



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

l'IBA (médiane de MPI = 63 %). Une sensibilité réduite à l'IBA après échec a été associée à une réduction du nombre de PNGS dans V5 par rapport à BL, mais pas dans d'autres régions de la gp160. Pour les virus avec 2 PNGS dans la boucle V5 à BL, un MPI à l'IBA réduit lors de l'échec était associé à une perte de PNGS proche de l'extrémité N-ter de V5.

Pour les virus avec 1 PNGS dans V5, une réduction de MPI était associée à la perte du PNGS.

De plus, 36 changements d'AA à 23 positions différentes dans la gp160 ont été évalués sur les virus lors de l'échec et n'étaient pas associés à une réduction de MPI à l'IBA.

Conclusion La sensibilité initiale du VIH-1 à l'IBA indique une sensibilité diminuée préexistante rare. Conformément aux données publiées, les résultats issus de 2 essais cliniques ont montré que la perte de PNGS dans V5, en particulier proches de l'extrémité N-ter, était le principal déterminant génétique d'une sensibilité réduite à l'IBA. Aucun autre changement génotypique de la gp160 en dehors de la boucle V5 n'a été associé à une réduction de sensibilité à l'IBA. Les MPI trouvés indiquent une activité résiduelle de l'IBA sur les virus après échec. Des études antérieures ont montré que : un MPI d'IBA plus élevé est associé à un PNGS situé plus près de l'extrémité N-ter de V5 ; des virus VIH-1 avec seulement 1 PNGS dans V5 peuvent présenter une sensibilité totale ou partielle à l'IBA. Ces données serviront à la prise de décision dans l'identification des ARV actifs pour construire un traitement suppressif pour les patients aux options limitées.

Déclaration de liens d'intérêts H.J. : employé Theratechnologies. Les autres auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.283>

VIH-05

Bilan d'une expérimentation de suivi partagé ville-hôpital pour les personnes vivants avec le VIH (PVVIH) contrôlées

P. Suntharasarma¹, S. Lopes², C. Majerholc³, D. Zucman³, Y. Yazdanpanah⁴, P. Campa⁵, D. Salmon⁶

¹ CH François-Quesnay, Mantes-la-Jolie, France

² COREVIH IDF Nord, Paris, France

³ Hôpital Foch, Suresnes, France

⁴ Hôpital Bichat, Paris, France

⁵ COREVIH IDF Centre, Paris, France

⁶ COREVIH IDF Sud, Paris, France

Introduction Malgré un allègement du suivi possible lorsque l'infection est contrôlée, la prise en charge des PVVIH demeure exclusivement hospitalière.

Cette étude vise à évaluer la satisfaction des PVVIH ayant participé à un suivi partagé entre l'infectiologue et le généraliste, ainsi que les facteurs sociodémographiques qui y sont associés.

Matériels et méthodes Étude interventionnelle non thérapeutique multicentrique, proposant aux PVVIH une visite dédiée au VIH chez le MG.

Cette visite devait comprendre le renouvellement du traitement antirétroviral (TARV), la lecture du bilan intermédiaire et la prescription du bilan annuel hospitalier.

La satisfaction était évaluée via un questionnaire administré par le médecin hospitalier (MH).

Les PVVIH étaient inclus par les MH lors d'une consultation de suivi. Les patients inclus devaient avoir une charge virale indétectable depuis plus de 2 ans.

Résultats Les PVVIH inclus avaient un âge médian de 50 ans. Le sex-ratio H/F était de 1,47. La durée médiane de suivi du VIH était de 18 ans.

Parmi les 262 PVVIH inclus, 53 % (138) ont accepté de participer au suivi partagé.

Parmi les 138 patients, 19 % (26) des patients ont été perdus de vue. L'analyse a porté sur 112 patients.

Parmi les 112 PVVIH ayant participé au suivi partagé, 59 % (66) étaient satisfaits.

Parmi ces 112 patients, 55 % (61) voulaient poursuivre ce mode de suivi.

Les MG avaient renouvelé le TARV pour 77 % des PVVIH, lu le bilan biologique intermédiaire pour 61 % (68) et prescrit le bilan hospitalier pour 47 % (53).

Il n'existait pas de relation significative entre la satisfaction et les facteurs tels que l'âge, sexe, CSP, mode de contamination, date de diagnostic du VIH et durée de suivi par le MG ($p > 0,05$).

La satisfaction et la volonté de poursuivre un suivi partagé étaient significativement élevées lorsque le TARV avait été renouvelé et lorsque le bilan immuno-virologique était interprété et prescrit par le MG ($p < 0,001$).

Conclusion Cette étude montre, d'une part, que le suivi ville-hôpital est possible à condition de mettre en place une bonne coordination avec le MG. Et d'autre part, que les PVVIH en sont satisfaits et qu'il peut être proposé à tous car il n'existe pas de « profil-type » de patient susceptible d'accepter ce mode de suivi.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.284>

VIH-06

Évaluation de l'impact de la pandémie de la COVID-19 chez les patients vivants avec le VIH

L. Bronner¹, O. Robineau¹, F. Ajana¹, T. Huleux¹, J.L. Schmitz², J.P. Lanoix², H. Bazus³, E. Aissi⁴, A. Meybeck¹, P. Thill¹

¹ CH Dron, Tourcoing, France

² CHU Amiens, Amiens, France

³ CH Lens, Lens, France

⁴ CH Dron, CH Lens, Tourcoing, France

Introduction Le SARS-CoV-2, est apparu en Chine fin décembre 2019, pour se répandre dans le monde et en France en 2020. Pour faire face à cette pandémie, des mesures sanitaires de confinement national ont été appliquées en France, un premier confinement de mars à mai 2020, le second d'octobre à novembre 2020 et un troisième débuté en mars 2021. Cette pandémie et les mesures de confinement peuvent avoir un impact sur les patients ayant une pathologie chronique dont les patients vivants avec le VIH (PVVIH). Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence déclarée de l'infection à SARS-CoV-2 dans une cohorte de PVVIH et d'évaluer l'impact de la pandémie et des mesures sanitaires sur leur suivi et leur prise en charge médicale.

Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude prospective, interventionnelle, multicentrique. Depuis le mois de janvier 2021, les PVVIH suivis dans 3 centres hospitaliers et disposant d'une adresse email dans leur dossier médical NADIS® ont été invités à compléter tous les mois un questionnaire en ligne (plateforme Limesurvey®). Ce questionnaire comporte des données socioprofessionnelles et médicales concernant la COVID-19 et leur suivi habituel. Les sérologies SARS-CoV-2 ont été proposées aux patients se rendant dans les centres dans le cadre de leur suivi.

Résultats Au total, 421 PVVIH sur 1426 ont répondu au questionnaire. À la date du 26 mars 2021, la prévalence d'infection à SARS-CoV-2 était de 5,5 %. Sur les 23 PVVIH infectés, 12 ont été confirmés par PCR, 9 par sérologie et 3 (0,7 %) ont été hospitalisés. Cependant, 51 PVVIH (12,1 %) déclaraient avoir ressenti des signes d'infection à SARS-CoV-2.

Lors du premier confinement national, 96 PVVIH (22,8 %) ont poursuivi une activité professionnelle présente totale et/ou partielle ; 17 PVVIH (4 %) ont exprimé une difficulté à accéder et poursuivre leur traitement antirétroviral et 87 (20 %) n'ont pas pu bénéficier de leur consultation de suivi du VIH. Durant le deuxième confinement, 176 PVVIH (41,8 %) ont poursuivi une activité professionnelle présente totale et/ou partielle. Ils étaient 9 patients (2,1 %) à avoir



présenté des difficultés d'accès à leur traitement et 32 (7,6 %) à ne pas avoir pu bénéficier de leur consultation de suivi.

Conclusion Dans cette étude, la prévalence de COVID-19 chez les PVVIH est similaire à celle de la population générale française évaluée entre 3 à 7 % sur la même période. Un impact des mesures sanitaires est démontré sur le suivi et la prise en charge des PVVIH, surtout lors du premier confinement national, plus strict que le second et probablement aussi en raison de la nécessité d'une réorganisation des services pour les accompagner au mieux.

L'étude est toujours en cours et sera poursuivie jusqu'au 30/06/2022. Elle nous permettra d'évaluer l'évolution de la prévalence de la COVID-19 chez ces PVVIH mais aussi d'évaluer l'impact des modifications de l'organisation des services hospitaliers réalisées dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des PVVIH en période de crise sanitaire.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.285>

VIH-07

Que pensent les médecins généralistes d'un suivi partagé ville-hôpital des personnes vivant avec le VIH ? Une étude qualitative

J. Solis¹, S. Lopes², Y. Yazdanpanah³, D. Zucman⁴, C. Majerholc⁴

¹ Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France

² COREVIH Île-de-France Nord, Paris, France

³ Hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris, France

⁴ Hôpital Foch, Suresnes, France

Introduction En 2018, la HAS a publié un guide pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à destination des médecins généralistes (MG). Entre 2017 et 2019, un projet de suivi partagé entre le MG de ville et le médecin hospitalier (MH) a été proposé à 262 PVVIH stabilisées. Une consultation intermédiaire annuelle était prévue chez le MG pour le suivi biologique, le suivi des comorbidités et le renouvellement des antirétroviraux (ARV). L'objectif de notre étude était d'identifier auprès des MG participants les facteurs favorisant et les obstacles à ce type de suivi.

Matériels et méthodes Nous avons interrogé les médecins traitants (MT) des patients inclus sur leur vécu et opinion, entre septembre 2019 et mai 2020. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés en face-à-face ou par téléphone a été menée avec analyse thématique validée par triangulation.

Résultats Quinze entretiens ont été réalisés. Pour les MG, avant l'expérience de suivi partagé, l'investissement dans la formation et le suivi du VIH leur semblait disproportionné face au faible nombre de PVVIH dans leurs patientèles bénéficiant déjà d'un suivi hospitalier rapproché. Les MG se sentaient tenus à l'écart du suivi avec peu de communication de leurs parts. Ils éprouvaient un manque de connaissances face à un domaine en constante évolution. Ils revendiquaient leur place dans le suivi des comorbidités mais laissaient la gestion de la maladie et du traitement antirétroviral au MH. Les interactions médicamenteuses et les effets secondaires des ARV étaient un point de vigilance permanent.

Le suivi partagé changeait les habitudes de suivi et rétablissait le lien ville-hôpital. Les facteurs favorisant étaient la valorisation des compétences des MG (suivi des maladies chroniques, dépistage, prévention), l'enrichissement de la pratique quotidienne, la formation au suivi du VIH par la pratique, la possibilité de consacrer une consultation au VIH, la relation de confiance MT-patient, l'accès rapide au MG, cadre propice au bon suivi des PVVIH. Les outils fournis par le projet (site internet VIHclic, plan de suivi formalisé) ainsi que les coordonnées directes du MH étaient une aide importante. Les principaux obstacles étaient l'impression d'être sollicités pour pallier une défaillance de l'hôpital et pour de trop nombreux suivis de maladies chroniques, un risque de rupture et de perte de qualité dans le suivi, une surcharge des consultations, le temps de consul-

tation limité, un manque de préparation au suivi partagé, une faible marge de décision dans le suivi.

Conclusion Les MG sont disposés à poursuivre un suivi partagé ville-hôpital pour les PVVIH stabilisées à condition de mieux préparer le suivi en amont avec le MH et le patient, de disposer d'un moyen de retour de leur consultation à destination du MH et de pouvoir apporter leur connaissance du patient afin d'adapter le suivi.

Il reste à compléter cette analyse par les regards croisés des PVVIH et des MH ayant participé au projet.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.286>

VIH-08

AUTOVIH : faisabilité et acceptabilité de l'autotest du VIH en soins primaires en France

A. Touil¹, C. Majerholc², D. Zucman², S. Bouée³, J. Livrozet⁴, F. PrévotEAU du Clary⁵

¹ CMOBS, 6, rue des Frères-Lumière, Clichy-la-Garenne, France

² Hôpital Foch, Suresnes, France

³ CEMKA-Eval, Bourg-la-Reine, France

⁴ Hospices civils de Lyon, Lyon, France

⁵ CHU de Toulouse, Toulouse, France

Introduction Les autotests du VIH, en vente libre depuis septembre 2015, représentent une alternative au dépistage classique par sérologie sanguine ou test rapide (TROD). Leur faisabilité et acceptabilité en soins primaires en France a été peu étudiée à ce jour.

Matériels et méthodes AUTOVIH est une étude observationnelle prospective multicentrique menée en soins primaires en France auprès de sujets de plus de 18 ans. Chaque sujet inclus devait réaliser un autotest du VIH, sur place ou non, mis à sa disposition gratuitement et remplir deux autoquestionnaires à renvoyer par courrier. La faisabilité de l'autotest du VIH *Exacto Pro* a été estimée par le rapport du nombre de patients inclus sur le nombre moyen de patients adultes a priori séronégatifs vus par les médecins des centres investigateurs sur la période d'inclusion. Le taux d'acceptabilité de l'autotest a été mesuré par le rapport du nombre de patients ayant accepté de réaliser l'autotest sur le nombre de patients inclus dans l'étude. Les données de satisfaction et l'opinion des patients sur l'autotest ont également été recueillies.

Résultats Cinq centres investigateurs ont inclus 238 patients entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021. Au total, 160 autoquestionnaires sur 238 sont parvenus au centre statistique. La moyenne d'âge était de 33,5 ans, 52,2 % des patients inclus étaient des femmes. Parmi les patients, 79,4 % étaient nés en France métropolitaine. L'orientation sexuelle des patients était hétérosexuelle (80 %), homosexuelle (13,1 %) et bisexuelle (5 %). Parmi les patients inclus, 30,6 % n'avaient jamais été dépistés pour le VIH et 51,3 % n'avaient jamais entendu parler de l'autotest VIH auparavant.

Le taux de réalisation moyen était de 1,7 %. Sur les 156 patients ayant renvoyé leurs autoquestionnaires, le taux d'acceptabilité était de 65,5 %. Parmi les patients, 70 % ont réalisé l'autotest au sein du centre médical et 26,2 % l'ont réalisé au domicile. Parmi les patients, 87,5 % se déclaraient satisfaits de l'autotest (rapport du nombre de patients satisfaits de l'autotest sur le nombre total de patients inclus dans l'étude et ayant réalisé l'autotest), 87,5 % l'ont trouvé facile à réaliser, 78,7 % l'ont trouvé peu douloureux et 95,6 % étaient prêts à le recommander à leur entourage. Parmi les patients, 65 % ont déclaré vouloir poursuivre leur utilisation dans le futur.

Les principales raisons invoquées à une éventuelle réalisation future de l'autotest étaient les suivantes: simplicité, prévention en cas de comportement à risque, réassurance et fiabilité.

Conclusion L'autotest du VIH paraît faisable en soins primaires, avec une bonne acceptabilité des patients. La place de l'autotest

