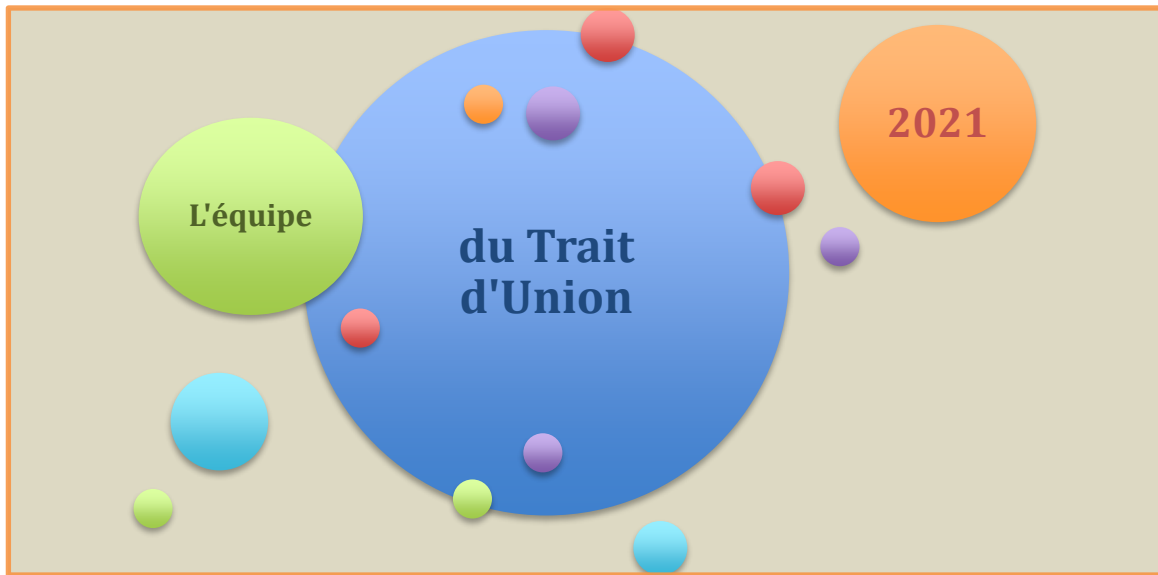


## **RAPPORT D'ACTIVITE 2021**





### Médecins

- Claudine Bernard-Henry
- Christine Cheneau
- Erik de Mautort
- Céline Melounou
- Marialuisa Partisani
- David Rey

### Infirmières

- Agnes Lacour (CeGIDD)
- Béatrice Lindecker
- Idalina Paupart
- Pauline Vauthier (CeGIDD)

### Sécrétaires

- Eliane Dubuc (CeGIDD)
- Martine Heinrich
- Cindy Zobel
- Pinar Akbas, puis Noémie Ring (CeGIDD)

### Psychologues

- Isabelle Galland
- Panagiotis Poulakis

### Assistantes sociales

- Josette Bahouka
- Valérie Laurent

### Technicienne d'Etudes Cliniques / ARC

- Patricia Fischer

## Table des matières

<b>I) EDITORIAL</b> .....	<b>5</b>
<b>II) PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH</b> .....	<b>6</b>
A) Caractéristiques globales .....	6
B) Stade Clinique .....	8
C) Situation immuno-virologique.....	8
D) Comorbidités.....	8
E) Co-infections hépatites B et C.....	9
F) Nouveaux diagnostics de SIDA - décès.....	10
G) Nouveaux dépistés .....	10
H) Traitement ARV .....	13
1) Proportion de patients traités, et succès virologique .....	13
2) Schémas thérapeutiques.....	14
I) RCP (Réunions de Concertation Pluri-disciplinaires) .....	15
J) Accouchements.....	15
K) IST (Infections Sexuellement Transmissibles).....	15
<b>III) CONSULTATIONS AES</b> .....	<b>16</b>
A) Activité globale.....	16
B) Types d'exposition .....	17
C) Suivi sérologique.....	18
D) TPE.....	18
<b>IV) AES TELEPHONIQUES</b> .....	<b>19</b>
<b>V) CONSULTATIONS PREP</b> .....	<b>20</b>
<b>VI) ESSAIS CLINIQUES</b> .....	<b>21</b>
<b>VII) PUBLICATIONS</b> .....	<b>23</b>
A) REVUES .....	23
B) CONGRES.....	25
<b>VIII) ENSEIGNEMENT – CONSEIL SCIENTIFIQUE – SOCIETE SAVANTE</b> .....	<b>26</b>
A) Enseignement - Formations.....	26
B) Conseil Scientifique – Société Savante .....	27
1) Dat'AIDS.....	27
2) SFLS .....	27
<b>IX) ACTIVITE DES INFIRMIERES</b> .....	<b>28</b>
<b>X) ACTIVITE DES PSYCHOLOGUES</b> .....	<b>30</b>
A) Travail clinique .....	30
B) Travail clinique et institutionnel.....	31
C) FIR (Formation, Information, Recherche) .....	31

## **Glossaire :**

**AES:** Accident d'Exposition Sanguin ou Sexuel

**ANRS | MIE:** Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales | Maladies Infectieuses Emergentes

**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

**COVID-19:** maladie à coronavirus 2019

**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

**IST:** Infection sexuellement transmissible

**NASH:** non alcoholic steato-hepatitis

**PI:** principal investigator

**PrEP:** Prophylaxie pré-exposition

**PVVIH:** personnes vivant avec le VIH

**RCP:** Réunion de Concertation Pluri-disciplinaire

**SARS-CoV-2:** « Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 », ou « coronavirus-2 du syndrome respiratoire aigu sévère »

**SFLS:** Société Française de Lutte contre le SIDA

**SIDA:** Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquisée

**Tasp:** Treatment as prevention

**TPE:** Traitement Post-Exposition

**VIH:** Virus de l'Immunodéficiência Humaine

**VHA:** Virus de l'Hépatite A

**VHB:** Virus de l'Hépatite B

**VHC:** Virus de l'Hépatite C

## I) EDITORIAL

2021, seconde année de crise sanitaire ! Elle est marquée par d'importantes fluctuations épidémiologiques, et surtout le déploiement de la vaccination contre le COVID. Que retenir, dans ce contexte, de l'activité du Trait d'Union ?

Son fonctionnement est à nouveau sensiblement normal, et proche de celui d'avant la crise sanitaire. Le nombre total de patients suivis augmente, les traitements anti-rétroviraux (ARV) sont davantage modifiés, notamment dans le sens de l'allègement (1/4 des patients sont sous bithérapie en 1 seul cp/j). Les infections sexuellement transmissibles augmentent aussi, traduisant probablement un relâchement des comportements, mais nécessitent prise en charge diagnostique et thérapeutique, et renforcement des messages de prévention. La principale nouveauté thérapeutique (petite révolution même), est la commercialisation en 2021 des ARV injectables, administrés par voie IM tous les 2 mois. La demande des patients est réelle, non encore quantifiable puisque la mise en place pratique ne s'est faite que début 2022. A suivre donc.

L'autre nouveauté 2021 concerne la Prep, avec l'autorisation pour le médecin généraliste de primo-prescrire cette Prep depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021. Ceci doit permettre d'élargir l'offre de Prep, et donc d'augmenter son accessibilité, puis dans un 2<sup>ème</sup> temps d'avoir un impact sur l'épidémie de l'infection par le VIH. Le nombre de personnes sous Prep vues au service reste néanmoins en nette augmentation. Il faudra très certainement un peu de temps pour que les médecins généralistes s'approprient cet outil préventif, et que les patients l'acceptent. Le Trait d'Union doit au minimum garder cette expertise, et contribuer à la formation des médecins.

L'activité de recherche clinique a été à nouveau soutenue en 2021 : visites de suivi des 500 patients inclus dans notre étude de séroprévalence du COVID chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), en collaboration avec le service des Maladies Infectieuses, et en cours d'exploitation scientifique ; évaluation de l'efficacité de la vaccination COVID des PVVIH (étude nationale COV-POPART) ; inclusions dans l'étude DUETTO (les bithérapies prises 4/7 jours sont-elles aussi efficaces que prises quotidiennement ?). C'est souligner la constante adaptation des thérapeutiques ARV.

La prise en charge des AES (accidents d'exposition au sang ou sexuels) reste une mission essentielle du Trait d'Union. Cette activité est stable dans le temps, mais est assez tristement d'actualité ces dernières semaines avec la médiatisation des piqûres malveillantes survenues dans des lieux festifs (même si le risque de transmission du VIH est extrêmement faible). En collaboration avec les services des urgences, dont celles de gynécologie (agressions sexuelles), le Trait d'Union assure la gestion immédiate du risque, le suivi des victimes, et est le recours de nombreuses autres structures en terme de conseils, et de validation de prises en charge.

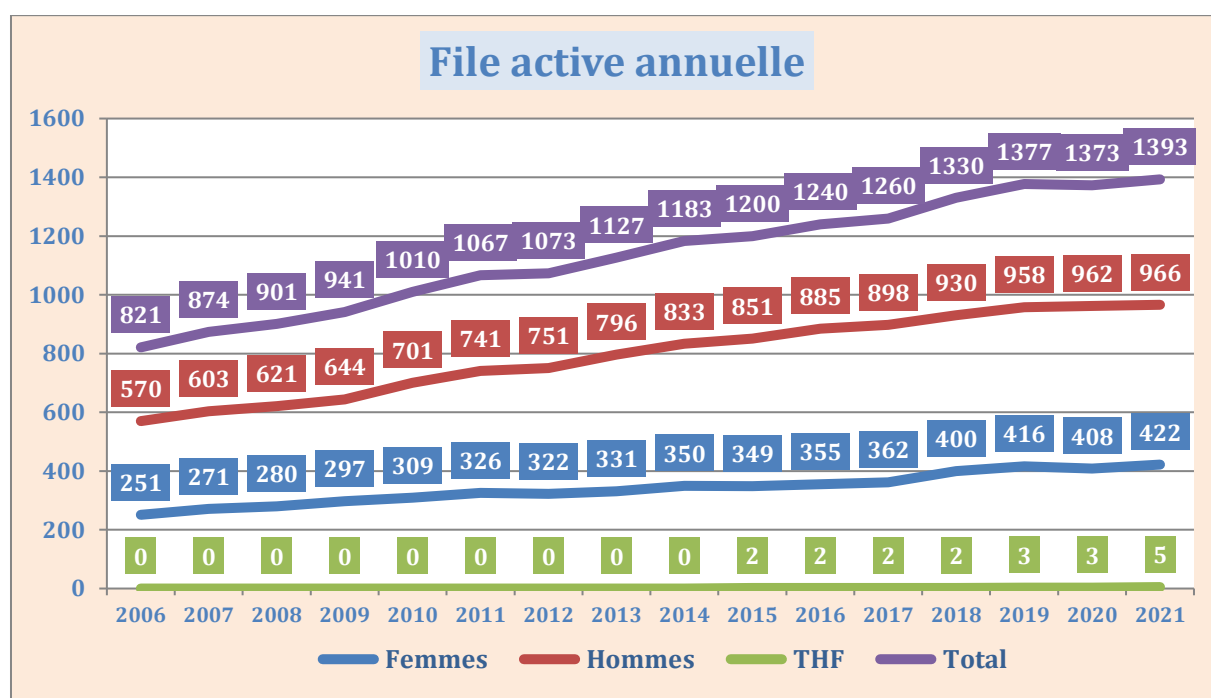
Le Trait d'Union, mutualisé depuis 2016 avec le CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, Dépistage et Diagnostic des IST), continue ainsi à remplir ses missions de service public, et maintenir son expertise, dans le domaine du VIH, de la Prep, des IST, au sein du pôle SMO des HUS, en collaboration croissante avec le service des Maladies Infectieuses.

## II) PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

### A) Caractéristiques globales

En 2021, le Trait d'Union a pris en charge **1 393** personnes vivant avec le VIH (PVVIH), c'est-à-dire ayant eu au moins une consultation dans l'année. La figure 1 montre l'évolution, dans le temps, du nombre de personnes suivies dans le service. Après une stagnation en 2020 (effet COVID ?), on constate à nouveau une augmentation en 2021.

Figure 1 : nombre total de patients suivis



Les figures suivantes (2 à 4) présentent la file active selon l'âge (répartition par tranches de 10 ans), le mode de contamination par le VIH, et le pays de naissance des personnes suivies. Le vieillissement de la population se poursuit.

Figure 2 : pyramide des âges des personnes suivies – évolution dans le temps

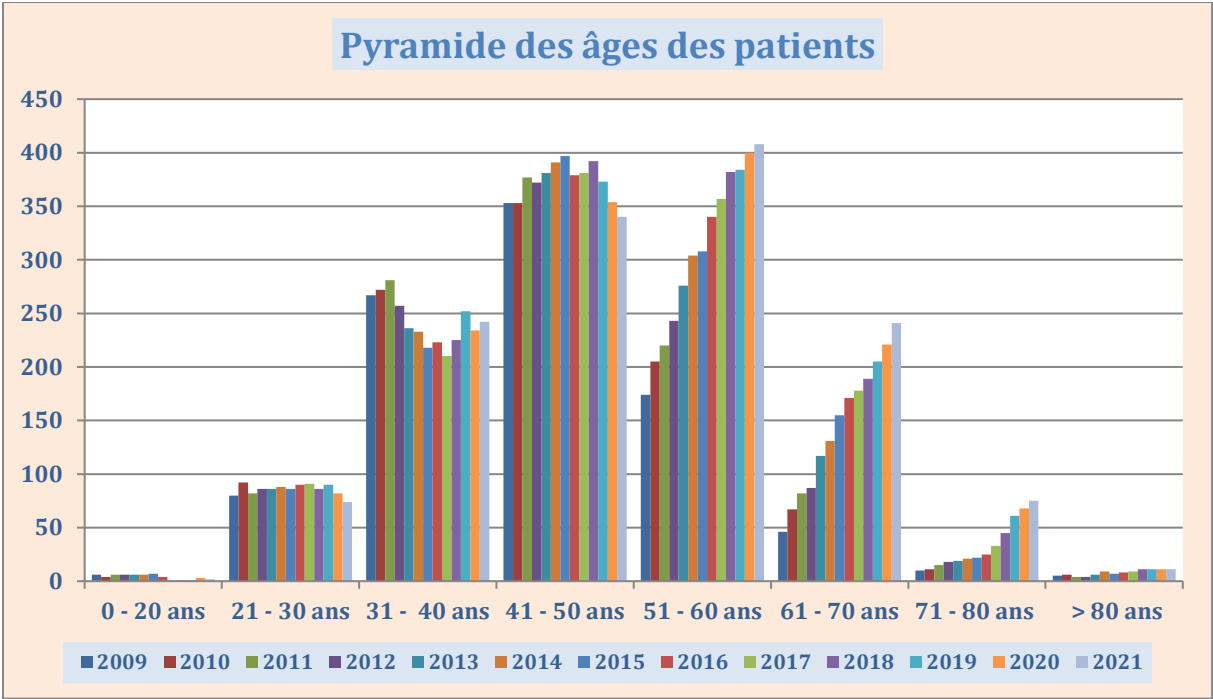


Figure 3 : mode de contamination – évolution dans le temps

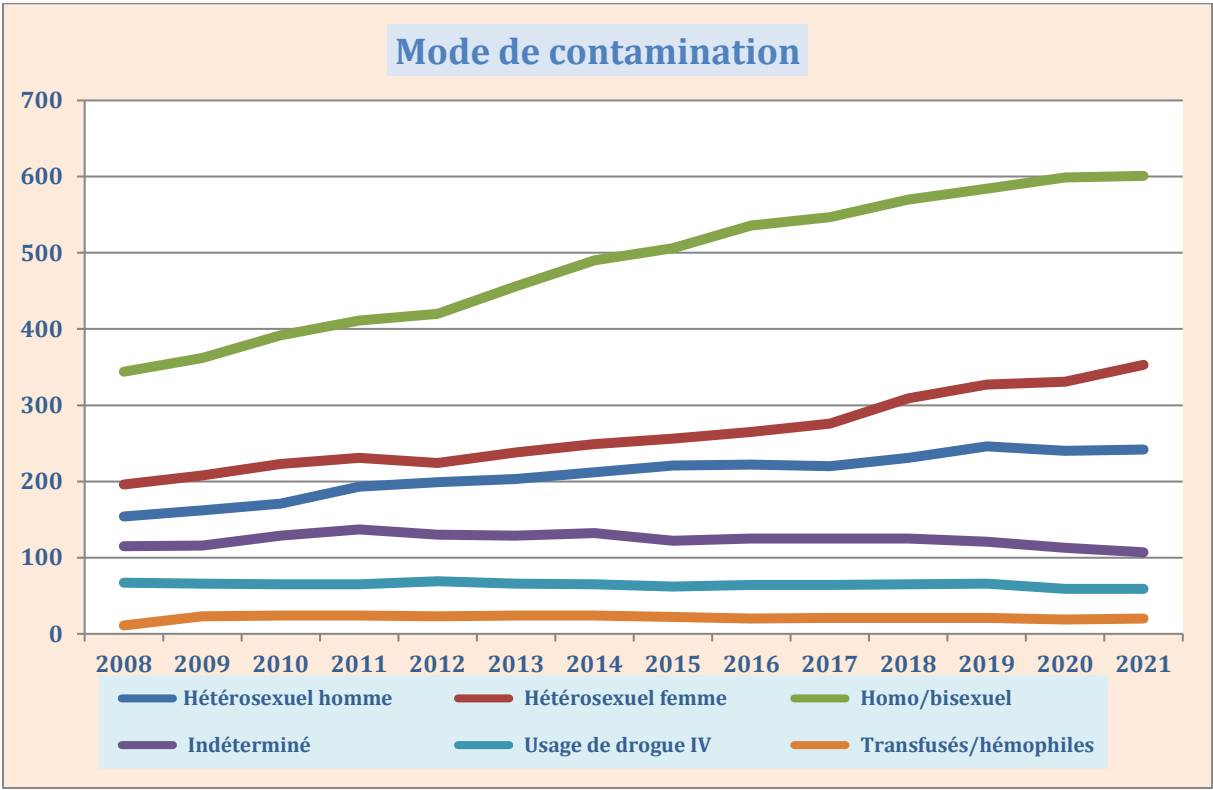
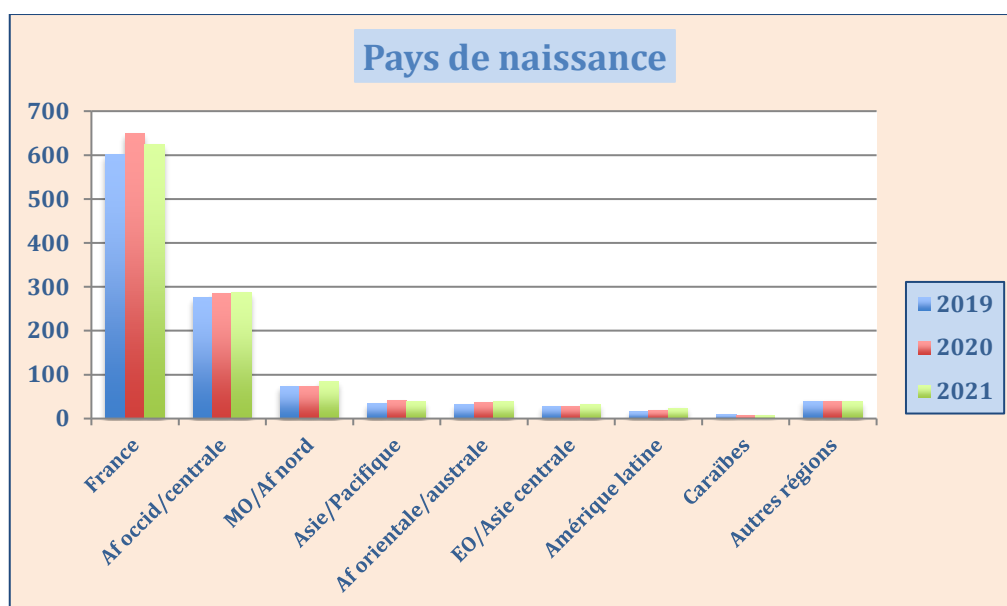


Figure 4 : pays de naissance des personnes suivies



MO : Moyen-Orient, EO : Europe Orientale

## B) Stade Clinique

La majorité des personnes est asymptomatique (stade A de la classification internationale des CDC) : 931 soit 66,8%, alors que 259 (18,6%) sont au stade B et 203 (14,6%) au stade C.

## C) Situation immuno-virologique

Plus de 2/3 des personnes suivies ont des lymphocytes CD4 normaux, soit > 500/mm<sup>3</sup> (969 soit 69,8%), alors que seuls 39 (2,8%) ont des CD4 < 200/mm<sup>3</sup>.

La **charge virale plasmatique est indétectable** chez 1315/1387 patients avec un résultat disponible, soit **95%** (quel que soit le statut thérapeutique).

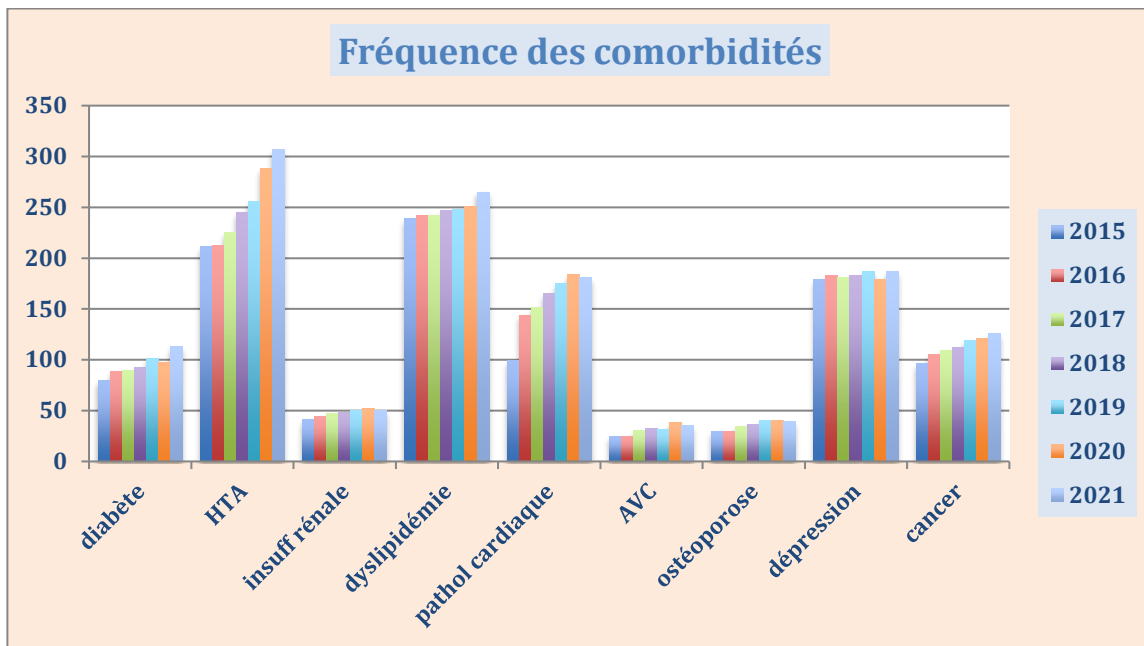
Sur 833 patients ayant un résultat disponible de sous-type VIH, il s'agit d'un **sous-type B dans 55% des cas**; le CRF02\_AG représente **40% des autres sous-types** (149/375).

## D) Comorbidités

La figure 5 montre la fréquence des comorbidités, avec au premier rang l'hypertension artérielle et les dyslipidémies. L'HTA est en augmentation, un diabète est présent chez 8,1% des patients, une insuffisance rénale chez près de 4%. Par ailleurs, parmi 1 286 personnes pour lesquelles le tabagisme est renseigné, 54% ne fument pas, 9,8% sont anciens fumeurs, et 36,1% fumeurs actifs.



Figure 5 : fréquence des comorbidités – évolution dans le temps

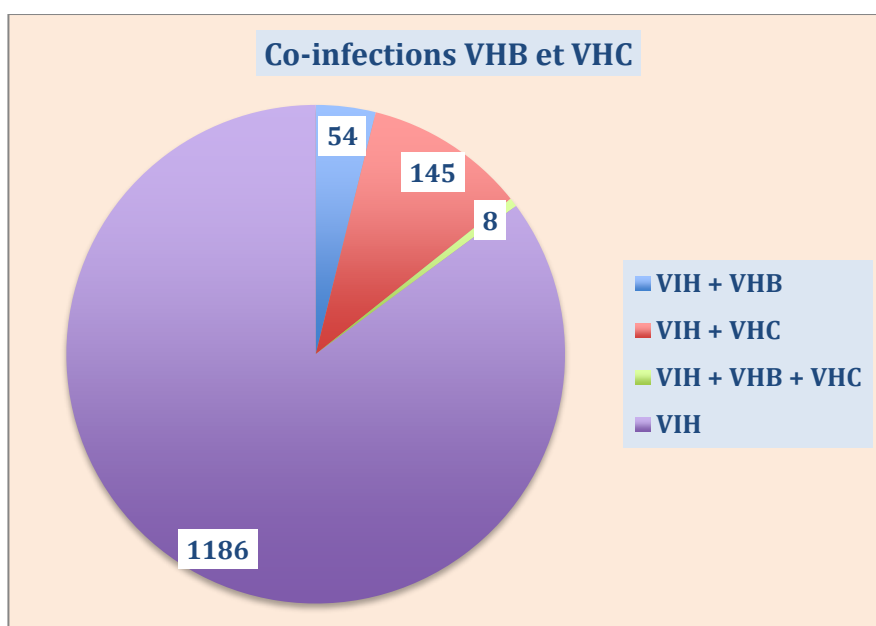


### E) Co-infections hépatites B et C

207 patients (**14.8%**) sont co-infectés par le VHB (antigène HBs positif), ou le VHC (sérologie positive), ou les 2 (figure 6). Parmi les co-infections VIH-VHC, on ne trouve plus que 2 patients virémiques pour le VHC (un traitement débuté en 2022).

Des **anticorps anti-HBs protecteurs** sont présents chez 716/1181 patients, soit **60.6%**.

Figure 6 : co-infections par le VHB et/ou le VHC



## F) Nouveaux diagnostics de SIDA - décès

**Un passage au stade SIDA** (stade C de la classification internationale) **survient chez 5 patients** (2 hommes, 3 femmes, âge médian de 45 ans [39 – 54 ans]).

La pathologie est :

- pneumocystose pulmonaire (révélatrice) : 1,
- toxoplasmose cérébrale : 1,
- candidose oesophagienne : 3, dont 1 associée à une cachexie (révélatrices), et 1 autre à une cryptosporidiose intestinale.

Ces complications opportunistes sont soit révélatrices de l'infection VIH, soit la conséquence d'une rupture de suivi et de traitement.

**Six patients décèdent durant l'année 2020** : 6 hommes, d'âge médian 61.5 ans (48 – 78 ans). Les causes sont :

- un infarctus du myocarde,
- un cancer bronchique,
- une pancréatite aiguë,
- un cholangiocarcinome,
- un cancer anal métastasé,
- et un suicide.

## G) Nouveaux dépistés

En 2021, **31 patients dépistés dans l'année** ont été pris en charge :

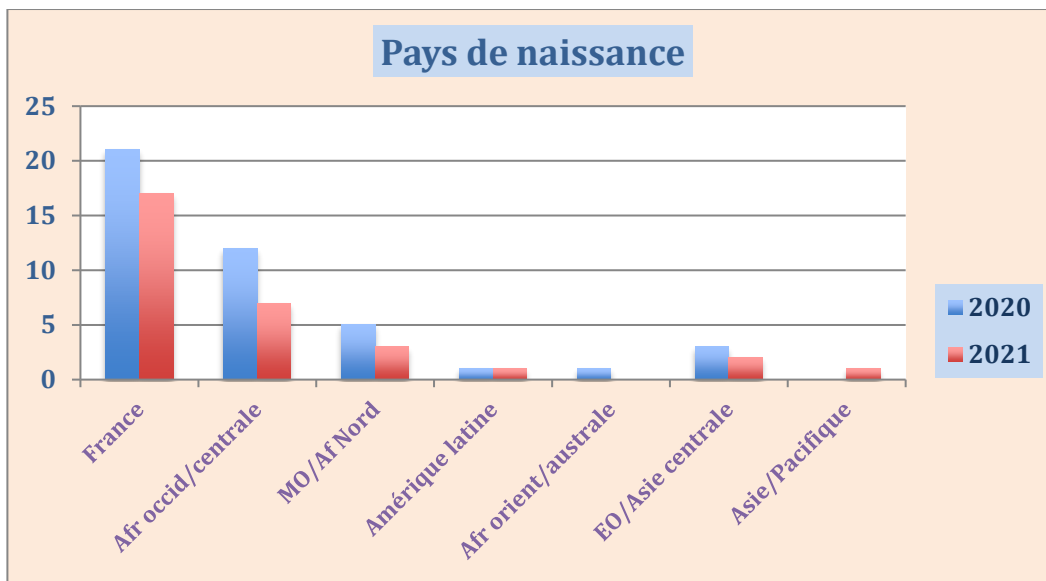
- 19 hommes, 11 femmes et 1 transgenre HF,
- dont l'âge médian est de 40 ans (26 – 78).

Le mode de contamination est majoritairement hétérosexuel : 15/31 (48%), puis HSH (12 soit 39%), usage de drogue par voie IV (2), et inconnu (2).

Le sous-type VIH est le plus souvent B : 13/27 disponibles soit 48%, suivi du CRF02\_AG (8/27 : 29,6%). Deux personnes sont dépistées au stade C, et 3 ont 1 co-infection par le VHC (2) ou VHB (1).

Une majorité de ces personnes nouvellement dépistées est née en France (figure 7).

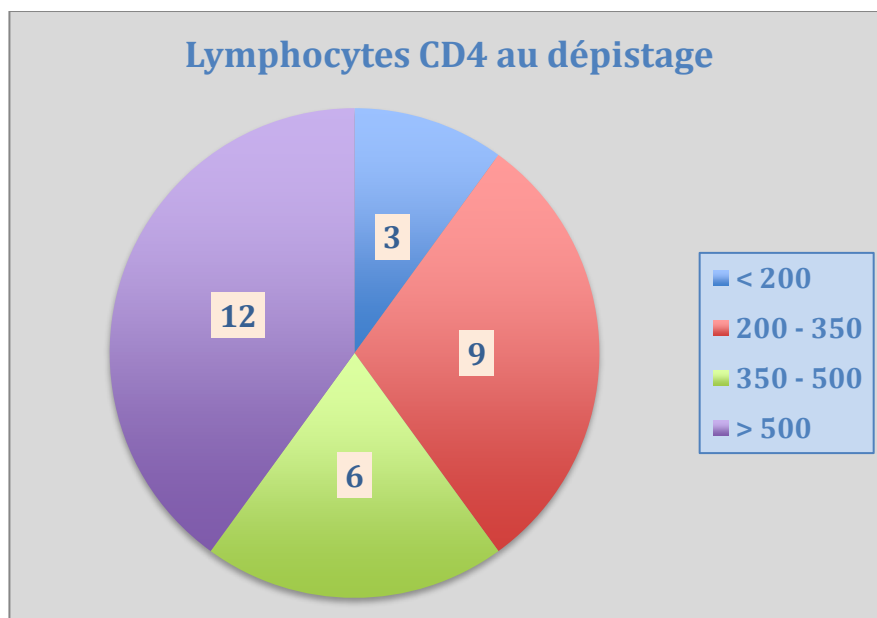
Figure 7 : pays de naissance des personnes nouvellement dépistées



MO : Moyen Orient, EO : Europe Orientale

Les lymphocytes CD4 sont  $< 200/\text{mm}^3$  au dépistage chez seulement 3/30 patients ayant un résultat disponible, soit 10% (plus faible proportion que les années précédentes), mais ceci est biaisé, dans la mesure où les patients plus immunodéprimés sont plutôt pris en charge dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales.

Figure 8 : lymphocytes CD4 au dépistage de l'infection VIH



Le nombre de patients nouvellement dépistés pris en charge au service varie d'une année à l'autre : après une augmentation en 2019, il diminue ces 2 dernières années ! L'interprétation à cette échelle loco-régionale reste difficile, et plus particulièrement dans le contexte sanitaire durant depuis plus d'1 an. Les figures 9 et 10 montrent cette évolution, ainsi que le mode de contamination chaque année.

Figure 9 : évolution annuelle du nombre de nouveaux dépistés

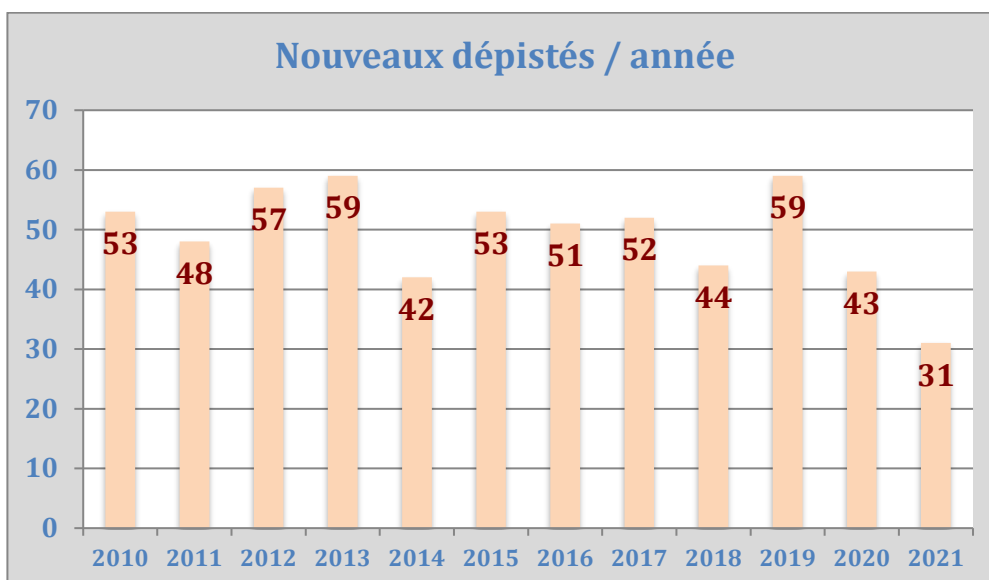
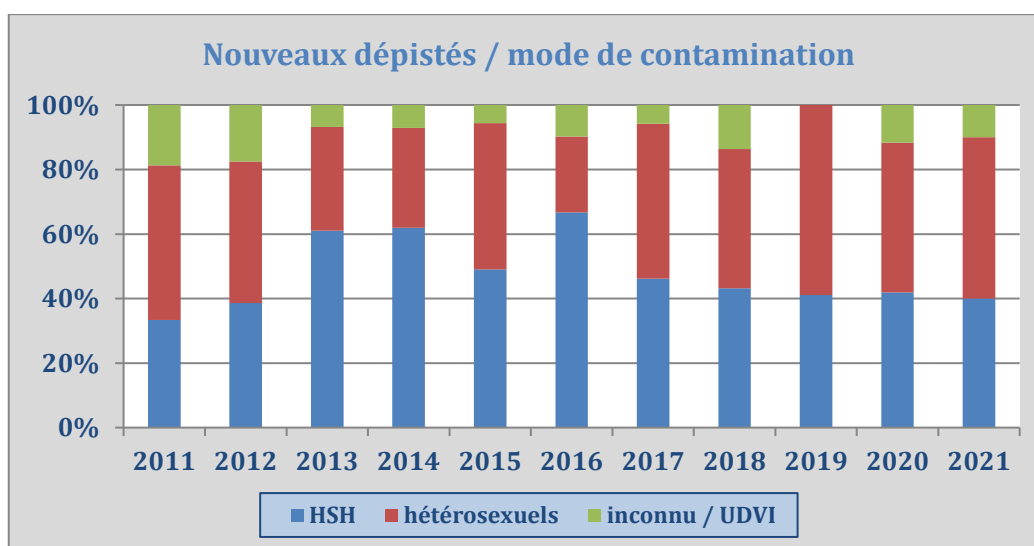


Figure 10 : évolution annuelle du mode de contamination des nouveaux dépistés



## H) Traitement ARV

### 1) Proportion de patients traités, et succès virologique

99% des patients suivis sont sous traitement ARV, et parmi eux, **95% sont en succès virologique** (charge virale plasmatique < 50 copies/ml) (figure 11 et 12).

Figure 11 : proportion de patients sous traitement ARV

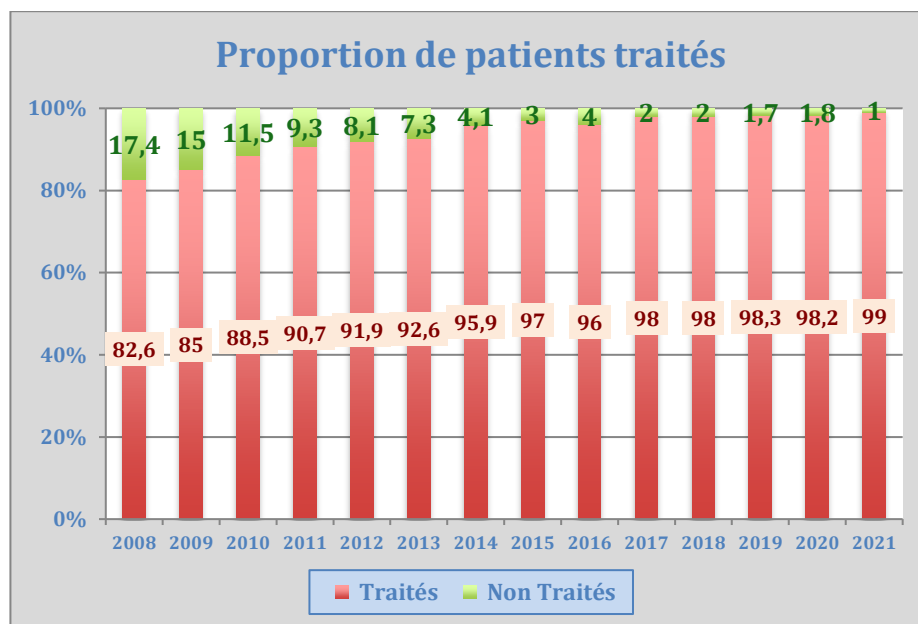
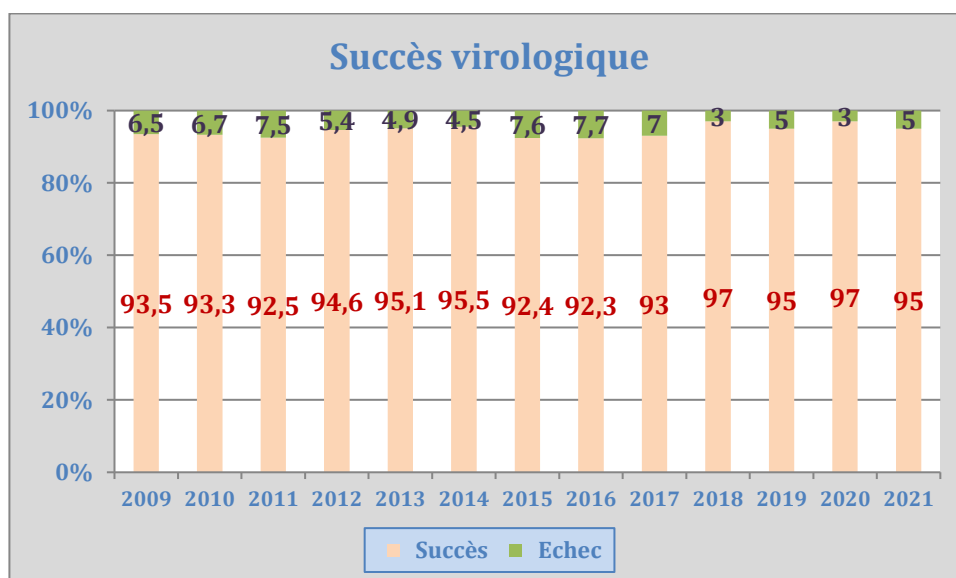


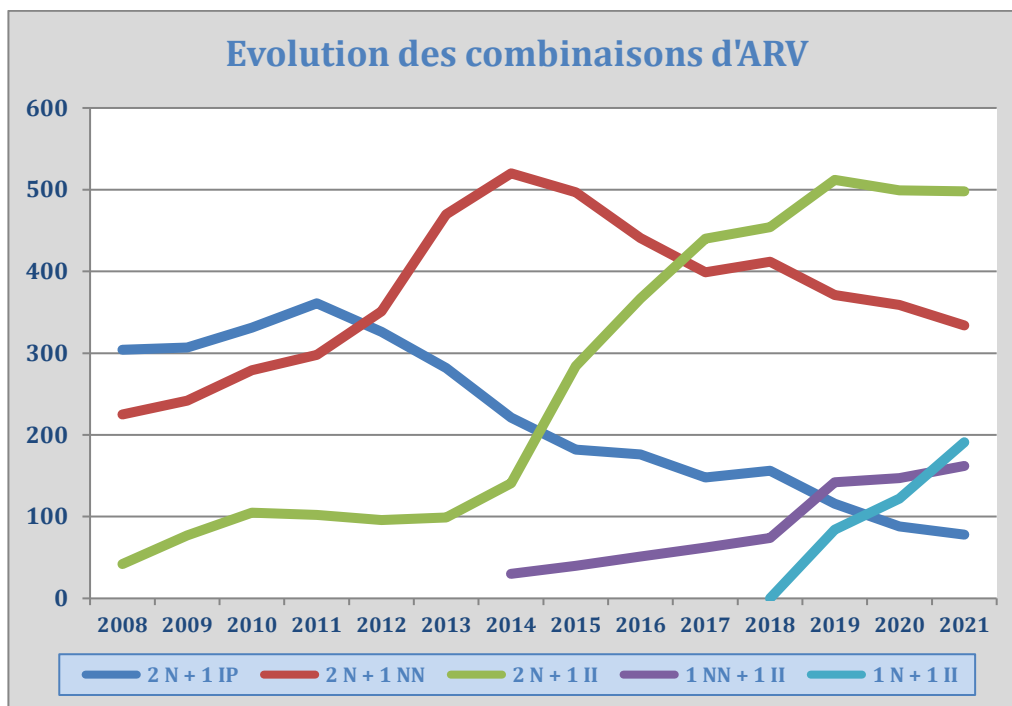
Figure 12 : proportion de patients traités en CV indétectable



## 2) Schémas thérapeutiques

Une majorité de patients reste traitée par une trithérapie associant 2 analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse (TI), avec soit un inhibiteur d'intégrase (II), soit 1 inhibiteur non nucléosidique de la TI (INNTI). On note une stabilisation des combinaisons avec II, une diminution continue des associations avec INNTI ou inhibiteur de protéase (IP) ; et parallèlement, la proportion de patients sous **bithérapie** ne cesse d'augmenter, plus particulièrement par Juluca® ou Dovato® (325 patients soit **24% des patients traités**).

Figure 13 : évolution, dans le temps, des combinaisons d'ARV



Les combinaisons d'ARV les plus prescrites sont :

- Biktarvy® : **233**
- Odefsey® : **197**
- Dovato® : **184**
- Triumeq® : **153**
- Juluca® : **141**

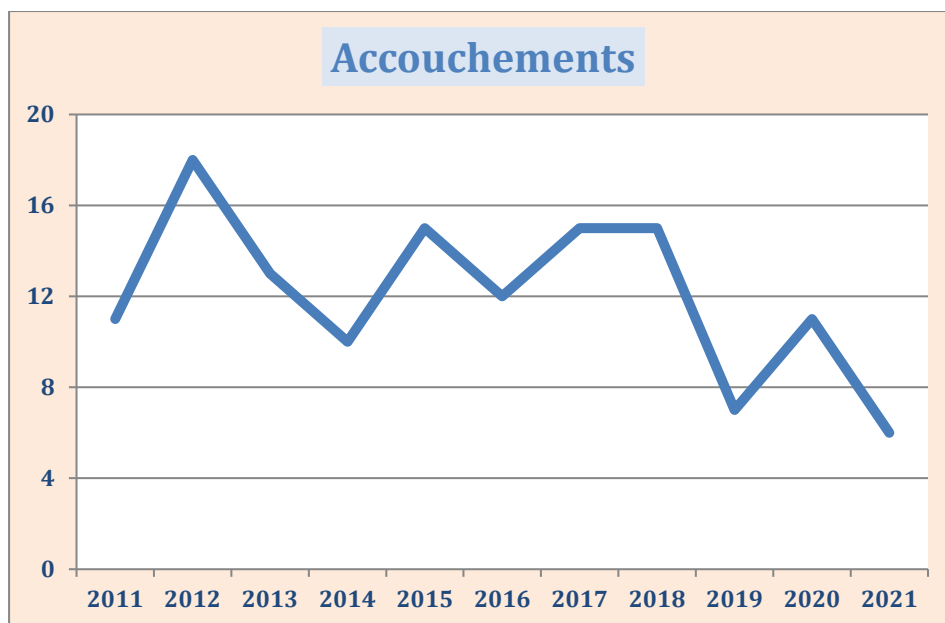
## I) RCP (Réunions de Concertation Pluri-disciplinaires)

23 dossiers de 22 patients différents ont été présentés / discutés lors de 6 réunions de RCP, en collaboration avec le laboratoire de virologie des HUS, et le service de pharmacologie du CHU de Besançon (Dr Patrice Muret).

## J) Accouchements

6 patientes suivies dans le service ont accouché en 2021, aucun enfant n'a été contaminé.

Figure 14 : évolution du nombre d'accouchements



## K) IST (Infections Sexuellement Transmissibles)

En 2021, **80 IST** ont été diagnostiquées :

- 24 syphilis,
- 42 infections à *Chlamydia* (localisation anale : 28, et plus rarement pharyngée : 4 ou urinaire : 10),
- et 40 infections à *gonocoque* (anale : 18, pharyngée : 18, urinaire : 4),

➔ soit à nouveau davantage qu'en 2020.

### III) CONSULTATIONS AES

#### A) Activité globale

En 2021, le Trait d'Union a pris en charge **192 personnes** (au moins 1 consultation) pour une exposition accidentelle au VIH, aux virus des hépatites B et C, ou une autre IST. Il s'agit toujours en très large majorité de risques sexuels, les expositions professionnelles étant gérées par téléphone (voir chapitre suivant), et les consultations pour un risque lié à un partage de matériel d'injection étant depuis longtemps rares.

Les consultations pour exposition sexuelle ont ré-augmentées après la baisse constatée en 2020 (probablement pour des raisons sanitaires dans le contexte de l'épidémie de SARS-CoV-2).

Les figures suivantes présentent les types d'AES ayant donné lieu à une consultation en 2021, et leur évolution dans le temps depuis 2009.

Figure 15 : nature des expositions ayant conduit à une consultation en 2021

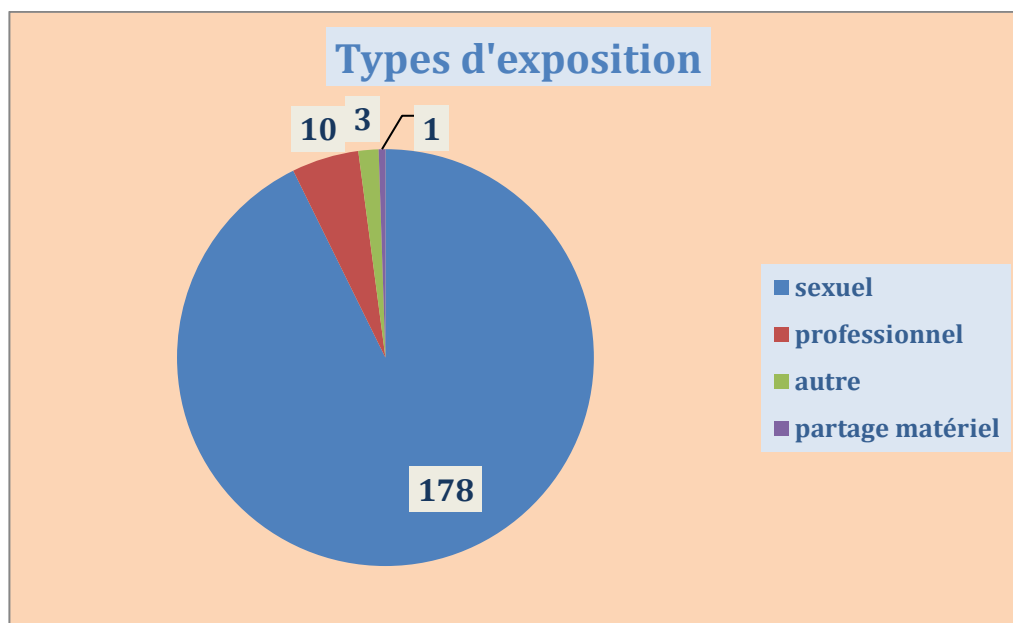
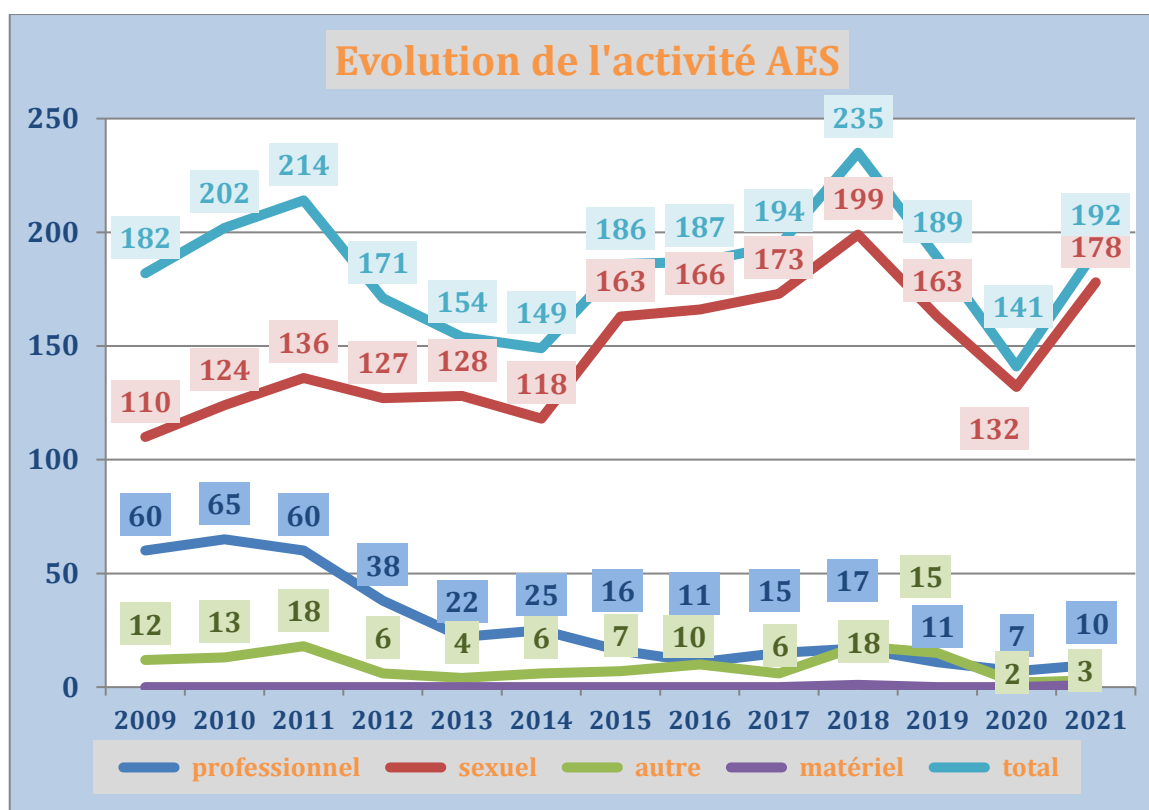




Figure 16 : évolution du nombre de consultations AES dans le temps



## B) Types d'exposition

Seulement **10 personnes** ont été vues en consultation après une exposition professionnelle : 7 hommes et 3 femmes, d'âge médian 30,5 ans (23-45 ans), dont la profession est : infirmière (3), agent hospitalier (2), aide-soignante (1), biologiste (1), interne (1), et étudiant hospitalier (1) (non renseigné par la 10<sup>ème</sup> personne). L'AES est en majorité une piqure : 8, pour 2 projections muqueuses. Un TPE a été instauré dans 6 situations.

**3 personnes** ont été vues pour une exposition potentielle au sang dite « autre » donc non professionnelle et ne concernant pas un soignant. Il s'agit de 2 piqures avec une aiguille abandonnée, et 1 piqure avec 1 aiguille de tatouage. Un TPE a été initié chez 2 personnes.

**Une seule personne** a consulté après un partage de matériel d'injection, pour lequel un TPE a été prescrit (durée indéterminée).

Les expositions sexuelles (178 personnes) concernent 110 hommes, soit 62% (répartis en 59% de rapports avec hommes, et 41% avec femmes), 66 femmes soit 37%, et 2 transgenres (THF, 1%). Le risque fait suite à un rapport sexuel non protégé (107, soit 67% des cas renseignés), une rupture de préservatif (43) ou plus rarement un glissement de préservatif (9). Il s'agit d'une agression sexuelle dans 39 situations (minimum, car pas toujours renseigné). Un TPE a été initié chez 150 personnes, soit dans 84% des cas !

### C) Suivi sérologique

Aucune contamination VIH n'est documentée dans le suivi, ni de syphilis ou hépatite B ou C.

### D) TPE

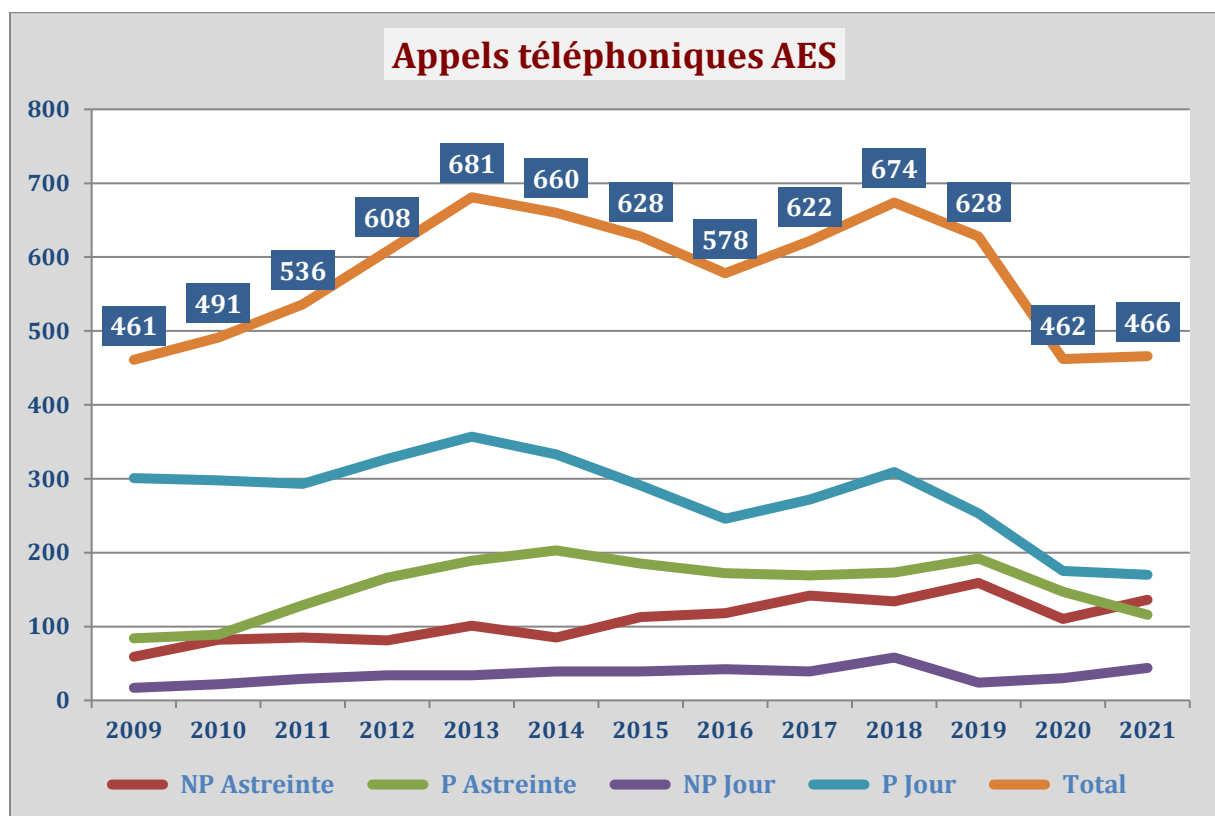
Il reste donc très fréquemment instauré chez les personnes consultant après un risque sexuel. Sur l'ensemble des AES, un TPE a été initié dans 82% des cas (158/192). **Ce TPE est l'Odefsey dans 152/158 des dossiers** ; les autres choix ont été : darunavir/r avec emtricitabine/TDF (2), Genvoya (2) et Eviplera (2), tous initiés dans un autre centre, sauf pour 1 Eviplera (choisi en raison d'une interaction du TAF avec le traitement chronique du patient).

## IV) AES TELEPHONIQUES

Les expositions accidentelles au VIH, ou autres agents transmissibles par le sang ou voie sexuelle, sont gérées, en complément des consultations, par téléphone. Une astreinte téléphonique est toujours assurée en dehors des horaires d'ouverture du Trait d'Union.

Le nombre total d'appels téléphoniques s'est stabilisé en 2021, après la baisse constatée durant la première année impactée par l'épidémie de SARS-CoV-2. Ils concernent en majorité (61%) des accidents professionnels, donc des expositions au sang.

Figure 17 : évolution du nombre d'appels téléphoniques AES



Les accidents professionnels concernent des femmes à 76% ; les personnes exposées sont toujours en majorité des infirmières ou étudiantes infirmières (35%), et des étudiants en médecine (14,5%). L'exposition est le plus souvent une piqure (74,5%), plus rarement une projection sur peau lésée ou muqueuse (12%) ou une coupure (8%).

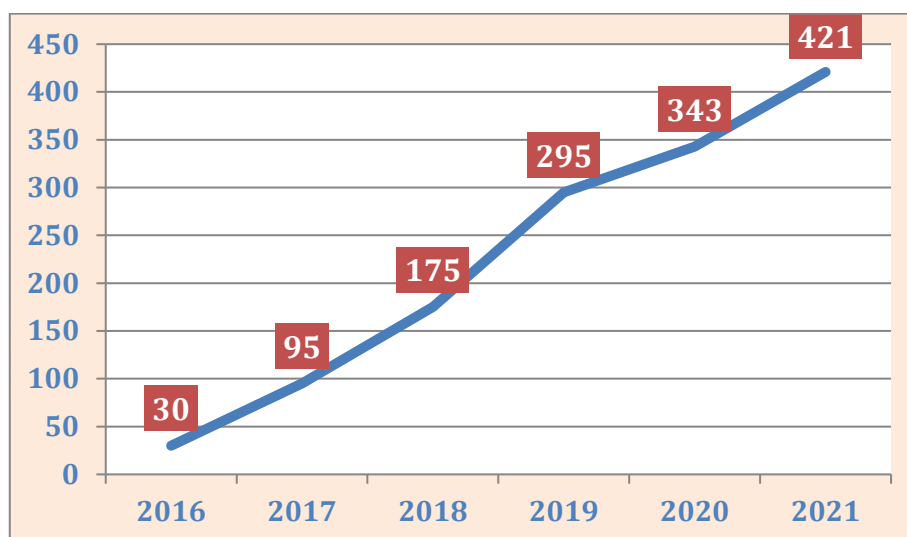
Les appels téléphoniques pour exposition sexuelle concernent une femme dans 55% des cas, et une agression sexuelle dans 48% des situations !

Un TPE (traitement post-exposition) est proposé dans seulement 3% des expositions professionnelles, mais après 66% des expositions sexuelles, ce qui est sensiblement comparable à ce qui est observé pour les personnes vues en consultation.

## V) CONSULTATIONS PREP

En 2021, le service a pris en charge **421** personnes différentes dans le cadre de la PrEP (prophylaxie pré-exposition par ténofovir/emtricitabine). Il s'agit de 416 hommes, 2 femmes, et 3 personnes transgenre homme vers femme, d'âge médian 35 ans (extrêmes : 18 – 80 ans). La figure 18 montre l'évolution du nombre de personnes prises en charge au service pour une Prep, depuis 2016.

Figure 18 : évolution du nombre de personnes consultant pour Prep



On note une immunité contre le VHA chez 261 personnes sur 393 disposant d'une sérologie, soit 66% (par rapport à 69% en 2020). Une vaccination est systématiquement proposée en l'absence d'immunité. Parmi 412 personnes ayant une recherche d'anti-HBs disponible, 335 (soit 81,3%) ont des anticorps à titre protecteur. Une vaccination est également systématiquement proposée en l'absence d'immunité.

3 personnes ont eu une hépatite C (traitée et guérie avant la Prep : 1, traitée à l'initiation de la Prep : 1, et possible faux positif pour le dernier). Enfin 5 patients ont une hépatite B chronique, connue avant la mise sous Prep : Ag HBs positif, *charge virale VHB positive mais faible*. La Prep est alors intéressante, en continue, du fait de son activité sur le VHB.

La Prep est prise par 403/421 (96%) personnes (non indication ou interruption dans 18 cas).

Le dépistage régulier des IST (tous les 3 mois généralement), conduit au diagnostic de :

- 20 syphilis,
- 111 infections à *Chlamydia* (localisation anale : 70, pharyngée : 18 et urinaire : 23),
- 140 infections à *gonocoque* (localisation anale : 68, pharyngée : 62 et urinaire : 10).

Ceci souligne toujours l'importance de ce dépistage, et notamment des sites pharyngé et anal, ces diagnostics positifs étant en ré-augmentation en 2021.

## VI) ESSAIS CLINIQUES

Le Trait d'Union participe en majorité à des essais cliniques dont le promoteur est l'ANRS | **Maladies infectieuses émergentes** : plusieurs cohortes en cours, mais aussi plus récemment, des études chez les sujets âgés (> 70 ans), sur le traitement intermittent (bithérapies 4/7 jours, après l'étude QUATUOR), et le COVID (efficacité de la vaccination COVID).

Des études locales, dont les HUS sont le promoteur, ont aussi été initiées :

- NASH en collaboration avec 6 services des HUS (PI : Prof Serfaty, hépato-gastro-entérologie Hautepierre) ;
- et 1 étude propre au service, en collaboration avec le service des Maladies Infectieuses et Tropicales :
  - o séroprévalence du COVID chez les PVVIH (500 inclusions).

Voici la liste des essais cliniques en cours auxquels nous participons :

### PRIMO-INFECTION

ANRS CO 06 – Cohorte Primo:

- ⇒ *Suivi dans le temps des patients très récemment infectés par le VIH-1.*
- ⇒ 50 patients inclus, 30 patients en cours de suivi en 2021

### CONTROLEURS DE L'INFECTION VIH

ANRS CO 018 - HIV Controllers – EP36- CODEX :

- ⇒ *Patients infectés par le VIH depuis plus de 10 ans avec ARN Viral plasmatique < 400 copies en l'absence de tout traitement ARV : étude des mécanismes impliqués dans le contrôle de l'infection.*
- ⇒ 5 patients inclus et 4 en cours de suivi 2021

### TRANSMISSION MATERNO-FŒTALE DU VIH

ANRS CO 01 – EPF :

- ⇒ *Étude prospective multicentrique de la transmission materno-fœtale du VIH1 ou du VIH2.*
- ⇒ 26 bébés suivis de 2019 à 2021 dont 5 bébés nés en 2021

### HEPATITE C

ANRS CO 13- HEPAVIH :

- ⇒ *Collaboration Inter Cohortes et Centres Cliniques de sujets co-infectés par les virus de l'Immunodéficience Humaine et de l'Hépatite C.*
- ⇒ 20 patients inclus dont 10 en non-opposition - 9 en cours de suivi en 2021

## SUJETS AGES

### ANRS EP66 – SEPTAVIH :

- ⇒ *Fragilité chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) âgées de 70 ans et plus : faisabilité du dépistage de la fragilité, prévalence, facteurs de risque et impact sur la survenue d'évènements péjoratifs de santé.*
- ⇒ 19 patients dont 16 suivis en 2021

## TRAITEMENTS INTERMITTENTS

### ANRS 170 – QUATUOR :

- ⇒ *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*
- ⇒ 13 pré-inclus - 10 inclus- clôturé en 2021

### ANRS 177 – DUETTO :

- ⇒ *Essai multicentrique, en ouvert, randomisé, évaluant la non-infériorité d'une bithérapie antirétrovirale prise 4 jours consécutifs sur 7 versus une bithérapie antirétrovirale prise en continu, chez des patients vivant avec le VIH en succès thérapeutique sous bithérapie.*
- ⇒ 2 pré-inclus (non inclus) et 6 patients inclus en 2021

## COVID

### ANRS 0001S- COV-POPART :

- ⇒ *Evaluer la réponse immunitaire induite par les vaccins Covid-19 dans les populations particulières et la comparer à celle d'un groupe contrôle constitué d'adultes indemnes des conditions chroniques d'intérêt ou non atteints de pathologies/sous traitement(s) pouvant avoir une influence sur la réponse immunitaire (« participant contrôle »)*
- ⇒ 64 inclus et suivis en 2021 dont 2 inclus à tort

### COVIDHIV- APHP 200475 :

- ⇒ *Caractérisation clinique du COVID-19 chez les personnes vivant avec le VIH*
- ⇒ 20 personnes inclus et 3 suivis en 2021

### RIPH3 2020 - HUS n° 7947- SECOVIHA :

- ⇒ *Etude de la prévalence vis-à-vis du SARS-CoV-2 au sein des personnes infectées par le VIH, des facteurs associés, et réponse humorale contre le SARS-CoV-2.*
- ⇒ 499 personnes inclus (215 en 2020 et 284 en 2021)

## NASH (STEATOSE HEPATIQUE)

### RIPH3 2018 - HUS n° 7376 :

- ⇒ *Dépistage de la NASH (par le score Fib-4) chez les patients suivis en consultation dans différentes spécialités aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.*
- ⇒ 100 patients inclus (72 en 2020 et 28 en 2021)

## VII) PUBLICATIONS

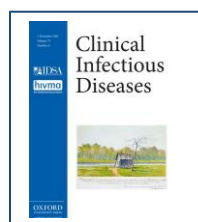
### A) REVUES



POIZOT-MARTIN I, LIONS C, ALLAVENA C, HULEUX T, BANI-SADR F, CHERET A, **REY D**, DUVIVIER C, JACOMET C, FERRY T, CABIE A, FRESARD A, PUGLIESE P, DELOBEL P, LAMAURY I, CHIROUZE C, ZAEGEL-FAUCHER O, BREGIGEON S, ROJAS TR, OBRY-ROGUET V, MAKINSON A.

*Spectrum and incidence trends of AIDS- and non-AIDS-defining cancers between 2010 and 2015 in the French Dat'AIDS cohort.*

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2021;30:554-563.



COTTE L, HOCQUELOUX L, LEFEBVRE M, PRADAT P, BANI-SADR F, HULEUX T, POIZOT-MARTIN I, PUGLIESE P, **REY D**, CABIE A, Dat'AIDS study group.

*Microelimination or not ? The changing epidemiology of HIV-HCV coinfection in France 2012-2018.*

Clin Infect Dis 2021;73:e3266-e3274.



TAN B.K, CHALOUNI M., SALMON-CERON D., CINAUD A, ESTERLE L, LOKO M.A., KATLAMA C., POIZOT-MARTIN I, NEAU D., CHAS J, MORLAT P., ROSENTHAL E., LACOMBE K., NAQVI A., BARANGE K, BOUCHAUD O., GERVAIS A., LASCOUX-COMBE C., GARIPUY D., ALRIC L., GOUJARD C., MIAILHES P., AUMAITRE H., DUVIVIER C., SIMON A., LOPEZ-ZARAGOZA J.L., ZUCMAN D., RAFFI F., LAZARO E., **REY D**, PIROTH L., BOUE F., GILBERT C., BANI-SADR F., DABIS F., SOGNI P., WITTKOP L., BOCCARA F., ANRS CO13 HEPAVIH study group.

*Atherosclerotic cardiovascular events in patients infected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus.*

Clin Infect Dis 2021;72:e215-e223.



BARRE T., ROJAS T.R., LACOMBE K., PROTOPOPESCU C, POIZOT-MARTIN I., NISHIMWE M.L., ZUCMAN D., ESTERLE L., BILLAUD E., AUMAITRE H., BOUCHAUD O., **REY D**, PIROTH L., SALMON-CERON D., WITTKOP L., SOGNI P., CARRIERI M.P., SERFATY L., MARCELLIN F.

*Cannabis use and reduced risk of elevated fatty liver index in HIV-HCV co-infected patients : a longitudinal analysis (ANRS CO13 HEPAVIH).*

Expert Rev Anti Infect Ther 2021;19:1147-1156.



GRZELAK L., VELAY A., MADEC Y., GALLAIS F., STAROPOLI I., SCHMIDT-MUTTER C., WENDLING M.J., MEYER N., PLANCHAIS C., **REY D**, MOUQUET H., REIX N., GLADY L., HANSMANN Y., BRUEL T., DE SEZE J., FONTANET A., GONZALEZ M., SCHWARTZ O., FAFI-KREMER S.

*Sex differences in the evolution of neutralizing antibodies to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.*

J Infect Dis 2021;224:983-988.



GALLAIS F., GANTNER P., BRUEL T., VELAY A., PLANAS D., WENDLING M.J., BAYER S., SOLIS M., LAUGEL E., REIX N., SCHNEIDER A., GLADY L., PANAGET B., COLLONGUES N., **PARTISANI M.**, LESSINGER J.M., FONTANET A., **REY D.**, HANSMANN Y., KLING-PILLITTERI L., SCHWARTZ O., DE SEZE J., MEYER N., GONZALEZ M., SCHMIDT-MUTTER C., FAFI-KREMER S.

*Evolution of antibody response up to 13 months after SARS-CoV-2 infection and risk of reinfection.*

EBioMedicine 2021;71:103561.



DESCHANVRES C., REYNES J., LAMAURY I., **REY D.**, PALICH R., BANI-SADR F., ROBINEAU O., DUVIVIER C., HOCQUELOUX L., CUZIN L., JOLY V., RAFFI F., CABIE A., ALLAVENA C, Dat'AIDS study group.

*Dolutegravir-based dual maintenance regimens combined with lamivudine/emtricitabine or rilpivirine : risk of virological failure in a real-life setting.*

J Antimicrob Chemother 2021;doi :10.1093/jac/dkab367



LAJAUNIE R., CUZIN L., PALICH R., MAKINSON A., BANI-SADR F., DUVIVIER C., ARVIEUX C., **REY D.**, POIZOT-MARTIN I., DELPIERRE C., DELOBEL P., MARTIN-BLONDEL G., Dat'AIDS study group.

*No increased risk of Kaposi sarcoma relapse in patients with controlled HIV-1 infection after switching protease inhibitor-based antiretroviral therapy.*

HIV Med 2021;doi/10.1111/hiv.13168



LUPO J., GERMI R., LANCAR R., ALGARTE-GENIN M., HENDEL-CHAVEZ H., TAOUFIK Y., MOUNIER N., **PARTISANI M.**, BONNET F., MEYOHAS M.C., MARCHOU B., FILIPPOVA A., PREVOT S., COSTAGLIOLA D., MORANDP., BESSON C.

*Prospective evaluation of blood Epstein-Barr virus DNA load and antibody profile in HIV-related non-Hodgkin lymphomas.*

AIDS 2021;35:861-868.



GALLAIS F., VELAY A., NAZON C., WENDLING M.J., **PARTISANI M.**, SIBILIA J., CNDON S., FAFI-KREMER S.

*Intrafamilial exposure to SARS-CoV-2 associated with cellular immune response without seroconversion, France.*

Emerg Infect Dis 2021;27:113-121.



## B) CONGRES



HOCQUELOUX L., MAUREL M., ALLAVENA C., MENARD A., ARVIEUX C., **REY D.**, CHERET A., DUVIVIER C., JACOMET C., BECKER A., GARRAFO R., MAKINSON A., DELPIERRE C., for the Dat'AIDS Study Group.

*Weight gain following the single substitution of TDF by TAF in people living with HIV (PLWH) in the French Dat'AIDS cohort.*

11<sup>th</sup> IAS Conference on HIV Science, July 18-21, 2021, eposter PEB121.



URSENBACH A., RUCH Y., **CHENEAU C.**, MELOUNOU C., FISCHER P., DANION F., PARTISANI M., BERNARD-HENRY C., LEFEBVRE N., ROUGIER E., KAEUFFER C., WENDLING M.J., HANSMANNY, MEYER N., FAFI-KREMER S., GANTNER P., **REY D.**

*Prévalence du SARS-CoV-2 chez les personnes vivant avec le VIH, et réponse humorale contre le SARS-CoV-2*

22<sup>ème</sup> Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 29 septembre – 1<sup>er</sup> octobre 2021, Grenoble, poster 9.

ROUGIER E., URSENBACH A., **CHENEAU C.**, BATARD M.L., MELOUNOU C., MAITREPIERRE F., FISCHER P., **REY D.**

*Faut-il prescrire la Prep aux personnes n'étant pas à haut risque d'acquisition du VIH ? Evolution des prises de risque à un an de Prep.*

22<sup>ème</sup> Congrès de la Société Française de Lutte contre le SIDA, 29 septembre – 1<sup>er</sup> octobre 2021, Grenoble, poster 18.



HOCQUELOUX L., ALLAVENA C., SECHER S., MAKINSON A., **REY D.**, HULEUX T., PALICH R., BANISADR F., COTTE L., CABIE A., for the Dat'AIDS Study Group.

*Archived mutation M184V does not increase virologic failure during maintenance therapy with dolutegravir + lamivudine in the French DAT'AIDS cohort.*

18<sup>th</sup> European AIDS Conference, October 27-30, 2021, London, UK, abstract OS1/2 (oral communication).

SINGH T., VANHAECKE C., LAMBERT-DESSOY D., **REY D.**, BOYER L., GALEMPOIX J.M., MULLER P., BOTTLAENDER L., DOLISI E., DEMETTRE R., AUBIN F., PELLETIER F., VIGUIER M.

*Le déconfinement de 2020 s'est-il accompagné d'un effet « boom » des infections sexuellement transmissibles ?*

Journées Dermatologiques de Paris, 30 novembre – 4 décembre 2021, Paris, abstract 2253.

## VIII) ENSEIGNEMENT – CONSEIL SCIENTIFIQUE – SOCIÉTÉ SAVANTE

### A) Enseignement - Formations

Encadrement d'étudiants		
Etudiants en Médecine (DFASM I)	5 étudiants accueillis, stages de 2 ou 3 mois	Participation aux consultations médicales
Etudiants en pharmacie (5 <sup>ème</sup> année)	5 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 (Faculté de Médecine)		
Etudiants en Médecine (DFASM I)	6 séances de 2H, groupes d'environ 50 étudiants	Enseignement sur cas cliniques D Rey
DU (Diplômes Universitaires) / DIU		
DU "Anti-infectieux"	1H sur <b>Antibiothérapie au cours des IST</b> 2H sur <b>Traitements antirétroviraux (stratégies d'utilisation)</b>	D Rey (janvier 2021) D Rey (mars 2021)
DIU Nord-Est "Infection par le VIH"	1H30 sur <b>AES et traitement post-exposition</b> 1H30 sur <b>Vaccinations des personnes vivant avec le VIH</b> 3H sur <b>Parentalité et VIH</b>	D Rey (décembre 2021) D Rey (décembre 2021) M Partisani (décembre 2021)
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		
Formation des nouveaux internes aux SAU du NHC à la prise en charge des AES		Chaque début de semestre

## B) Conseil Scientifique – Société Savante

### 1) 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).

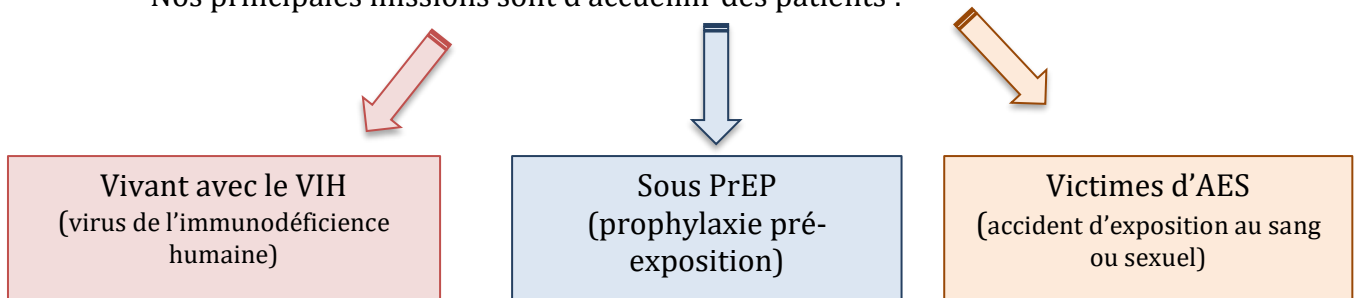
### 2) SFLS

- 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](http://www.sfls.aei.fr)

## IX) ACTIVITE DES INFIRMIERES

En 2021, nous avons pu reprendre une activité similaire aux années précédant la Covid.

Nos principales missions sont d'accueillir des patients :



dans un but :

- d'accompagnement
- écoute
- éducation / conseil
- soutien
- prévention

De plus en plus de personnes sont demandeuses d'une prise en charge d'une stratégie de prophylaxie pré-exposition au VIH, dans ce cadre, nous assurons leur suivi régulier et abordons le sujet de la prévention, des conduites à risque, du ChemSex et des différentes pratiques sexuelles.

Nous accueillons également les personnes qui ont été potentiellement exposés au VIH, aux virus des hépatites et autres IST, lors d'accidents professionnels ou autres, (ruptures de préservatifs ou violences sexuelles) qui ont besoin d'être renseignées, conseillées ou rassurées et éventuellement traités.

Dans le cadre de notre mutualisation avec le CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostics), notre rôle est d'assurer les missions de cette structure.

Nos actes techniques comprennent des prélèvements sanguins, des saignées, des injections vaccinales, d'autres injections (IM, SC, TROD VIH), effectués lors des consultations pour les patients suivis soit au Trait d'Union, soit au CeGIDD, soit en consultation d'hépatogastroentérologie.

Chaque jour, nous sommes amenés à contrôler la concordance entre la prescription médicale et le serveur de résultats. S'il y a discordance, nous téléphonons aux laboratoires concernés.

Nous avons aussi une activité de planification et de gestion :

- prise de rendez-vous pour les différents examens (scanners, échographies, radios, consultations diverses),
- relance des patients non venus depuis plus de 12 mois,
- logistique du matériel du service (hôteliers, médicaments).

Nous accueillons également tout au long de l'année des étudiants en Soins Infirmiers dans le cadre de leur module « Lieu de vie ». Nous les encadrons et encourageons à développer leur connaissance sur la prévention, la physiopathologie du VIH, l'épidémiologie, les thérapeutiques et le suivi biologique. D'autres étudiants viennent ponctuellement, en vue de découvrir le fonctionnement de notre structure.

Nous collaborons à divers protocoles et études cliniques que ce soit pour le Trait d'Union (cf chapitre recherche clinique), ou pour l'hépatogastro-entérologie, et participons aux réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, plus particulièrement axée sur la vie du service.

**Projets 2022 :**

- encadrement d'un nouvel agent,
- pérenniser le groupe d'échange sur les violences sexuelles,
- maintenir notre collaboration avec le service de consultation d'hépatogastroentérologie,
- reprendre les partenariats du CeGIDD dans le cadre de l'activité hors les murs.

## X) ACTIVITE DES PSYCHOLOGUES

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.

### A) Travail clinique

- 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 **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 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.
- Diverses problématiques par rapport à la sexualité et/ou l'identité de genre peuvent aussi être adressés aux psychologues et sont accueillis dans un climat de bienveillance.
- Certains patients suivis pour une « Prep » viennent travailler la question de leur prise de risque avec les psychologues.
- Dans le cadre de l'accueil des personnes qui ont été victimes d'une agression sexuelle l'orientation vers les psychologues constitue une dimension importante. Une attitude bienveillante et respectueuse au rythme de chaque personne favorise l'accueil et l'expression de la détresse, ainsi que l'apaisement de l'angoisse. L'accompagnement proposé, centré sur la singularité irréductible de la personne et de son expérience, est susceptible d'évoluer à un suivi plus ou moins long selon les besoins exprimés.
- 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.
- Pendant la période Covid-19 des rdv ont été assurés tant en présentiel qu'en distanciel.

➔ nombre d'entretiens sur l'année 2021 : **833** (plus 201 rendez-vous non honorés)

## **B) 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.
- Il contribue à l'élaboration des projets du service et à la réflexion de l'équipe sur la réalisation de ses missions
- 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.
- Il participe aussi au travail de lien et de partenariat avec des autres structures dont les missions pourraient être complémentaires à ceux du Trait d'Union

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 : co-animation par les 2 psychologues du « Groupe santé-précarité ».

## **C) FIR (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'Éthique Médicale aux étudiants en Médecine (DFASM1, soit 4ème année).
- Présentation de livres à la faculté de psychologie de Strasbourg,
- Formations personnelles et recherches (colloques, séminaires, groupes de travail de professionnels, ...).