase strand transfer inhibitors and neuropsychiatric adverse events in a large prospective cohort.
J Antimicrob Chemother 2018;doi:10.1093/jac/dky497

PROVOOST A, DRAME M, COOTE L, CUZIN L, GARRAFFO R, REY D, RAFFI F, POIZOT-MARTIN I, PUGLIESE P, BANI-SADR F, for the Dat'AIDS Study Group.
Risk of diabetes in HIV-infected patients is associated with cirrhosis but not with chronic HCV co-infection in a French nationwide cohort.
Aliment Pharmacol Ther 2018;48:281-289

GANTNER P, BARNIG C, PARTISANI M, LEE GQ, 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 cells subsets depend on ART initiation timing.
AIDS 2018;32:921-926

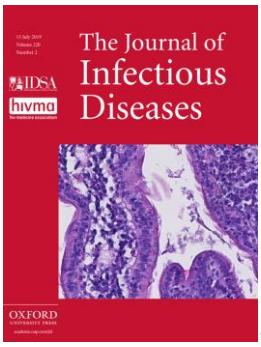
PRADAT P, HULEUX T, RAFFI F, DELOBEL P, VALANTIN MA, POIZOT-MARTIN I, PUGLIESE P, REYNES J, REY D, HOEN B, CABIE A, BANI-SADR F, CHERET A, DIVIVIER C, JACOMET C, FRESARD A, HUSTACHE-MATHIEU L, COTTE L, for the Dat'AIDS Study Group.
Incidence of new hepatitis C infection is still increasing in French MSM living with HIV.
AIDS 2018;32:1077-1082.

HENTZIEN M, DELPIERRE C, PUGLIESE P, ALLAVENA C, JACOMET C, VALANTIN MA, CABIE A, CUZIN L, REY D, BANI-SADR F, DRAME M, for the Dat'AIDS Study Group.
Derivation and internal validation of a mortality risk index for aged people living with HIV : the Dat'AIDS score.
PLoS ONE 2018;13(4)e0195725

ALLAVENA C, HANF M, REY D, DUVIVIER C, BANI-SADR F, POIZOT-MARTIN I, JACOMET C, PUGLIESE P, DELOBEL P, KATLAMA C, JOLY V, CHIDIAC C, DOURNON N, MERRIEN D, MAY T, REYNES J, GAGNEUX-BRUNON A, CHIROUZE C, HULEUX T, CABIE A, RAFFI F, the Dat'AIDS Study Group.
Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population : the challenge of geriatric patients.
PLoS ONE 2018;13(9):e0203895.

DE MONTEYNARD LA, MATHERON S, GRABAR S, DE TRUCHIS P, GILQUIN J, PAVIE J, LAUNAY O, MEYNARD JL, KHUONG-JOSSES MA, REY D, MAHAMAT A, DRAY-SPIRA R, SIMON A, COSTAGLIOLA D, ABGRALL S, FHDH-ANRS C04.
Influence of geographic origin on AIDS and serious non-AIDS morbidity/mortality during cART among heterosexual HIV-infected men and women in France.
PLoS One 2018;13(10)e0205385

COTTE L, CUA E, REYNES J, RAFFI F, REY D, DELOBEL P, GAGNEUX-BRUNON A, JACOMET C, PALICH R, LAROCHE H, CABIE A, HOEN B, CHIDIAC C, PRADAT P, for the Dat'AIDS Study Group.
Hepatitis C virus incidence in HIV-infected and in preexposure prophylaxis (PrEP)-using men having sex with men.
Liver International 2018 :1-5



STEFIC K, NOVELLI S, MAHJOUB N, SENG R, MOLINA JM, CHENEAU C, BARIN F, CHAIX ML, MEYER L, DELAUGERRE C, French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS) PRIMO Study Group.
Nonreactive human immunodeficiency virus type 1 rapid tests after sustained viral suppression following antiretroviral therapy initiation during primary infection.
J Infect Dis 2018;217:1793-1797.

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 3ème cycle des études médicales en Médecine Interne et en Médecine Générale. Une interne a effectué un stage d'un semestre au service de mai à octobre 2018 (médecine interne).

B. Enseignement, formations

Encadrement d'étudiants		
Etudiants en Médecine (DFASM I)	14 étudiants accueillis, stages habituellement de 2 mois	Participation aux consultations médicales
Etudiants en pharmacie (5ème année)	1 étudiante accueillie	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 (février 2018)
DU "Pathologie Tropicale"	2H sur **Infection VIH en milieu tropical et au cours du voyage**	D Rey (mars 2018)
DU "Antibiothérapie"	1H sur **Antibiothérapie au cours des IST** 2H sur **Traitements antirétroviraux (stratégies d'utilisation)**	D Rey (janvier 2018) D Rey (mars 2018)
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 (26 juin et 22 novembre 2018)
- 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. ***Intégration en 2018 au groupe de travail « risques infectieux »***.

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 22 centres VIH français).

3. COREVIH Alsace puis Grand Est

- M Partisani est **Présidente** de la COREVIH Grand Est

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.fr

5. Expertise

⇨ **Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH**

- Actualisation 2018 des Recommandations du groupe d'experts « RAPPORT 2013 » sous la direction du Pr Philippe Morlat

- D Rey membre du groupe plénier

- M Partisani, participation à l'actualisation du chapitre « désir d'enfant et grossesse » (mai 2018)

E. Thèses

Thèse présentée pour le grade de Docteur de l'Université de Strasbourg, Discipline / Spécialité : Virologie

Impact des inhibiteurs de l'intégrase sur la constitution et la compartimentalisation du réservoir viral.

Présentée par Pierre Gantner le 22 mai 2018
Thèse dirigée par : Prof Samira Fafi-Kremer
Rapporteurs : Prof Diane Descamps (Université Paris-Diderot et Nord), Prof Francis Barin (Université de Tours)
Autres membres : Prof Thierry Martin, Dr David Rey

Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en Médecine, Diplôme d'Etat, Médecine Générale

Salles de consommation à moindre risque : études qualitatives réalisées sous forme d'entretiens auprès de patients anciens usagers de drogues et de médecins généralistes alsaciens afin d'évaluer leurs perceptions et les informations reçues.

Présentée par Anne-Lise Muller-Fettet le 28 mai 2018
Président : Prof Pierre Vidailhet
Directeur : Dr Claude Bronner
Assesseurs : Prof Fabrice Berna, Dr Jérémie Jegu, Dr David Rey

IX. ACTIVITE DES INFIRMIERES

En 2018, les activités de l'équipe soignante du Trait d'Union restent variées. Comme depuis des années notre priorité est axée 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, prises 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, du ChemSex et des différentes pratiques sexuelles avec nos consultants.

- Notre rôle est également de réaliser différents **actes** techniques :

- des prélèvements sanguins, des saignées, des vaccins, des injections (IM, SC, IDR) lors des consultations pour les patients suivis soit au Trait d'Union, soit au CEGIDD, soit en consultation d'hépato-gastro-entérologie ou de pneumologie.
- pour l'année 2018, nous comptons **4581 actes** pour l'activité au sein du Trait d'Union, **560 actes** pour le pôle hépato-digestif et le service de pneumologie, ainsi que **6195 actes** dans le cadre du CeGIDD.
- nous remarquons une nette augmentation du nombre d'injections intramusculaires liée probablement à notre activité de dépistage du CeGIDD.

- 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'hépato-gastro-entérologie.

- Nous assurons des conseils d'éducation au 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.

  - Pour 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 assurons également la gestion du stock de médicaments pour les patients n'ayant pas de domicile et vivant dans la rue.

  - 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 2018, nous avons accueilli et encadré des 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** :

- chaque matin nous faisons 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 participons **à des activités « hors les murs »** :

- ces activités, liées au CeGIDD, sont de plus en plus fréquentes et nécessitent une grande disponibilité et du temps pour les réaliser.

Projets 2019 :

- Il est nécessaire d'améliorer notre formation en santé sexuelle.
- Poursuivre notre collaboration avec le service de consultations d'hépato-gastro-entérologie.
- Accueillir et former un nouvel agent.
- Etendre notre activité **« hors les murs »**.

X. ACTIVITE DES PSYCHOLOGUES

En 2018 Françoise Kauffmann a pris sa retraite début juin, Panagiotis Poulakis l'a remplacé en septembre. Toute personne consultant au service, a la possibilité d'y rencontrer un/e 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** (***A***ccident d'***E***xposition au ***S***ang ou ***S***exuel), 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, et malgré l'arrivée des traitements permettant d'être asymptomatique mais surtout non contaminant, le bouleversement psychique reste majeur et l'angoisse de mort très marquée. La prise en charge psychologique 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. Un ou plusieurs entretiens peuvent avoir lieu, donnant éventuellement suite à 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/e psychologue. Les changements dans les traitements, évènements dans la vie privée, sexuelle 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 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.

- 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.

- sur l'année 2018, il y a eu **657 consultations, pour 101 patients,** et **37 consultations pour 4 patients AES et « Prep ».** Le nombre total de RDV psychologiques pris en 2018 est supérieur à celui de consultations réalisées, vu les absences observées au service.

Travail clinique et institutionnel

- 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'Ile de France.
- participation à des commissions de la COREVIH : commission « psy-VIH » avec l'animation d'un « Groupe de travail pour une réflexion sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant des problèmes somatiques et 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.

- enseignement à l'école de sages-femmes de Strasbourg.

- participation à l'enseignement de l'Ethique Médicale aux étudiants en Médecine (DFASM1, soit 4ème année).

- intervention au J48 de l'Ecole de la Cause Freudienne comme discutante d'une séquence clinique : « Gai, gai. Marions-nous » les 16 et 17 novembre 2018 à Paris.

- animation du séminaire 2017/2018 de l'ACF-Est « la clinique des psychoses »

- intervention à la journée « Toutes positives », le 7 décembre à Strasbourg. « A quoi rêvent les femmes séropositives ? Paroles de patientes »

- formations personnelles et recherches (colloques, séminaires, groupes de travail de professionnels, …).