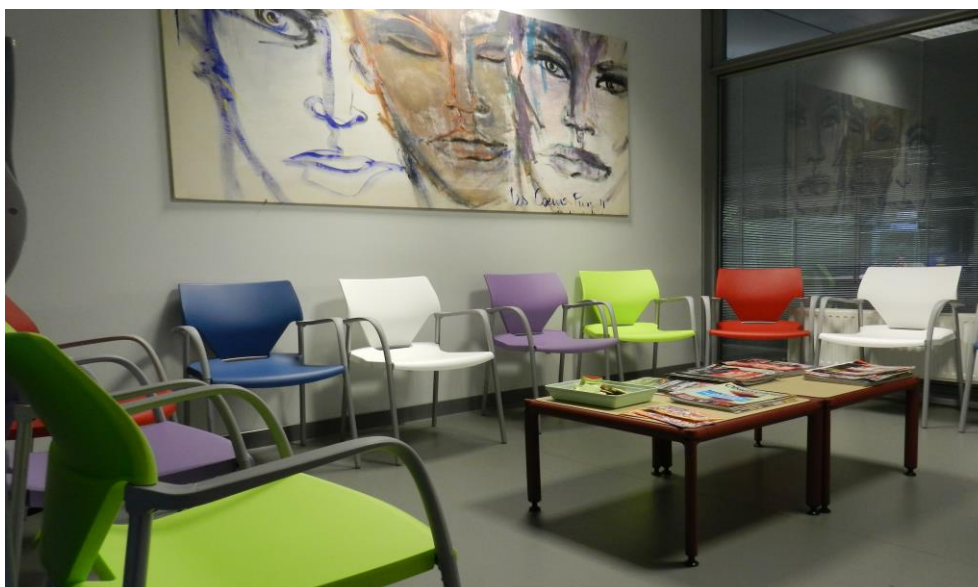
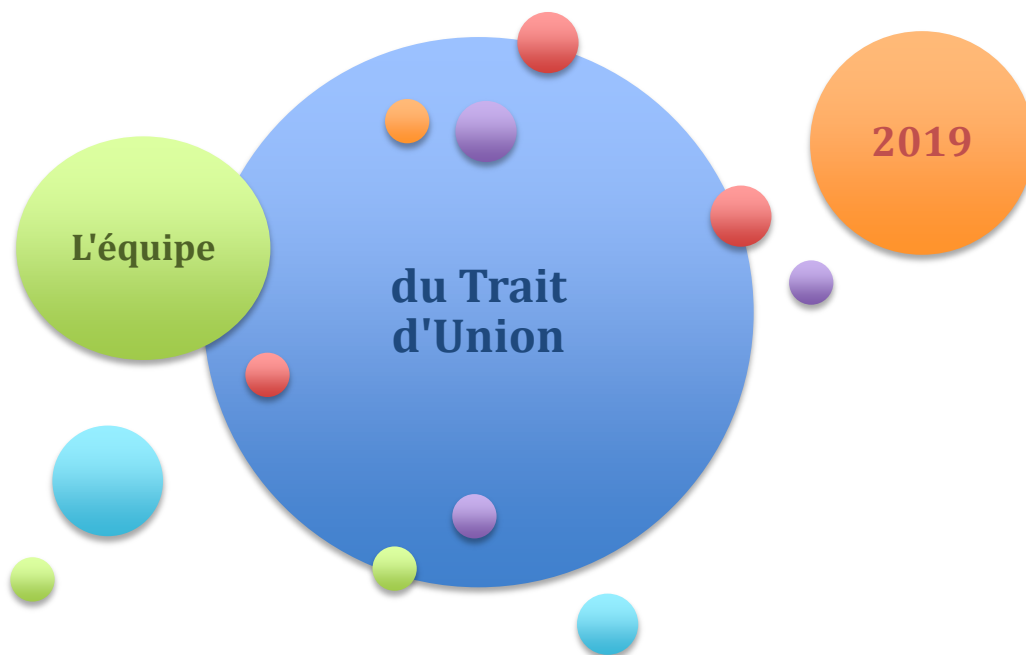


RAPPORT D'ACTIVITE 2019

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
- Odile Jacob / Pauline Vauthier (CeGIDD)

Sécrétaires

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

Psychologues

- Isabelle Galland
- Panagiotis Poulakis

Assistantes sociales

- Josette Bahouka
- Valérie Laurent

Technicienne 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.....	9
D) Situation immuno-virologique.....	9
E) Comorbidités.....	9
F) Co-infections hépatites virales.....	11
G) Nouveaux cas de SIDA.....	11
H) Décès.....	12
I) Nouveaux dépistés.....	13
J) Traitements antirétroviraux.....	16
1. <i>Proportion de patients traités, et succès virologique</i>	16
2. <i>Schémas thérapeutiques</i>	17
K) RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires).....	19
L) Grossesses.....	19
M) IST (infections sexuellement transmissibles).....	19
III) CONSULTATIONS AES	20
A) <i>Activité globale</i>	20
B) <i>Expositions des professionnels de santé (N = 11)</i>	21
C) <i>Expositions sexuelles (N = 163)</i>	21
D) <i>Expositions autres (N = 15)</i>	22
E) <i>Sérologies initiales de la personne exposée</i>	22
F) <i>Sérologies de la personne source de l'AES</i>	22
G) <i>Suivi sérologique des personnes exposées</i>	22
H) <i>Traitement post-exposition</i>	22
1. <i>Fréquence</i>	22
2. <i>Professionnels de santé</i>	23
3. <i>Expositions autres</i>	23
4. <i>Expositions sexuelles</i>	23
IV) AES TELEPHONIQUES	24
A) <i>Activité globale</i>	24
B) <i>AES professionnels</i>	24
C) <i>AES sexuels</i>	25
V) CONSULTATIONS Prep	26
VI) ESSAIS CLINIQUES, COHORTES ET ETUDES OBSERVATIONNELLES	28
VII) PUBLICATIONS	31
A) <i>CONGRES</i>	31
B) <i>REVUES</i>	33
VIII) DES – ENSEIGNEMENT – REUNIONS – GROUPES DE TRAVAIL – THESES	36
A) <i>DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)</i>	36
B) <i>ENSEIGNEMENT – FORMATIONS</i>	36
C) <i>REUNIONS</i>	37
1. <i>Réunions Bretzel</i>	37
2. <i>RCP (Réunions de Concertation Pluri-Disciplinaire)</i>	37
D) <i>GROUPES DE TRAVAIL</i>	37
1. <i>Groupe de travail AES des HUS</i>	37

2.	<i>Dat'AIDS</i>	37
3.	<i>SFLS</i>	38
E)	THESES	38
IX)	ACTIVITE DES INFIRMIERES	39
X)	ACTIVITE DES PSYCHOLOGUES	42

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-Déficiences Acquis

Tasp : Treatment as prevention

TPE : Traitement post-exposition

VIH : Virus de l'Immunodéficiences Humaine

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

I) EDITORIAL

Il n'est pas possible de débiter cet éditorial sans parler de la difficile période que nous venons de traverser ces dernières semaines, avec l'épidémie de l'infection due au coronavirus SARS-CoV-2. Le fonctionnement de toutes les structures des HUS a été bouleversé ; l'activité du Trait d'Union a ainsi très vite été diminuée, notamment pour limiter les flux de patients, tout en maintenant une prise en charge minimale : personnes nouvellement dépistées, survenue de complications, situations d'échec virologique, réponses à l'angoisse des patients. Si les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont rarement à risque de forme plus grave de COVID (seulement en situation de non contrôle virologique et surtout de déficit immunitaire marqué), il n'en reste pas moins que le COVID risque d'avoir des conséquences sur l'infection VIH. En effet, on peut craindre une réduction de l'activité de dépistage pendant l'épidémie (entraînant des retards diagnostiques), des interruptions des traitements ARV pour différentes raisons (peur de se déplacer à la consultation et/ou la pharmacie, voyage à l'étranger avec rupture de stock de médicaments du fait d'un retour différé), ... Mais il est encore trop tôt pour avoir une réponse précise à toutes ces interrogations. Un fonctionnement adapté à la situation épidémique a repris en mai, pour progressivement revenir à l'activité « normale » ... et en même temps nous finalisons notre 12^{ème} édition du rapport d'activité du Trait d'Union 2019 !

Le **vieillessement de la file active** des 1377 personnes vivant avec le VIH suivies en 2019 se poursuit (20% ont plus de 60 ans), avec son corollaire de comorbidités (3,6% ont une insuffisance rénale, 7% un diabète ... et 33% une pathologie cardio-vasculaire !), mais 98% des patients sont sous traitement ARV, dont **95% sont en succès virologique**, ce qui est la pierre angulaire de la prévention de la transmission du virus. Ceci ne se traduit cependant pas par une diminution des découvertes de séropositivité, qui ont même notablement augmentées par rapport aux années précédentes. On notera quand même une diminution de la proportion des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes parmi les nouvelles séropositivités, mais il est difficile d'en tirer des conclusions à partir de l'effectif d'un seul centre.

La Prep (**prophylaxie pré-exposition**) est un autre outil de la prévention combinée ; le nombre de personnes prises en charge au Trait d'Union est en très nette augmentation, **près de 300** sur l'année 2019, soit une activité clinique et une mission importante du service (consultation tous les 3 mois, et survenue fréquente d'IST, davantage que chez les PVVIH).

L'activité de **recherche clinique** reste soutenue (permettant le maintien d'un mi-temps de Médecin d'Etudes Cliniques), avec une participation à plusieurs nouveaux essais en 2019 : Septaviv (évaluation de la fragilité des plus de 70 ans), Omaprep (Opportunités manquées de mise sous Prep), analyse des prises de risques par les personnes sous Prep (étude interne promue par les HUS). Le suivi dans l'étude Quatuor s'est terminé, l'analyse intermédiaire a montré que la prise des ARV 4 jours sur 7 est d'efficacité comparable à la trithérapie. Dans ce domaine de l'allègement du traitement ARV, on peut aussi relever que 17% des patients au moins sont sous bithérapie ARV (inhibiteur d'intégrase, associé soit à un analogue nucléosidique, soit à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse).

Cette activité de recherche n'est possible que par l'implication de l'ensemble de l'équipe, qui assure aussi **l'encadrement des internes et des étudiants** (externes en médecine et pharmacie, étudiants infirmiers, sociaux, psychologues) en formation dans le service, leur permettant ainsi d'appréhender une prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire.

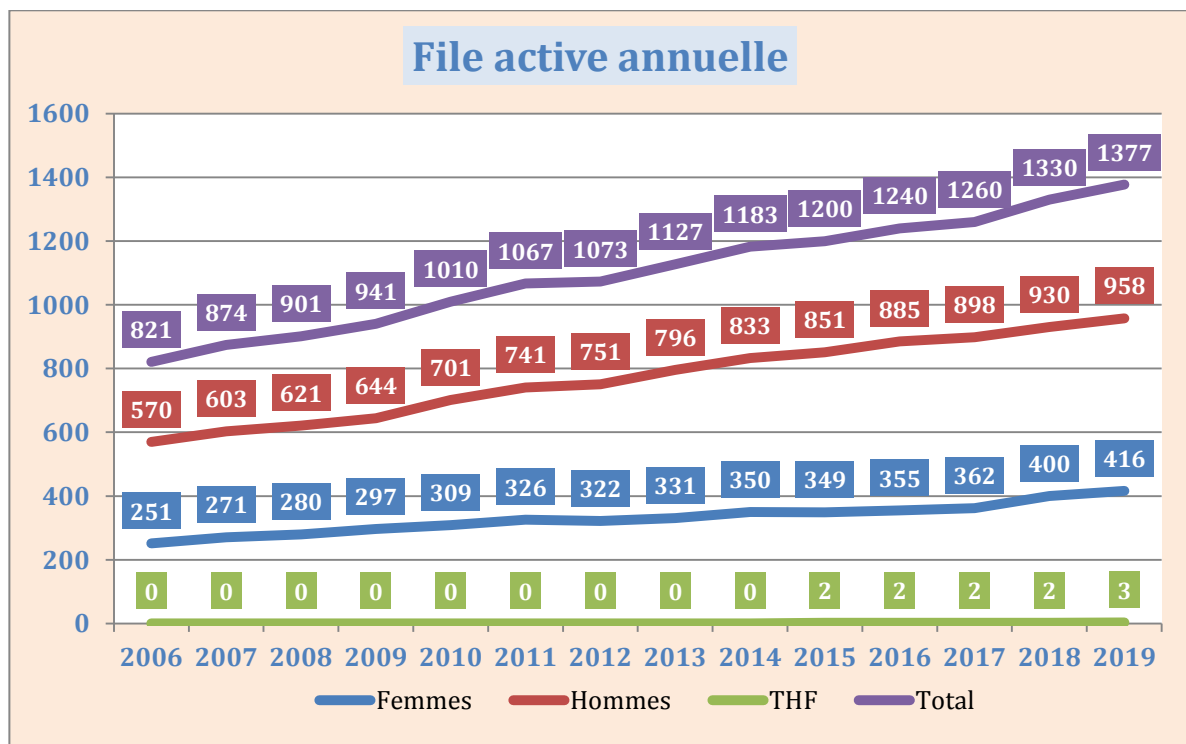
Au nom de toute l'équipe qui vous présente ce rapport d'activité annuel, nous vous souhaitons une bonne lecture.

II) PATIENTS INFECTES PAR LE VIH

A) Introduction

En 2019 le Trait d'Union a assuré le suivi de **1 388** personnes infectées par le VIH (au moins une consultation). L'analyse présentée ici concerne **1 377** patients, en raison du refus de 11 personnes d'informatiser leur dossier médical. La figure 1 présente l'évolution annuelle, à partir de 2006, de cette file active du service.

Figure 1 : évolution annuelle de la file active



* THF : transgenre homme → femme

B) Caractéristiques globales de la file active

Les figures 2 à 4 présentent l'âge et le mode de contamination des patients, ainsi que leur pays de naissance ; on note toujours un vieillissement de la population (augmentation dans les catégories 60-70 ans et 70-80 ans), et peut-être une moindre augmentation chez les HSH ...

Figure 2 : âge des patients – évolution dans le temps

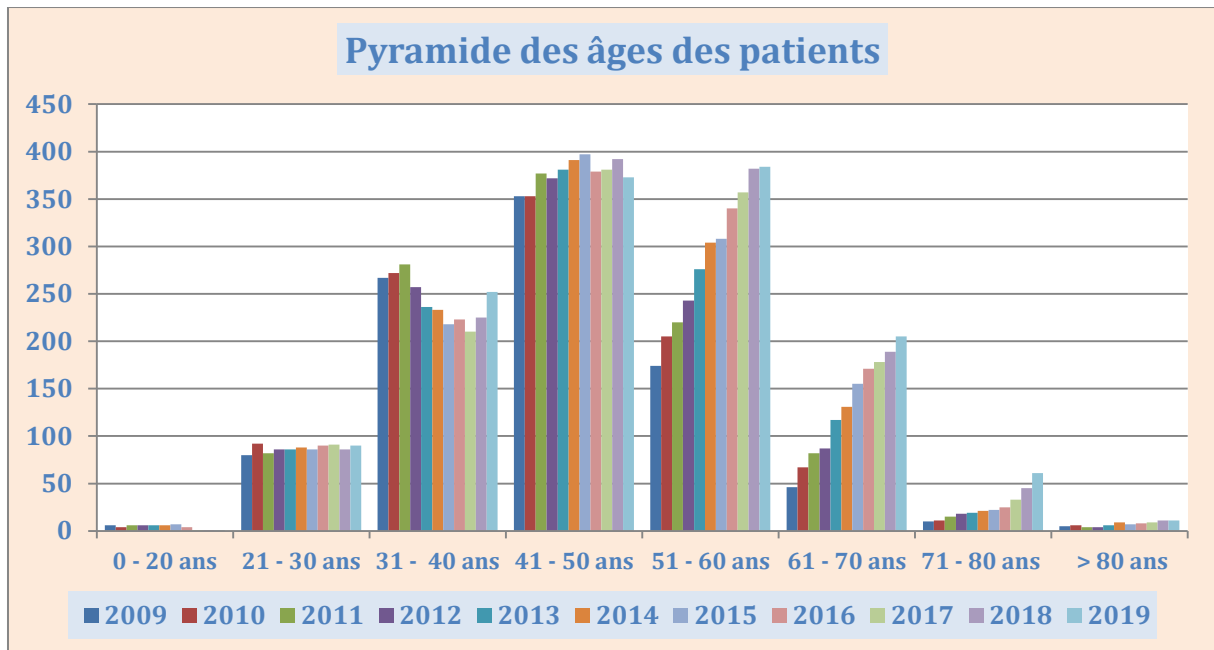


Figure 3 : mode de contamination – évolution dans le temps

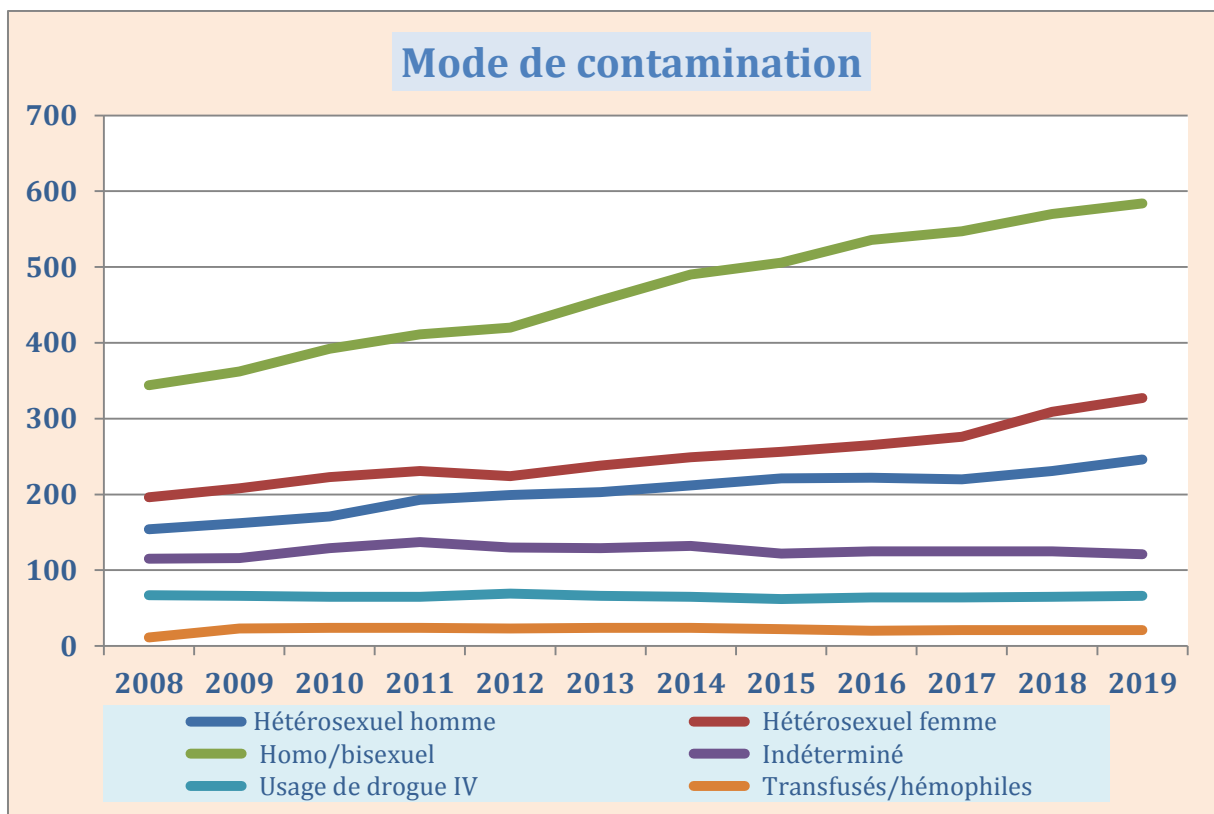
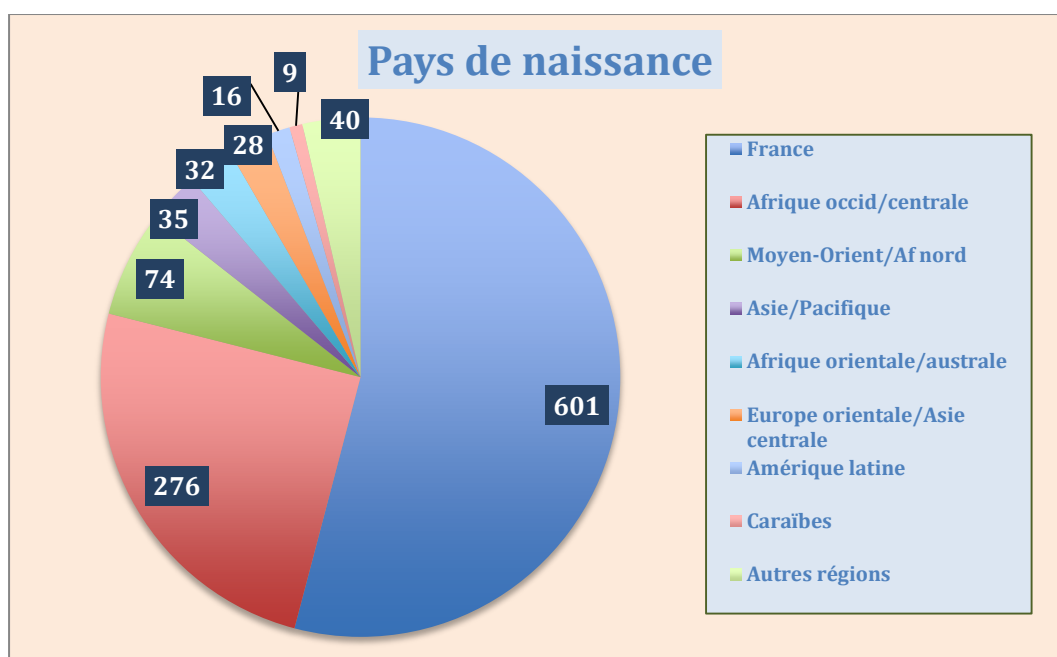


Figure 4 : pays de naissance des patients vus en 2019



* pays de naissance non renseigné pour 266 patients

C) Stade clinique

La majorité des patients est asymptomatique : 893 (65%), alors que 14,6% sont au stade C de la classification internationale (CDC 1993).

D) Situation immuno-virologique

Près de $\frac{3}{4}$ des patients ont une immunité normale : 937 (72%) ont des lymphocytes CD4 > 500/mm³ (dernier résultat de l'année disponible). Seuls 33 (2,5%) ont des lymphocytes CD4 < 200/mm³.

La charge virale est < 50 copies/ml chez 1245/1308 patients ayant un résultat disponible, soit 95% (quel que soit le statut thérapeutique).

Le sous-typage du VIH est disponible pour 818 patients ; le sous-type B reste majoritaire : 467 soit 57%. Le CRF_02_AG est prédominant parmi les sous-types non B : 138/213 soit 65% (et 17% du total).

E) Comorbidités

Les figures suivantes illustrent la fréquence des comorbidités et du tabagisme. L'hypertension artérielle et les dyslipidémies restent les comorbidités les plus fréquentes, suivies des autres pathologies cardio-vasculaires (en augmentation régulière), et des syndromes dépressifs ; un peu plus de 7% de la file active présente un diabète. Un peu plus de 8% de la file active a, ou a eu, un cancer.

Parmi 1281 patients pour lesquels le tabagisme est renseigné, 50% sont non fumeurs, 11,5% sont anciens fumeurs, et 38,5% fumeurs actifs.

Figure 5 : fréquence des comorbidités – évolution dans le temps

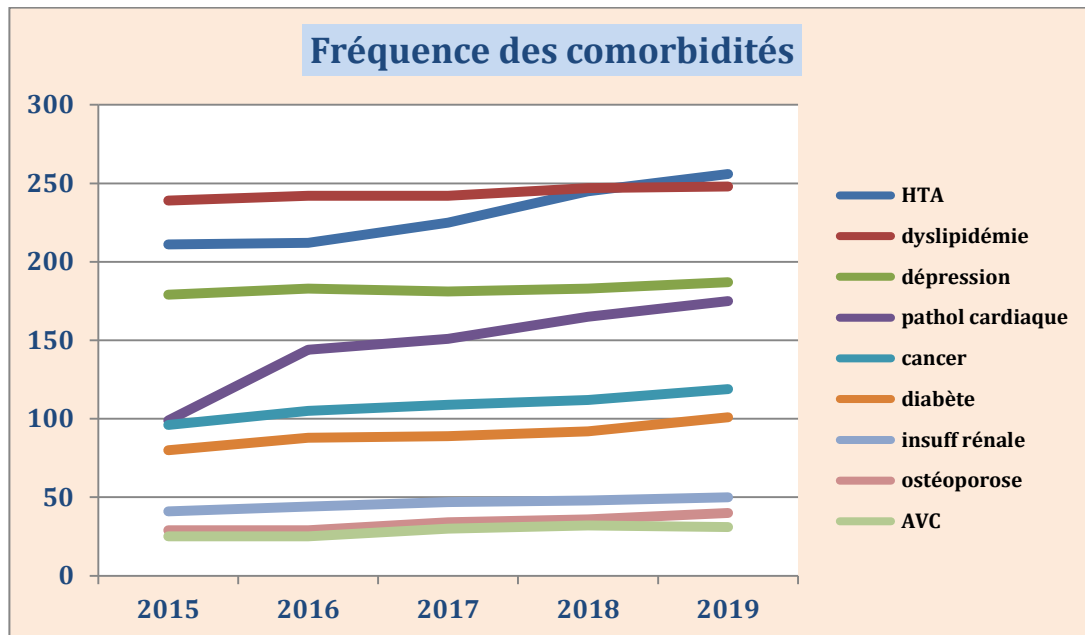
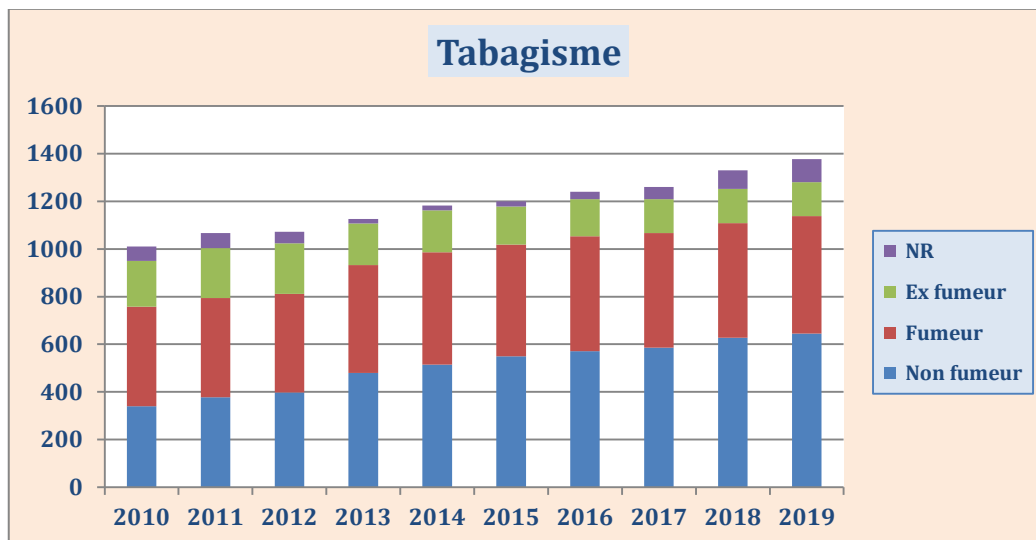


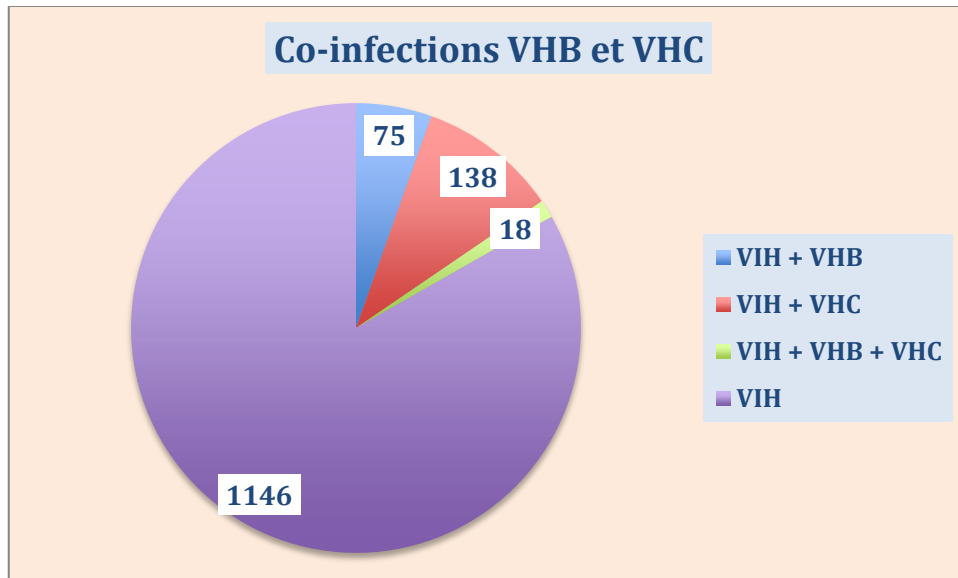
Figure 6 : tabagisme au sein de la file active



F) Co-infections hépatites virales

231 patients de la file active 2019 sont co-infectés par le virus de l'hépatite B (antigène HBs positif) et/ou l'hépatite C (sérologie VHC positive), soit 16,8% (figure 7). Parmi les patients co-infectés VIH - VHC, seuls 8% restent virémiques pour le VHC (traitement non encore instauré, difficultés de suivi pour certains patients). 60,3% des patients ont des anticorps anti-HBs.

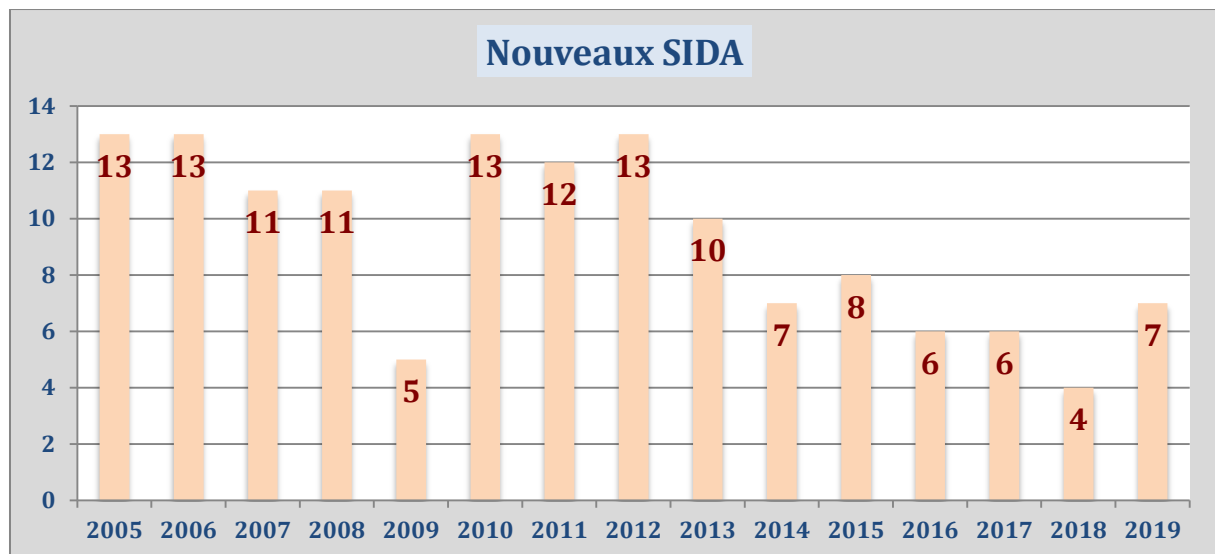
Figure 7 : fréquence des co-infections VHB et VHC



G) Nouveaux cas de SIDA

En 2019, 7 patients sont passés au stade C de la classification internationale des CDC. L'âge médian est de 33 ans (24 - 46 ans), le mode de contamination VIH est hétérosexuel (5) et HSH (2).

Figure 8 : nouveaux cas de SIDA – évolution dans le temps



Les complications classantes sont :

- Tuberculose pulmonaire : 2
- Mycobactériose aviaire disséminée : 1
- Pneumocystose pulmonaire : 1
- Candidose oesophagienne : 1
- Infection disséminée à CMV : 1
- Maladie de Kaposi : 1

La médiane des lymphocytes CD4 au diagnostic de stade C est de $135/\text{mm}^3$ (23 – 912). Deux patients sont en échec virologique au diagnostic de SIDA, 2 sont dépistés VIH positif au stade C, alors que 3 sont en charge virale indétectable sous traitement ARV (passage SIDA pour pneumocystose pulmonaire, tuberculose pulmonaire et maladie de Kaposi).

H) Décès

Six patients (4 hommes, 2 femmes) de la file active sont décédés en 2019, des causes suivantes :

- ⇒ Infarctus du myocarde
- ⇒ Pneumocystose pulmonaire associée à une LEMP
- ⇒ Cancer ORL
- ⇒ Cancer bronchique
- ⇒ Démence liée au VIH avec complications infectieuses
- ⇒ Dénutrition et complications infectieuses

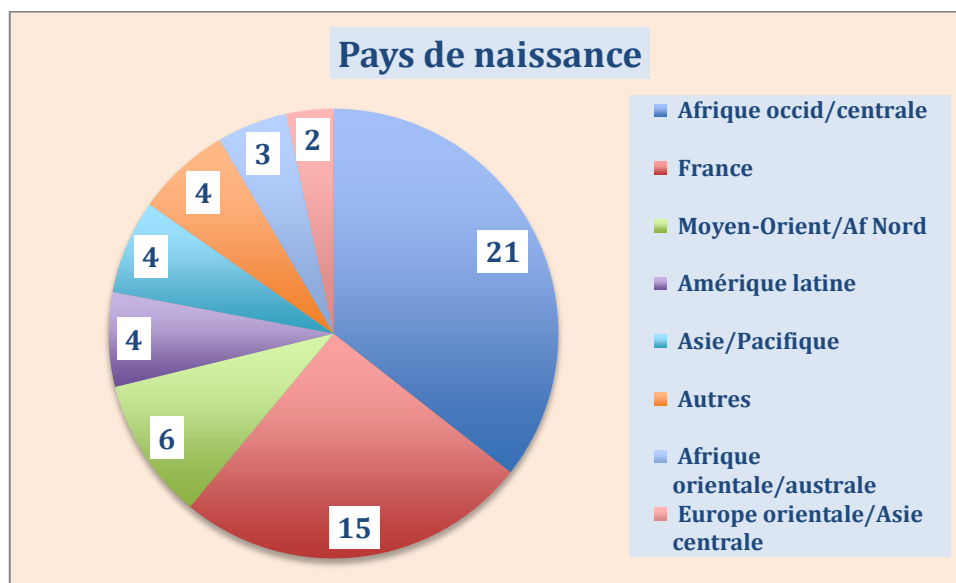
Leur âge médian était de 67,5 ans (48 - 72 ans), la durée médiane de séropositivité VIH connue était de 22 ans (11 – 34 ans). La charge virale VIH était indétectable chez 4 d'entre eux.

I) Nouveaux dépistés

En 2019, 59 patients dépistés dans l'année ont été pris en charge au service : 42 hommes, 16 femmes, et 1 THF. Leur âge médian est de 34 ans (20 – 73 ans), comparable entre hommes et femmes (35 et 33,5 ans respectivement). Le mode de contamination est majoritairement hétérosexuel : 32/59 (54%) ; chez les hommes, on note une petite prédominance de contamination HSH : 23/42 (55%).

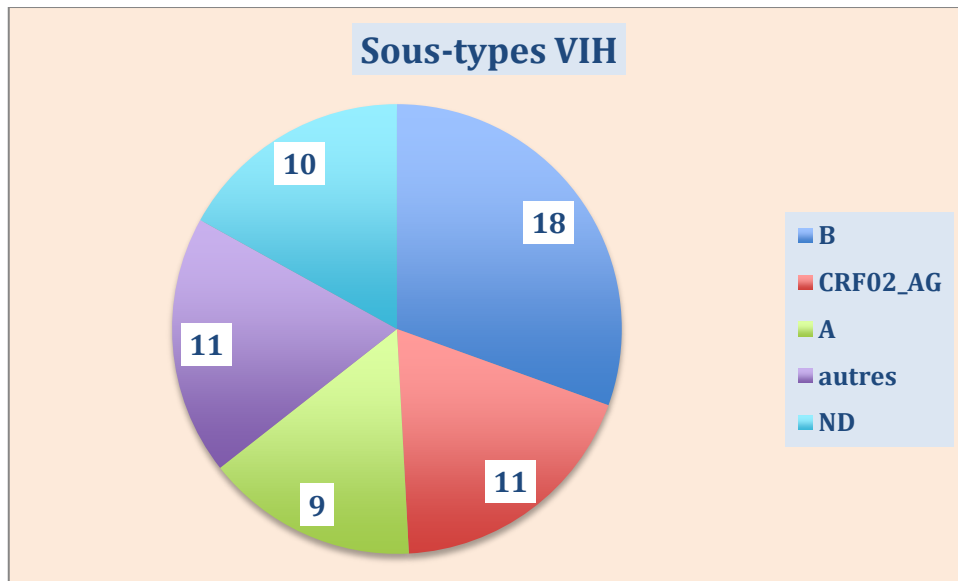
Le pays de naissance de ces personnes nouvellement dépistées, ou plus exactement la zone géographique, est indiqué dans la figure 9.

Figure 9 : pays de naissance



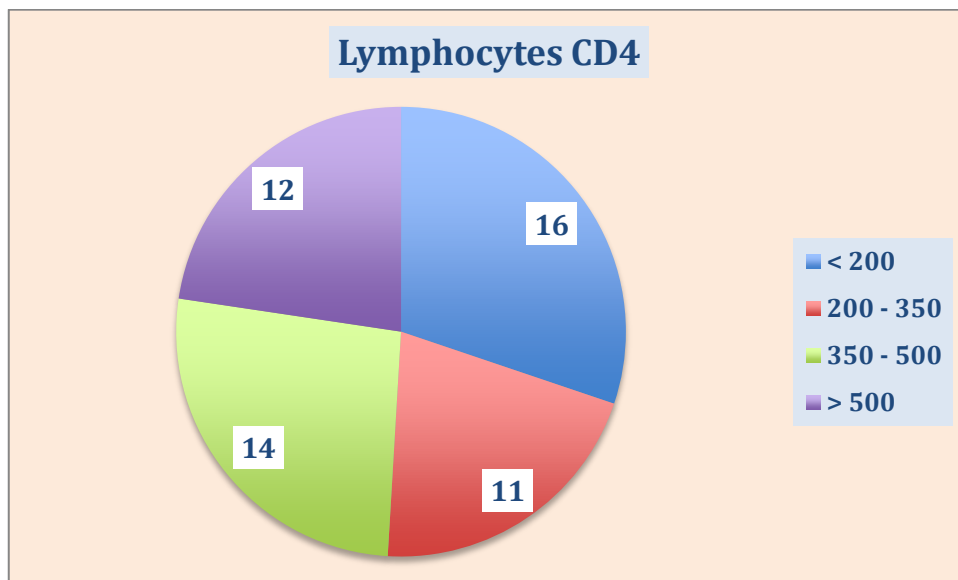
Le sous-type VIH est connu chez 49 patients, il est en majorité B, mais proportionnellement moins que sur la file active totale. La répartition est indiquée par la figure 10.

Figure 10 : sous-type VIH chez les patients nouvellement dépistés



Un résultat de lymphocytes CD4 est disponible au dépistage pour 53 patients, ils sont $< 200/\text{mm}^3$ dans 30% des cas ! Le dépistage reste tardif, la répartition des CD4 est représentée par la figure 11.

Figure 11 : lymphocytes CD4 au moment du dépistage



Le nombre total de patients dépistés dans l'année augmente assez nettement ! comme l'indique la figure 12, néanmoins la part des contaminations HSH n'augmente pas ... (figure 13).

Figure 12 : nombre totale de patients dépistés chaque année

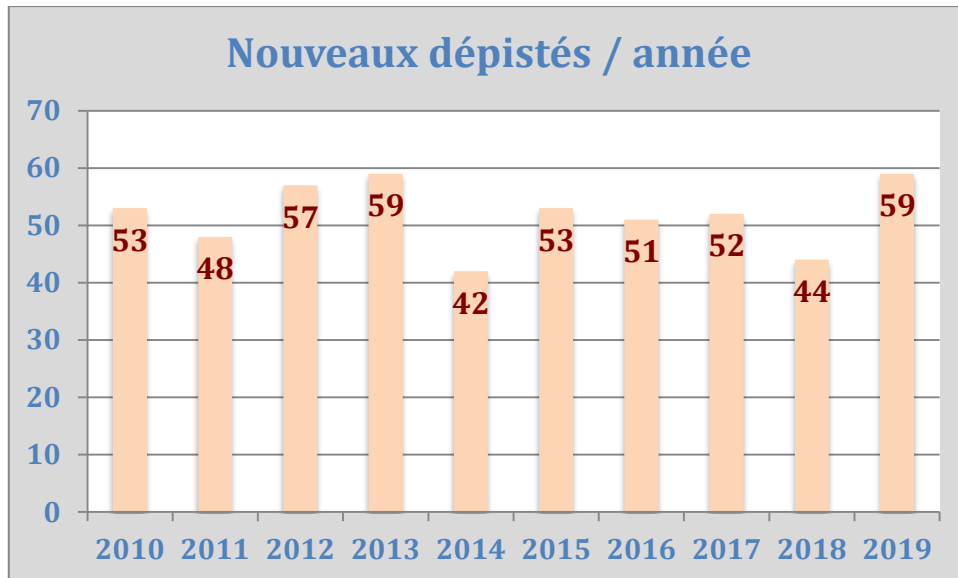
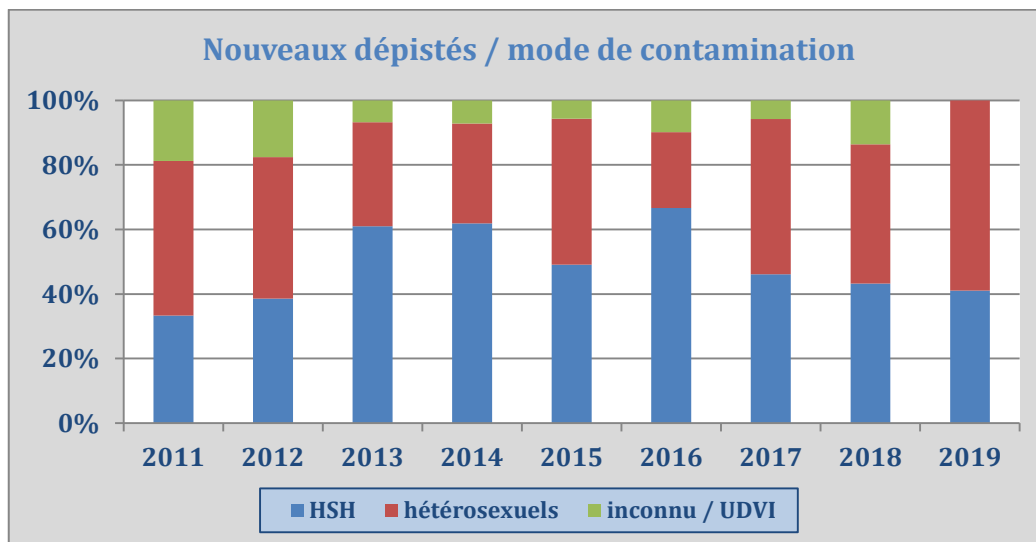


Figure 13 : évolution du mode de contamination parmi les nouveaux dépistés



J) Traitements antirétroviraux

1. Proportion de patients traités, et succès virologique

Plus de 98% des patients suivis sont sous traitement ARV (figure 14), et 95% des patients traités sont en succès virologique (charge virale plasmatique < 50 copies/ml, figure 15).

Figure 14: proportion de patients traités – évolution dans le temps

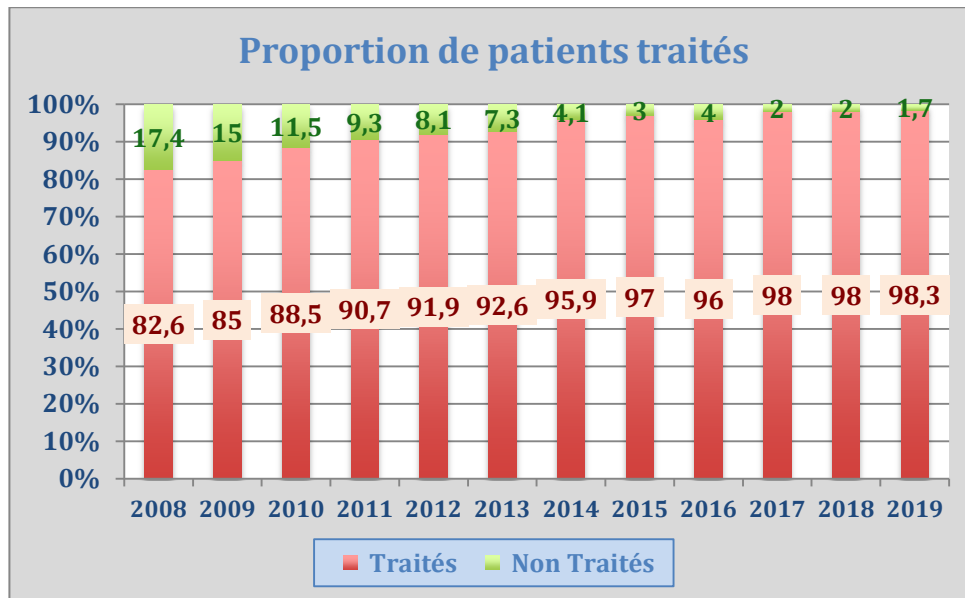
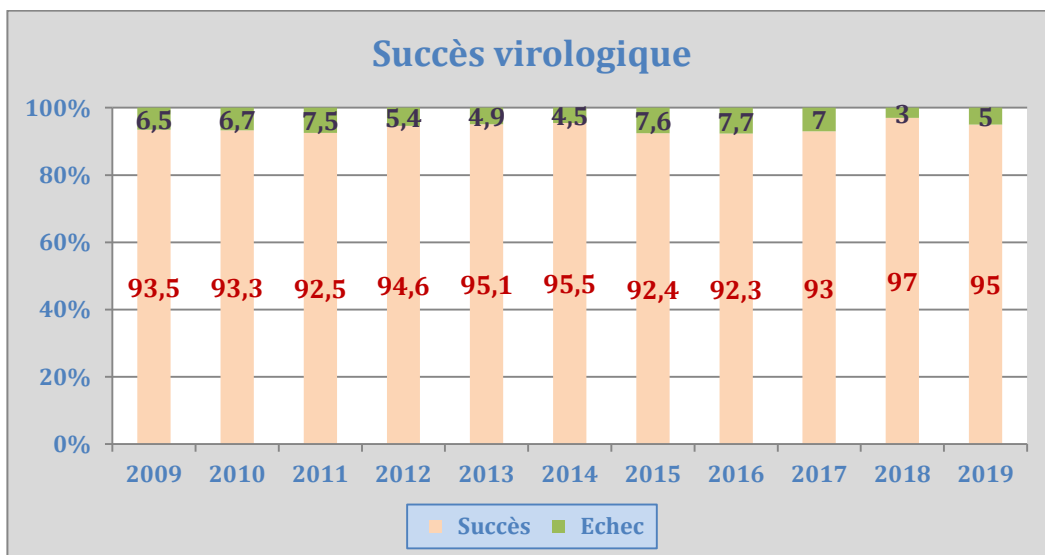


Figure 15: proportion de patients traités en succès virologique

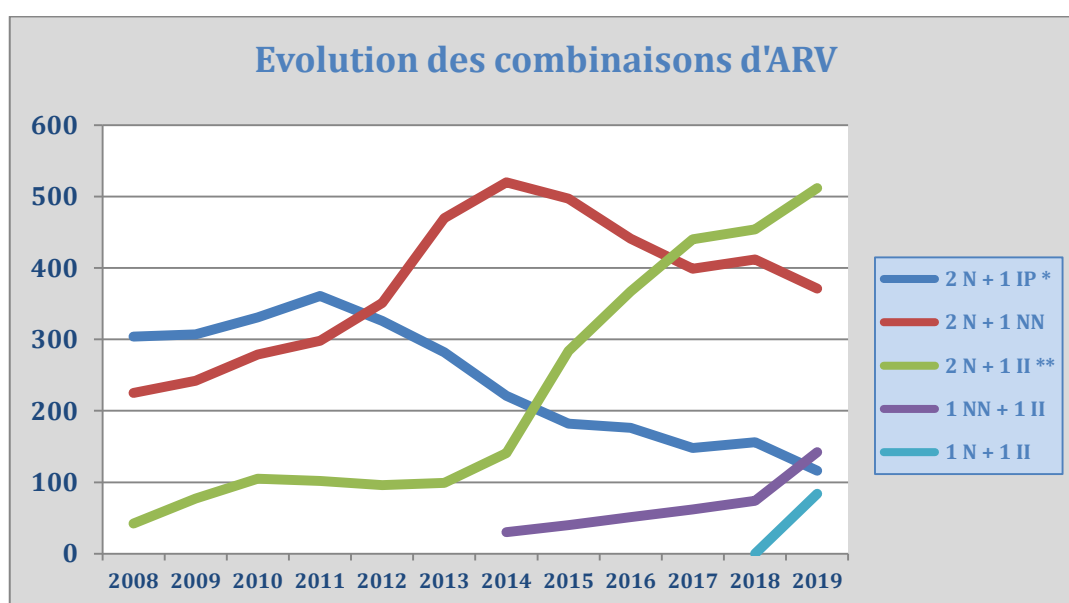


2. Schémas thérapeutiques

La majorité des patients traités restent sous une association de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) avec un 3^{ème} agent (74%), mais ceci diminue lentement (78,5% en 2018). Parmi eux, la part utilisant un inhibiteur de protéase (boosté ou non, IP), ne cesse de diminuer, celle avec inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) représente un peu plus d'1 tiers (37%), par rapport à 51% pour les inhibiteurs d'intégrase (II, figure 16). *Il est intéressant de noter que les associations d'1 II avec soit 1 INNTI soit 1 INTI (soit 1 bithérapie, dans le principe d'un allègement du traitement), sont nettement plus souvent prescrites (17% des patients traités).*

Les associations avec II sont encore plus largement majoritaires en traitement de première intention, avec près de $\frac{3}{4}$ des prescriptions (tableau 1).

Figure 16 : évolution des choix d'associations ARV



* IP boosté ou non

** II boosté ou non

Tableau 1 : associations d'ARV prescrites en première ligne

	2016	2017	2018	2019
2N + 1II	51,6%	50%	48,1%	71,8%
2N + 1IIb	12,5%	14,5%	16,7%	1,4%
2N + 1 IPb	25%	25,8%	13%	14,1%
2N + 1 NN	4,7%	6,5%	16,7%	9,9%
Autres	6,2%	3,2%	5,5%	2,8%

Le tableau 2 indique les différentes molécules prescrites, et montre au sein des différentes classes d'ARV :

- **INTI** : nette augmentation en 2019 de TAF/emtricitabine (inclus dans Odefsey et Biktarvy), augmentation de la lamivudine (car de plus en plus associée, en bithérapie, au dolutégravir) ;
- **INNTI** : très large prédominance de la rilpivirine ;
- **IP** : de moins en moins prescrites, le darunavir reste l'IP de référence ;
- **II** : le dolutégravir est de loin le plus prescrit, mais le bictégravir (commercialisé en 2018) apparaît significatif.

Tableau 2 : molécules ARV prescrites

ARV	2016	2017	2018	2019
INTI				
Ténofovir/emtricitabine	569	452	397	244
Abacavir/lamivudine	419	437	439	384
TAF/emtricitabine		95	192	364
Lamivudine	27	70	92	123
Ténofovir	22	22	17	16
Abacavir	13	13	3	13
Abacavir/lamivudine/zidovudine			1	1
Zidovudine/lamivudine	2	3	1	0
Emtricitabine	4	2	2	2
INNTI				
Rilpivirine	312	308	361	296
Névirapine	97	91	74	62
Efavirenz	91	80	64	44
Etravirine	41	32	33	24
Doravirine				6
IP				
Ritonavir	211	208	218	178
Darunavir	167	163	186	151
Atazanavir	77	66	46	39
Lopinavir	11	7	4	3
Fosamprénavir	2	1	1	1
Tipranavir	3	3	3	3
II				
Dolutégravir	325	395	443	515

Elvitégravir	70	112	116	100
Cobicistat	70	112	117	100
Bictégravir			5	105
Raltégravir	112	96	88	74
	IE			
Maraviroc	20	19	17	15

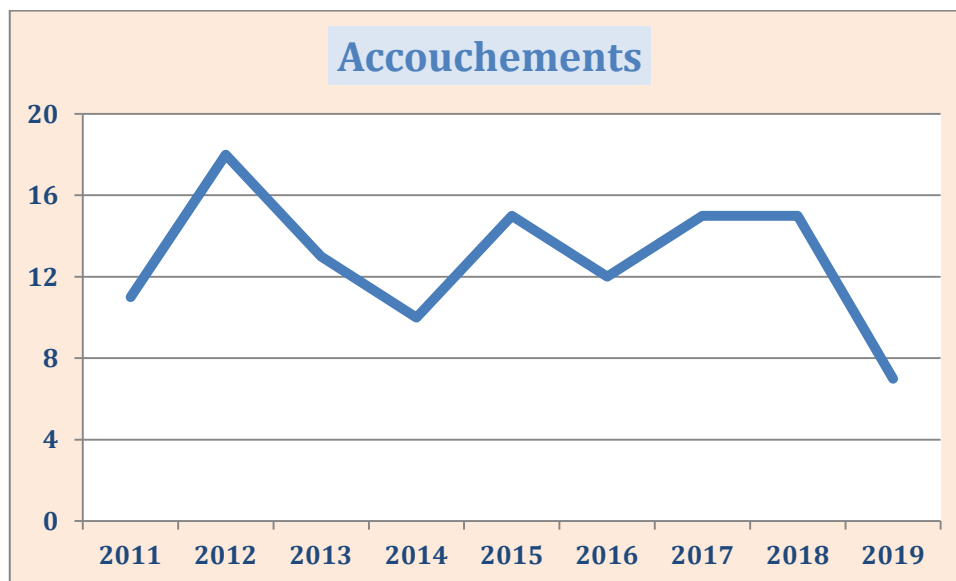
K) RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires)

46 dossiers de 43 patients différents ont été discutés en 2019, au cours de 6 réunions RCP.

L) Grossesses

Il y a eu 9 grossesses en 2019, 7 accouchements et 2 interruptions de grossesse.

Figure 17 : nombre d'accouchements par année



M) IST (infections sexuellement transmissibles)

Durant l'année 2019, **99 IST** ont été diagnostiquées chez les patients suivis : **24 syphilis** (9 latentes, 5 cutanées, 1 chancre, forme non renseignée [NR] : 9), **37 infections gonococciques** (urétrales : 9, pharyngée : 13, anale : 15), et **38 infections à *Chlamydia trachomatis*** (urinaire : 4, pharyngée : 4, anale : 30 dont 1 LGV [lymphogranulomatose vénérienne]).

III) CONSULTATIONS AES

En 2019, un total de **200 personnes** différentes (au moins une consultation dans l'année) ont été prises en charge au Trait d'Union pour une exposition accidentelle au VIH ou virus des hépatites B et C, ou une autre IST. L'informatisation de leur dossier médical (NADIS) a été refusée par 11 d'entre elles, et acceptée par 189 personnes ; la synthèse présentée ci-dessous concerne donc **189 dossiers NADIS**.

A) Activité globale

Les figures suivantes présentent le type d'expositions ayant motivé une consultation au Trait d'Union. Rappelons que ces AES sont répartis en 4 catégories : expositions des professionnels de santé, risques sexuels, expositions « autres », partage de matériel d'injection (pas de consultation pour ce dernier groupe en 2019). On constate une fluctuation d'une année sur l'autre, en particulier pour les expositions sexuelles (entre 150 et 200 par an).

Figure 18 : type d'expositions ayant motivé une consultation

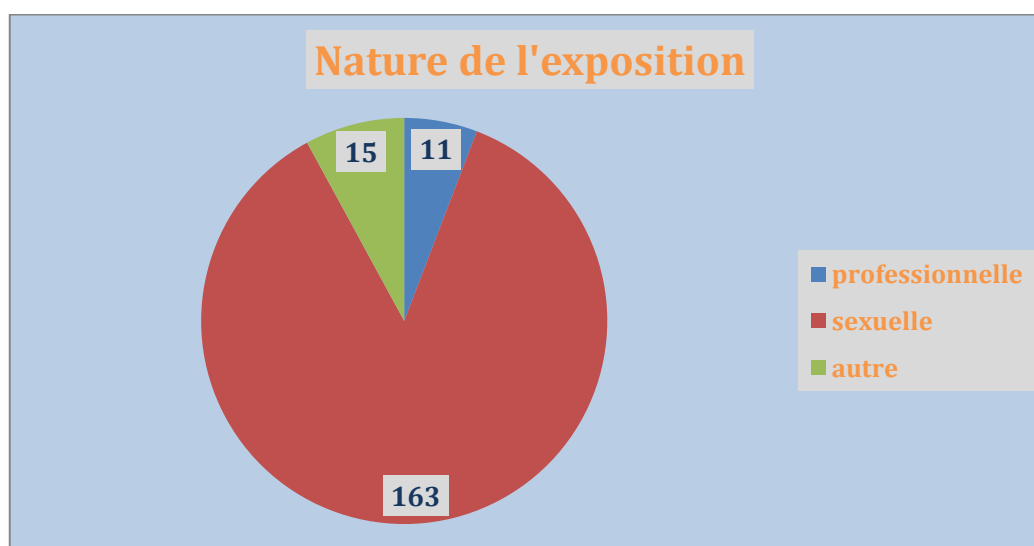
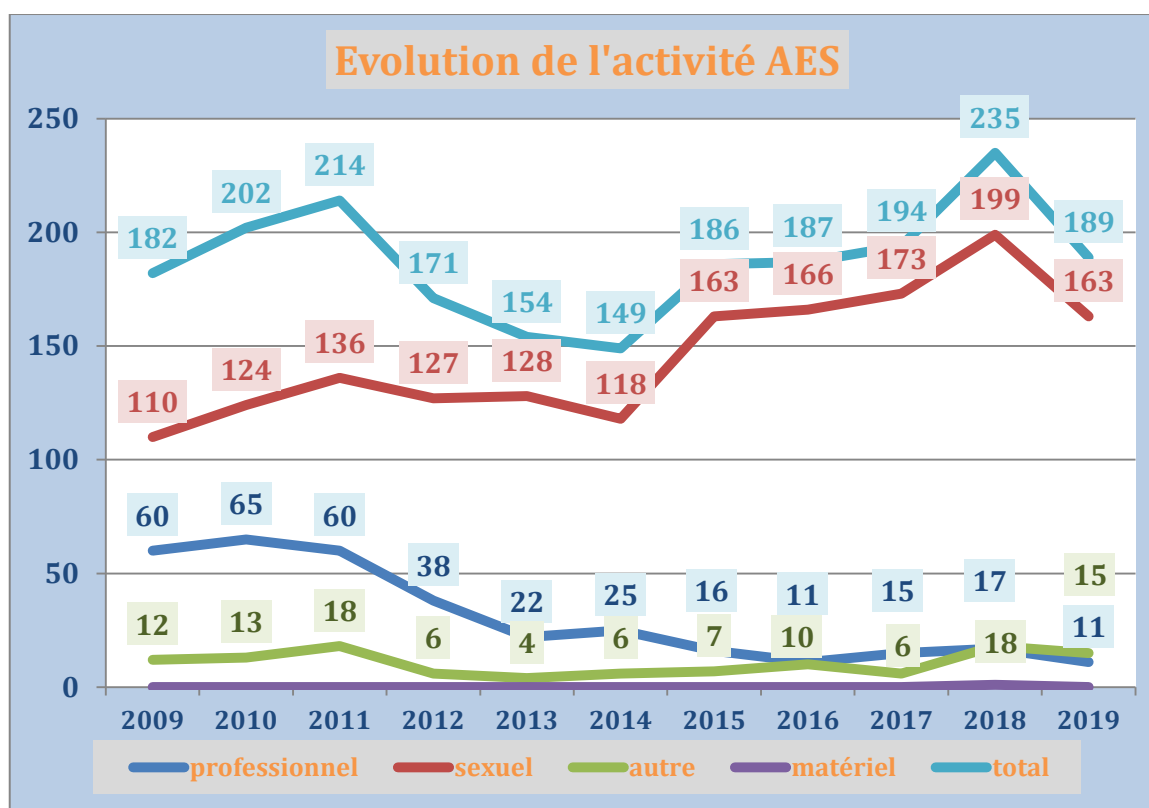


Figure 19 : évolution des types d'AES pris en charge dans le temps (2009-2019)



B) Expositions des professionnels de santé (N = 11)

Il s'agit de 3 « dentaires » (dentiste ou étudiant dentaire, Nadis ne permet pas de faire la distinction), 1 chirurgien, 1 médecin, 2 infirmières, 1 étudiant.e infirmier.e, et 3 « autres ». L'exposition est essentiellement une piqure : 10/11, plus souvent superficielle (6 fois, modérée : 3, profonde : 1, non renseigné dans le dernier cas). Rappelons que les expositions du personnel de santé, notamment des HUS, est principalement géré par téléphone (voir rubrique AES téléphoniques), d'où le très faible nombre de consultations ici.

C) Expositions sexuelles (N = 163)

Elles concernent 115 hommes, soit 71% (plus souvent par rapport HSH : 63%, que hétérosexuel : 37%), et 48 femmes, soit 29%. Le risque fait suite à un rapport sexuel non protégé (92), ou un accident de préservatif (61, soit rupture : 53, soit glissement : 8). Il s'agit d'une agression sexuelle dans 22 cas.

D) Expositions autres (N = 15)

Ce sont des expositions au sang, chez une personne n'étant pas professionnelle de santé, généralement à très faible risque : piqure avec aiguille abandonnée (8), projection de sang sur peau lésée lors de secours à personne (3), griffures (1), morsure (1), blessure lors d'une bagarre (1), autre situation (1).

E) Sérologies initiales de la personne exposée

Un dépistage VIH initial est disponible pour 171 personnes, il est toujours négatif.

163 sérologies VHC initiales sont disponibles, toutes négatives.

136 personnes ont un antigène HBs négatif au bilan initial de l'AES, dont 71 sont immunisés avec titre protecteur d'anti-HBs.

Enfin 125 dépistages initiaux de syphilis sont connus, dont 6 sont positifs en test ELISA, avec VDRL positif, mais dont 4 sont cicatriciels (et donc 2 traités).

F) Sérologies de la personne source de l'AES

Très peu de résultats de dépistage de la personne source s'avèrent documentés, néanmoins 14 d'entre elles sont infectées connues par le VIH, et 2 ont 1 hépatite C chronique documentée ; il n'y a pas de notion connue d'Ag HBs positif chez une personne source.

G) Suivi sérologique des personnes exposées

Un tel suivi (souvent incomplet) est disponible chez :

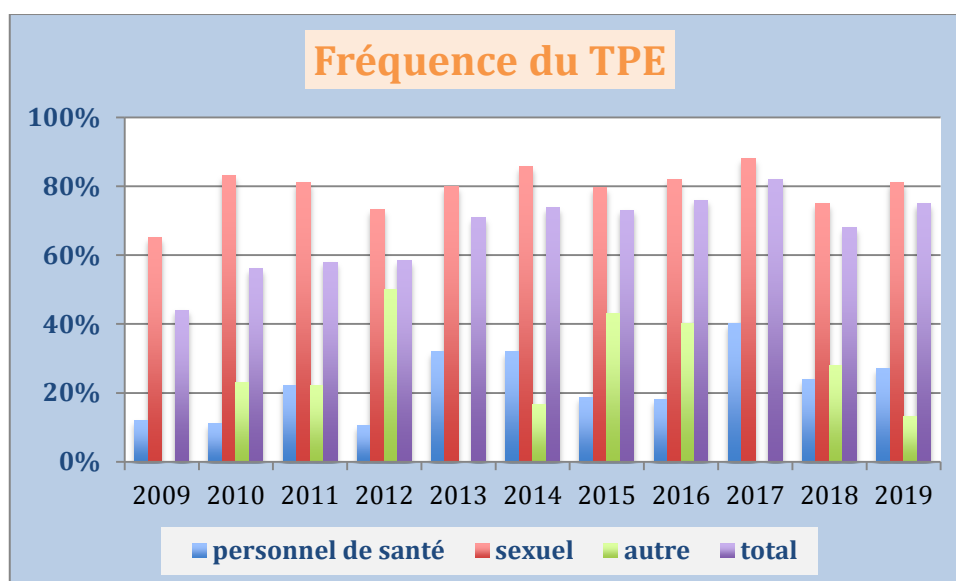
- 110 personnes pour le VIH : sérologies toutes négatives (58%),
- 92 personnes pour le VHC : sérologies toutes négatives (49%),
- 32 pour le VHB : Ag HBs toujours négatif (17%) ; rappelons qu'une vaccination hépatite B est proposée en l'absence d'immunité, notamment après expositions sexuelles,
- Aucune syphilis n'est découverte durant le suivi des expositions sexuelles.

H) Traitement post-exposition

1. Fréquence

Comme pour les années précédentes, le faible effectif des expositions des professionnels de santé, et « autres », ne permet pas de tirer de conclusion ; en revanche, les expositions sexuelles restent très souvent traitées, en moyenne dans $\frac{3}{4}$ des situations. Rappelons que le TPE utilisé aux HUS est l'Eviplera, selon les recommandations du Rapport Morlat (passage à l'Odefsey début 2020, c'est-à-dire remplacement du ténofovir DF par le TAF, ayant une moindre toxicité rénale et osseuse, et nette diminution du coût).

Figure 20 : fréquence du TPE, selon l'année et le type d'exposition



2. Professionnels de santé

Trois personnes ont reçues un TPE, par Eviplera, pendant 28 jours (1), interrompu à J4 (1, le patient source a eu un dépistage VIH, qui s'est révélé négatif), de durée indéterminée pour la dernière (perdue de vue).

3. Expositions autres

Deux personnes se sont vues prescrire un TPE par Eviplera : 28 jours une fois, interrompu à J3 dans l'autre situation (risque très faible).

4. Expositions sexuelles

Elles sont donc fréquemment traitées : 133, soit 81%, principalement par Eviplera (128 soit 96%).

Dans les autres cas, il s'agissait de :

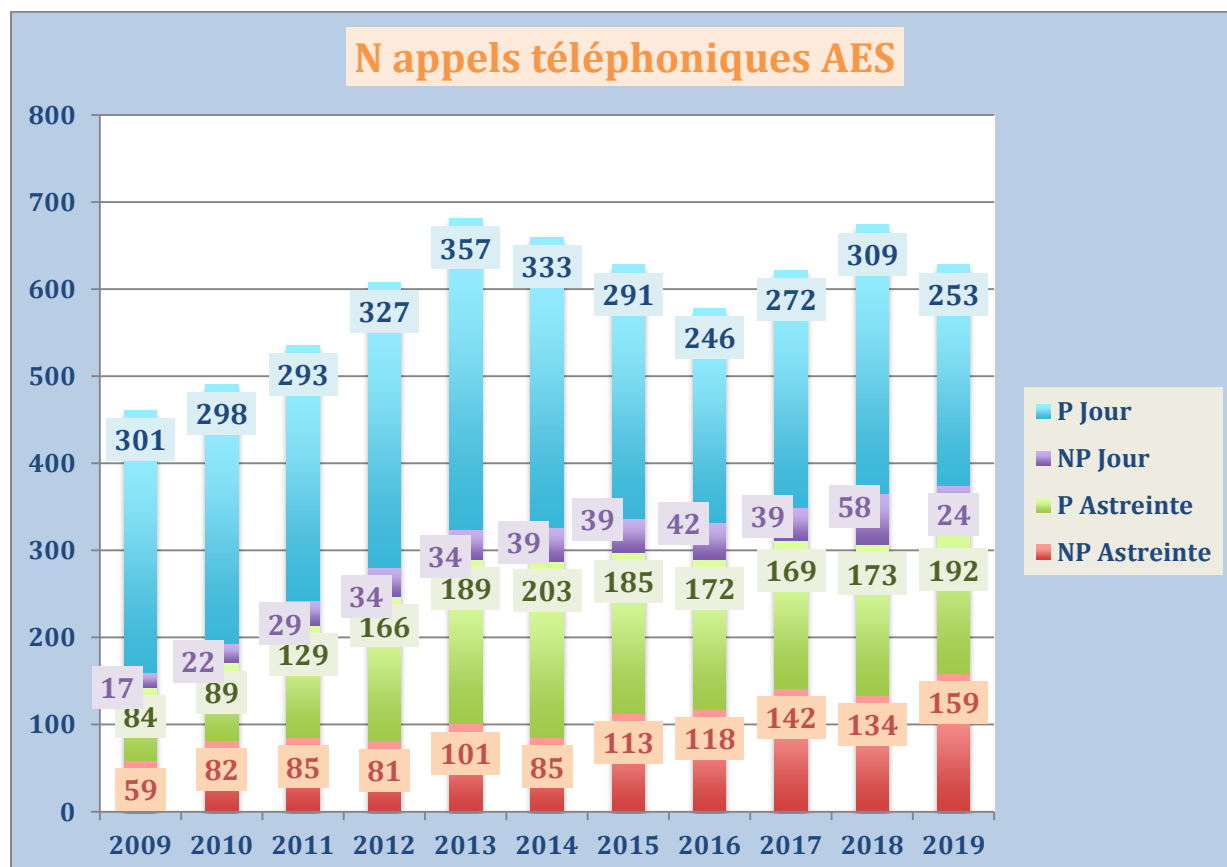
- emtricitabine/ténofovir DF + rilpivirine donc en 2 comprimés (2 personnes, l'un a été initié dans un autre centre, et dans l'autre cas le comprimé unique d'Eviplera était trop difficile à avaler),
- emtricitabine/ténofovir DF + darunavir /r (1), initié dans un autre centre, et rapidement simplifié pour Eviplera,
- emtricitabine/ténofovir DF + raltégravir (1), également initié dans un autre centre, et rapidement simplifié pour Eviplera,
- et lamivudine/zidovudine + névirapine (1, erreur de délivrance aux urgences), rapidement rectifiée pour Eviplera.

IV) AES TELEPHONIQUES

A) Activité globale

Le nombre total d'appels téléphoniques pour avis sur un AES (**628 en 2019**) reste sensiblement stable ces dernières années. Ils concernent à 71% des AES professionnels.

Figure 21 : évolution dans le temps du nombre d'appels téléphoniques AES

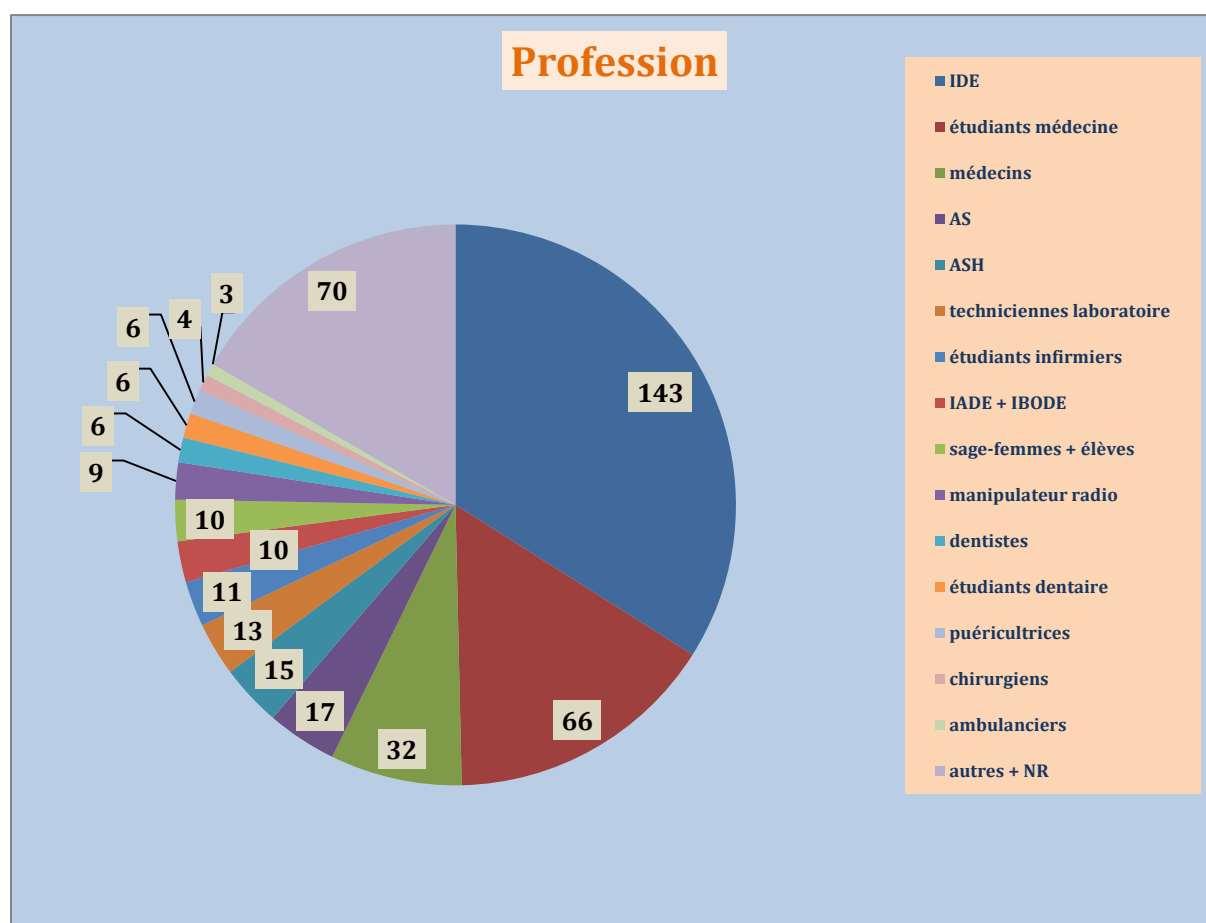


P : exposition Professionnelle NP : exposition Non Professionnelle

B) AES professionnels

En 2019 nous avons répondu à 421 personnes ayant eu un AES dans un cadre professionnel (71% des appels téléphoniques), en majorité des femmes : 301 (71,5%). Il s'agit le plus souvent d'une piqûre : 282 (67%), pour 12,6% de coupures et 19% de projections, oculaire le plus souvent ; les piqûres accidentelles se sont en majorité faites avec une aiguille sous-cutanée (39%). Les professions les plus « exposées » sont les infirmier(e)s et les étudiants en médecine.

Figure 22 : professions le plus exposées aux AES



87,8% des personnes se déclarent comme étant vaccinées contre le VHB, dont 229 (61,9% 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 : 15, 19 et 9 respectivement. Un traitement post-exposition (TPE) est proposé dans seulement 2 situations.

C) AES sexuels

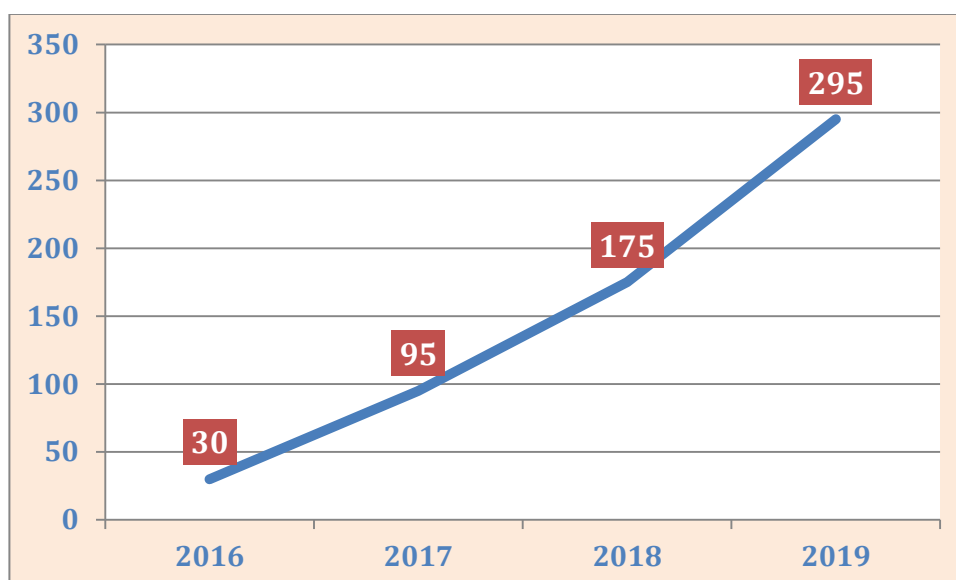
En 2018, 157 appels téléphoniques ont concerné des expositions sexuelles (50,3% de femmes). Le risque est hétérosexuel dans 50,9% des cas, et homosexuel masculin dans 15,9% des situations (sachant qu'il n'est pas renseigné pour 52 situations). Le rapport sexuel n'est pas protégé dans 45,2% des appels. Enfin, il s'agit d'une agression sexuelle dans 58 situations ! Un TPE est proposé dans 98 situations.

V) CONSULTATIONS Prep

En 2019, le service a pris en charge **307 personnes différentes** (au moins 1 consultation dans l'année) dans le cadre de l'activité de Prep (prophylaxie pré-exposition). Parmi elles, **295** ont accepté l'informatisation de leur dossier médical, alors que 12 l'ont refusé ; l'analyse présentée ici porte ainsi sur **295 dossiers Nadis** différents.

L'âge médian de ces 295 personnes est de 35 ans (extrêmes : 16 – 71 ans), ce sont **3 femmes, 3 hommes hétérosexuels**, et donc une majorité de **289 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** (HSH). La figure 23 montre l'évolution du nombre de personnes prises en charge depuis 2016, date de l'instauration en France de ces consultations et cette indication de traitement préventif.

Figure 23 : nombre total de personnes sous Prep



On note une immunité contre le VHA chez 167 de ces personnes soit 56,6% (163 sérologies positives en IgG et 4 douteuses, donc une probable présence à faible taux d'IgG) sur le dernier prélèvement disponible ; ceci est insuffisant, rappelons l'indication de vaccination des HSH, ce qui est toujours proposé en l'absence d'IgG. Deux personnes sont co-infectées par le VHB (Ag HBs positif et charge virale VHB quantifiable), et on note la présence d'un titre protecteur d'anti-HBs chez 236 personnes, soit 80% (absence d'anti-HBs dans 50 dossiers, résultat non disponible dans 9 cas). Là aussi, en l'absence de protection, une vaccination ou revaccination est systématiquement proposée.

Le traitement par ténofovir DF / emtricitabine sera débuté chez 275 personnes, soit 93%, et la Prep sera interrompue chez 17 personnes (arrêt des prises de risque). Une contamination par le VIH survient en 2019 chez une personne sous Prep prise selon le schéma à la demande.

Le suivi régulier, avec dépistage répété des IST, conduit au diagnostic de **180 IST** :


- **18 syphilis** (dont 10 latentes),
- **83 infections à gonocoque** (urétrales : 9, pharyngées : 36, anales : 38),
- et **79 infections à *Chlamydia trachomatis*** (urétrales : 19, pharyngées : 6, anales : 54).

Ceci souligne l'importance des recherches systématiques de ces IST, y compris chez les personnes asymptomatiques, et d'effectuer des PCR chlamydia / gonocoque multisites.

VI) ESSAIS CLINIQUES, COHORTES ET ETUDES OBSERVATIONNELLES


ANRS CO 06 – COHORTE PRIMO

50 patients inclus (*3 inclus en 2019*)
40 patients *en cours de suivi*

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


AC11 ANRS PRIMO – e-CRF

74 patients inclus (*15 inclus en 2019*)

 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 – *pas de suivi en 2019*

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


ANRS CO 01 – EPF

22 enfants suivis de 2017 à 2019
(*6 naissances en 2019*)

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


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 dont 10 en non-
opposition, 9 en cours de suivi

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


ANRS CO24 – ONCOVIHAC

Pas de patient inclus à ce jour

 Cohorte observationnelle multicentrique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ayant un cancer traité par des anticorps inhibiteurs des checkpoints immunitaires


ANRS EP66 – SEPTAVIH

19 patients dont 18 inclus en 2019 (1 retrait de consentement)

-  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


ANRS AC11 Résistance - Etude INTEGRASE

21 patients inclus (2 inclus en 2019)

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


ANRS 95041 Opportunités manquées de PREP

8 patients inclus en 2019 dont 6 en Non-opposition

-  Enquête nationale sur les opportunités manquées d'un traitement pré-exposition en prévention de l'infection par le Virus de l'immunodéficience Humaine


ANRS 169 – OPTIPRIM 2

3 patients pré-inclus - 1 inclus en fin 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


RIPH3 2018 HUS n° 7300

169 personnes inclus en 2019 dont 164 en cours de suivi


-  Analyse des prises de risques chez les utilisateurs de PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) dans le service du Trait d'Union à Strasbourg- PrEP

Theravectys – THV01-11-01


2 patients inclus - fin de suivi post-vaccination

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

JANSSEN – AMBER TMC114FD2HTX3001 1 patient inclus - *fin de suivi*

 Étude de phase III, randomisée, en double aveugle, contrôlée, évaluant l'efficacité et la sécurité d'emploi de la prise de darunavir/cobicistat/emtricitabine/ténofovir alafénamide à dose fixe combinés en un seul comprimé par jour versus un traitement consistant en une association à dose fixe de darunavir/cobicistat coadministré avec emtricitabine/ténofovir disoproxil fumarate chez des patients infectés par le VIH-1 naïfs de traitement ARV. Étude promue par le laboratoire Janssen en 2015 incluant 670 patients dont 80 en France.

JANSSEN - EMERALD TMC114IFD3013 1 patient inclus - *fin 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) CONGRES



GANTNER P, ALLAVENA C, DUVIVIER C, CABIE A, REYNES J, MAKINSON A, RAVAUX I, COTTE L, REY D, for the Dat' AIDS Study Group.

Postexposure prophylaxis non completion and non condom use in France, 2004-2017.

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2019, Seattle, Washington, USA, abstract 984.

GANTNER P, HESSAMFAR M, SOUALA F, VALIN N, SIMON A, AJANA F, BOUVET E, ROUVEIX E, COTTE L, BANI-SADR F, HUSTACHE-MATHIEU L, LEBRETTE MG, MURET P, REY D, for the E/C/F.TAF PEP Study Group.

E/C/F/TAF single tablet regimen for HIV postexposure prophylaxis.

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2019, Seattle, Washington, USA, abstract 985.

ALLAVENA C, DESCHANVRES C, PEYTAVIN G, REY D, VALANTIN MA, BANI-SADR F, ROBINEAU O, DUVIVIER C, CABIE A, HOCQUELOUX L, CUZIN L, JOLY V, CHERET A, REYNES J, for the Dat' AIDS Study Group.

Factors associated with therapeutic failure of 2-drug regimens, Dat' AIDS cohort.

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2019, Seattle, Washington, USA, abstract 493.

VEIL R, POIZOT-MARTIN I, REYNES J, GOUJARD C, SENG R, DELOBEL P, COTTE L, DUVIVIER C, REY D, TRAN L, SURGERS L, ALLAVENA C, LASCOUX-COMBE C, CHERET A, MEYER L.

Benefits of InSTI-based regimen at the time of primary HIV infection.

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2019, Seattle, Washington, USA, abstract 523.

POIZOT-MARTIN I, MAKINSON A, PROTOPOPESCU C, CHERET A, VALANTIN MA, REY D, DUVIVIER C, JACOMET C, FERRY T, ALLAVENA C, HULEUX T, BANI-SADR F, OBRY-ROGUET V, CARRIERI P, for the Dat' AIDS Study Group.

Kaposi sarcoma incidence between 2010 and 2015 in the French Dat' AIDS cohort.

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-7, 2019, Seattle, Washington, USA, abstract 275.



ROUGIER E, EKOPA F, ARGEMI X, REY D, SIMON B, MAHAMBOU D, DIAFOUKA M.

Intérêt de l'hôpital de jour dans la prise en charge ambulatoire des PVVIH en Afrique.

20^{èmes} Journées Nationales d'Infectiologie, 5-7 juin 2019, Lyon, poster VIH-12.



BOULANGER C, EL AATMANI A, BILGER K, FORNECKER LM, REY D, PARTISANI M, GEROUT AC, HERBRECHT R, GOURIEUX B.

Etude des interactions médicamenteuses dans une cohorte de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et présentant un lymphome traité par chimiothérapie anticancéreuse.

Hopipharm, 15-17 mai 2019, Marseille, poster 546.

B) REVUES



HOCQUELOUX L, RAFFI F, 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, PARIENTI JJ, ALLAVENA C, MONCAY Study Group.

Dolutegravir monotherapy versus dolutegravir/abacavir/lamivudine for virologically suppressed people living with chronic HIV infection : the randomized non-inferiority MONCAY trial.

Clin Infect Dis, 2019;69:1498-1505.

GANTNER P, HESSAMFAR M, SOUALA M, VALIN N, SIMON A, AJANA F, BOUVET E, ROUVEIX E, COTTE L, BANI-SADR F, HUSTACHE-MATHIEU L, LEBRETTE MG, TRUCHETET F, GALEMPOIX JM, PIROTH L, PELLISSIER G, MURET P, REY D; for the E/C/F/TAF PEP Study Group.

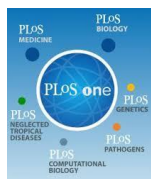
Elivitegravir-Cobicistat-Emtricitabine-Tenofovir alafenamide single-tablet regimen for human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis.

Clin Infect Dis 2019 doi: 10.1093/cid/ciz577

DEMONTES M, EYMARD DUVERNAY S, ALLAVENA C, JOVELIN T, REYNES J, HENTZIEN M, RAVAUX I, DELOBEL P, BREGIGEON S, REY D, FERRY T, GAGNEUX-BRUNON A, ROBINEAU O, PUGLIESE P, DUVIVIER C, CABIE A, CHIROUZE C, JACOMET C, LAMAURY I, MERRIEN D, HOEN B, HOCQUELOUX L, CHERET A, KATLAMA C, ARVIEUX C, KROLAK-SALMON D, MAKINSON A; and the Dat' AIDS Study Group.

Multimorbidity in elderly subjects according to the year of diagnosis of HIV-infection – A cross-sectional Dat4AIDS cohort study.

Clin Infect Dis 2019; doi: 10.1093/cid/ciz1171



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 A, REY D, for the Dat' AIDS Study Group.

Higher rates of HBsAg clearance with tenofovir-containing therapy in HBV/HIV co-infection.

PLoS One 2019;14(4):e0215464

CUZIN L, COTTE L, DELPIERRE C, ALLAVENA C, VALANTIN MA, REY D, DELOBEL P, PUGLIESE P, RAFFI F, CABIE A ; Dat' AIDS Study Group.

Too fast to stay on track ? Shorter time to first anti-retroviral regimen is not associated with better retention in care in the French Dat' AIDS cohort.

PLoS One 2019;14(9):e0222067



CUZIN L, PUGLIESE P, KATLAMA P, 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 2019;74:754-760



HENTZIEN M, DRAME M, DELPIERRE C, ALLAVENA C, CABIE A, CUZIN L, REY D, PUGLIESE P, HEDELIN G, BANI-SADR F, Dat’AIDS Study Group.

HIV-related excess mortality and age-related comorbidities in patients with HIV aged > 60 : a relative survival analysis in the French Dat’AIDS study cohort.
BMJ Open 2019;9:e024841



POIZOT-MARTIN I, LIONS C, CHERET A, REY D, DUVIVIER C, JACOMET C, ALLAVENA C, HULEUX T, BANI-SADR F, OBRY-ROGUET V, MAKINSON A ; and the Dat’AIDS Study Group.

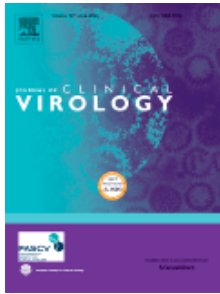
Kaposi sarcoma in people living with HIV: incidence and associated factors in the French DAT’AIDS cohort between 2010 and 2015.
AIDS 2019; doi: 10.1097/QAD.0000000000002450

VEIL R, POIZOT-MARTIN I, REYNES J, GOUJARD C, SENG R, DELOBEL P, COTTE L, DUVIVIER C, REY D, TRAN L, SURGERS L, ALLAVENA C, LASCoux-COMBE C, CHERET A, MEYER L

Virological and immunological impact of integrase inhibitor-based regimens initiated during primary HIV-1 infection.
AIDS 2019; doi: 10.1097/QAD.0000000000002447

LUPO J, GERMI R, LANCAR R, ALGARTE-GENIN M, HENDEL-CHAVEZ H, TAOUFIK Y, MOUNIER N, PARTISANI M, BONNET F, MEYOHAS MC, MARCHOU B, SEMANOVA T, PREVOT S, COSTAGLIOLA D, MORAND P, BESSON C.

Epstein-Barr virus biomarkers have no prognostic value in HIV-related Hodgkin lymphoma in the modern combined antiretroviral therapy era.
AIDS 2019;33:993-1000



JEULIN H, JEANMAIRE E, MURRAY JM, MALVE B, ANDRE M, MELLIEZ H, LANOIX JP, HUSTACHE-MATHIEU L, PARTISANI M, GOEHRINGER F, MAY T, SCHVOERER E.

Treatment as prevention enrolling at least 75% of individuals on ART will be needed to significantly reduce HIV prevalence in a HIV cohort.

J Clin Virol 2019;120:27-32

VIII) DES – ENSEIGNEMENT – REUNIONS – GROUPES DE TRAVAIL – THESES

A) DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)

Le Trait d'Union a l'agrément pour être terrain de stage des étudiants en 3^{ème} cycle des études médicales en Médecine Interne et en Médecine Générale. Un interne a effectué un stage d'un semestre au service de mai à octobre 2019 (médecine interne), une seconde a débuté un semestre en novembre 2019 (DES de dermatologie, avec une orientation maladies infectieuses).

B) ENSEIGNEMENT – FORMATIONS

Encadrement d'étudiants		
Etudiants en Médecine (DFASM I)	10 étudiants accueillis, stages habituellement de 2 mois	Participation aux consultations médicales
Etudiants en pharmacie (5 ^{ème} année)	3 étudiants accueillis	Participation aux consultations médicales, cas cliniques discutés en réunions de pharmaciens, éventuel mémoire de stage
Ethique Médicale	Etudiants en médecine (DFASM I), enseignement pratique	8 séances de 2H avec groupes d'une douzaine d'étudiants
TD module 07A Maladies Transmissibles DFASM1 (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 "Antibiothérapie"	1H sur Antibiothérapie au cours des IST 2H sur Traitements antirétroviraux (stratégies d'utilisation)	D Rey (janvier 2019) D Rey (mars 2019)
DIU "Infection par le VIH et IST" (Strasbourg, Nancy, Reims, Dijon, Besançon)	3H sur Parentalité et VIH 1H sur Infection VIH et vaccins 2H sur AES et traitement post-exposition	M Partisani (décembre 2019) D Rey (décembre 2019) D Rey (décembre 2019)
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	
Accueil en stage d'observation d'un médecin du CHU de Constantine (Algérie)	Tout le mois de décembre 2019
Formation des nouveaux internes aux SAU du NHC à la prise en charge des AES	Chaque début de semestre

C) REUNIONS

1. Réunions Bretzel

- D Rey membre du Conseil Scientifique des **réunions Bretzel**
- 2 réunions annuelles (16 mai et 14 novembre 2019)
- Echanges cliniciens / biologistes sur l'actualité en maladies infectieuses
- Sponsor : laboratoire Janssen et laboratoires Biogroup LCD

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. 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

E) THESES

Mémoire de diplôme d'état de Docteur en Pharmacie

Résistance primaire du VIH-1 aux antirétroviraux, chez les patients nouvellement dépistés depuis 2009.

Présentée par Camille Ziegelmeier le 15 novembre 2019

Directeur : Dr David Rey

Président : Prif Philippe Goergel

Membres invités : Dr Emilie Sick, Dr Cécile Stabile

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

Abord de la sexualité en médecine générale – étude quantitative auprès de 500 patients d'un cabinet de médecine générale du Bas-Rhin

Présentée par Marion Guerber le 18 janvier 2019

Président : Prof Bruno Langer

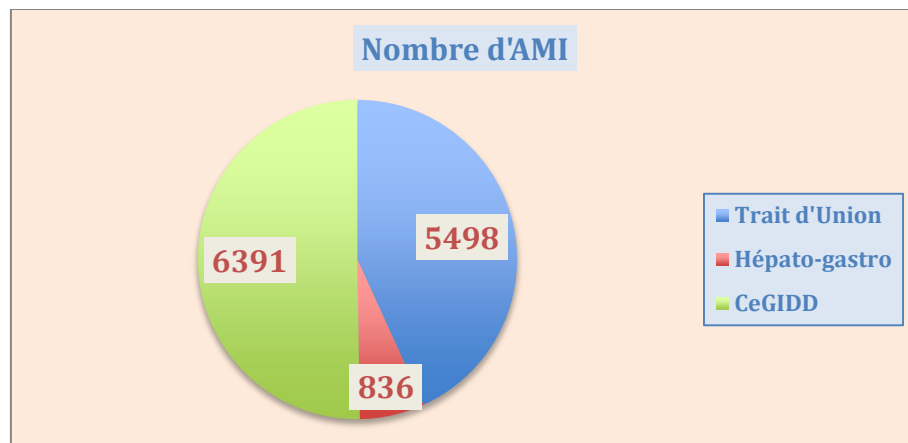
Directeur : Dr David Rey

Assesseurs : Dr Xavier Argemi, Dr Christelle Sordet, Dr Catherine Jung

IX) ACTIVITE DES INFIRMIERES

- En 2019, les activités de l'équipe soignante du Trait d'Union restent variées. Notre priorité reste axée sur **l'accompagnement du patient** d'un point de vue relationnel.
 - ⇒ Notre accompagnement repose sur une attention et une écoute particulière, dans la prise en charge des nouveaux patients récemment dépistés séropositifs pour le VIH, pour lesquels l'annonce est difficile et les plonge dans une détresse psychologique. Nous accompagnons toujours les patients vivant avec le VIH, suivis de longue date dans le service.
 - ⇒ Nous assurons aussi l'accueil des consultants du CeGIDD qui viennent souvent pour la première fois dans une structure de soins, et qui sont parfois dans une grande angoisse avec beaucoup de questionnements, ainsi que 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.
 - ⇒ Nous avons de plus en plus de prises en charge de personnes dans le cadre de stratégies de prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP). Ces personnes sont revues régulièrement, nous abordons le sujet de la prévention, des conduites à risque, du ChemSex et des différentes pratiques sexuelles.
 - ⇒ Nous conseillons aussi les patients dans leur gestion au quotidien de leur traitement (prise des médicaments, éviter les effets secondaires, ...).
 - ⇒ Nous assurons des conseils d'éducation au patient sur proposition médicale 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.
- Notre rôle est évidemment aussi 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'hépatogastro-entérologie ou de pneumologie.

Figure 24 : nombre d'AMI effectués en 2019



- ⇒ Nous participons à divers protocoles et études cliniques que ce soit pour le Trait d'Union (cf chapitre recherche clinique), ou pour l'hépatogastro-entérologie.
- ⇒ 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 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 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 accueillons également tout au long de l'année les étudiants :
 - ✚ en 2019, nous avons formé 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 2020 :

- Poursuivre notre formation en santé sexuelle.
- Pérenniser notre collaboration avec le service de consultations d’hépto-gastro-entérologie.
- Accueillir et former un nouvel agent.

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.

Travail Clinique

- Lors d'un **AES (Accident d'Exposition au Sang ou Sexuel)**, la prise en charge est souvent immédiate, ponctuelle et liée à l'angoisse éprouvée face au risque de transmission du VIH.
- Lors de l'annonce de la séropositivité au VIH, 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.
- Certains patients suivis pour une « Prep » viennent travailler la question de leur prise de risque avec les psychologues
- 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 2019, il y a eu **858 consultations (pour 1111 prises de RDV : 253 RDV non honorés !)**, dont **26 consultations « Prep »** et **50 consultations Cegidd**

Le nombre total de RDV psychologiques pris en 2019 est nettement supérieur à celui de 2018 qui étaient de 657.

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.
- 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 santé / précarité».

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 J49 de l'Ecole de la Cause Freudienne « Femmes en psychanalyse » les 16 et 17 novembre 2019 à Paris, avec la présentation d'un cas clinique lié au Don d'Ovocyte.
- Formations personnelles et recherches (colloques, séminaires, groupes de travail de professionnels, ...).