



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.

(13 %). Neuf patient (3,9 %) ont déclaré ressentir une tristesse associée à une angoisse et un sentiment de déprime. Enfin la peur d'attraper une infection était ressentie par 64 patients (27,8 %).

Conclusion: Durant la période épidémique de l'étude, plus de 80 % des patients ont jugé leur état de santé bon voir très bon. Cependant, un PVVIH sur 5 déclarait des troubles anxieux et un sur 10 des troubles dépressifs! Des troubles du sommeil, de la concentration et de la sexualité ont été également rapportés. Il existe donc très probablement un impact de la crise sanitaire sur le vécu des PVVIH et les dépister au cours du suivi reste important pour pouvoir les accompagner au mieux.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.274>

VIH-02

COVID19 : quel impact sur le suivi des patients vivant avec le VIH à l'hôpital ?

J. Chas, A. Adda, M. Hamidi, C. Palacios, M. Siguier, G. Pialoux
CHU Tenon, Paris, France

Introduction: La pandémie Covid-19 a gravement perturbé l'accès aux systèmes de santé. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact de la crise de la Covid-19 sur le suivi ambulatoire hospitalier des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de remettre dans le parcours de soins « les perdus de vue de la Covid-19 » une fois identifiés.

Matériels et méthodes: Grâce à une requête informatique du logiciel utilisé en ambulatoire (Diamm/G, Micro6) dans un service de maladies infectieuses, une liste de patients, venus consulter entre Mars 2019 et Mars 2020 puis sans nouveau RDV de consultation après Mars 2020, a été remise à chaque médecin pour qu'il y notifie une raison de non venue de chaque patient. A défaut, une recherche sur le logiciel Orbis et un courrier au médecin correspondant ont été fait. En dernier recours les patients étaient contactés par téléphone ou mail. Et si malgré cela, aucune réponse n'était apportée, le fichier INSEE était consulté afin de rechercher un éventuel décès. Les perdus de vue (PDV) ont été ainsi identifiés : les patients n'ayant pas de nouvelle consultation après Mars 2020 sans raison retrouvée.

Résultats: Sur les 2802 patients vivant avec le VIH (PVVIH) suivis jusqu'en Mars 2020, 544 (19 %) pts ne sont pas venus consulter après cette date : 235 (43 %) sont suivis en ville, 53 (10 %) sont suivis dans un autre hôpital, 34 (6 %) ont déménagé, 26 (5 %) sont décédés, 116 (21 %) sont revenus consulter en 2021 après avoir été contactés et 67 (12 %) sont des PDV. Les caractéristiques de ces PDV sont : 49 (73 %) hommes, âge médian 45,7 ans [25-80], 36 (54 %) étrangers dont 22 (33 %) originaires d'Afrique Subsaharienne, avec un mode de transmission hétérosexuelle chez 32 (48 %), homosexuelle chez 27 (40 %), par usage de drogue intraveineuse chez 3 (4 %), inconnue chez 5 (7 %), une médiane d'ancienneté VIH de 10,7 ans [1-33], une médiane de CD4 à 474/mm³ [23-1293], 17 (25 %) avaient une CV VIH > 50 cp/ml, un stade CDC A chez 55 (82 %) et C chez 12 (18 %). Des particularités ont été notées parmi ces PDV : 12 (14 %) avaient des problèmes d'observance, 17 (20 %) étaient en situation de précarité (logement, travail ou AME), 4 (5 %) présentaient des troubles psychiatriques et 8 (10 %) n'avaient consulté qu'une seule fois (2 arrivées récentes en France, 2 découvertes VIH, 1 sortie de prison, 2 patients suivis ailleurs avant). Les causes des 26 décès sont les suivantes : 11 cancers non classant SIDA, 3 décès liés à la COVID19, 2 pathologies cardio-vasculaires, 1 décès lié à une cirrhose décompensée, 1 décès lié à un SDRA et 8 décès sans cause retrouvée.

Conclusion: Les PDV représentent seulement 2 % (67/2802) de la file active des PVVIH avec une population représentative très hétérogène rendant complexe l'identification d'éventuels facteurs de risque telles que dysobservance et précarité. La pandémie COVID19 a surtout eu un impact sur la redistribution du suivi ville/

hôpital et l'exode vers la Province. Cette enquête a reçu un accueil favorable des patients contactés qui se sentaient rassurés et a permis de remettre 4 % de patients de la file active dans le parcours de soin.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.275>

VIH-03

Altération de la réponse vaccinale contre la COVID-19 dans l'infection à VIH avancée

N. Hassold, S. Bricler, E. Ouedraogo, D. Leclerc, C. Alloui, E. Carbonnelle, O. Bouchaud, F. Méchaï, H. Cordel, H. Delagrèverie
Avicenne, Bobigny, France

Introduction: Les personnes vivant avec le VIH(PVVIH) ne sont pas considérées comme étant à risque de forme grave de Covid-19 toutefois leur réponse vaccinale notamment chez les patients avec taux de CD4 bas reste mal évaluée et les recommandations vaccinale chez ces patients restent les mêmes que celles de la population générale. L'objectif de cette étude était d'évaluer la réponse vaccinale chez les PVVIH et de juger de la nécessité de réalisation d'une dose supplémentaire de vaccin selon leur taux de CD4.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective. Nous avons recueilli des sérologies post-vaccination contre le SARS-COV-2 pour les PVVIH ayant terminé un schéma vaccinal avec deux doses réalisées entre le 5 mars 2021 et 17 septembre 2021. La sérologie post-vaccinale a été réalisée entre 8 et 150 jours après la seconde dose de vaccin.

Ont été exclus : mineurs, greffés, PVVIH recevant une chimiothérapie ou un agent immunosuppresseur autre, PVVIH sans taux de CD4 récent, PVVIH avec antécédent d'infection par le SARS-COV-2.

Les anticorps anti-Spike ont été quantifiés dans des échantillons de sérum et de plasma à l'aide du kit Architect SARS-COV-2 IgG Quant II (Abbott, North Chicago, Illinois, USA) avec une plateforme automatisée i1000SR. Facteur de normalisation BAU 0,142 : seuil de positivité 50 UA/ml = 7,1 BAU/ml ; seuil de 260 BAU/mL = 1831 UA/ml. Des comparaisons statistiques par Kruskal – Wallis, Mann – Whitney et des tests du chi-2 ont été effectués à l'aide du logiciel GraphPad6. Le seuil de significativité retenu était p = 0,05.

Un comité local d'éthique a approuvé la réalisation de cette étude.

Résultats: Nous avons collecté les données de 105 PVVIH que nous avons divisées en trois groupes en fonction de leur taux de CD4 : CD4 < 200/μL (n=18), 200 < CD4 < 500/μL (n=36) et CD4 > 500/μL (n=51). L'âge médian des patients était de 54 ans (intervalle interquartile IQR [46–60]) et 35,2 % étaient des femmes. Les patients avaient reçu deux doses de BNT162b2(75 %), mRNA-1273 (8,5 %) ou ChAdOx1 nCoV-19 (16,5 %). Au moins un facteur de risque de développer une forme sévère de pneumopathie à SARS-COV-2 (hypertension artérielle, diabète, IMC > 30 kg/m² ou maladie respiratoire chronique) étaient présents chez 45,7 % des patients. 96 patients (91 %) recevaient un traitement anti-rétroviral au moment de leur vaccination. Le délai entre la seconde dose de vaccin et la réalisation de la sérologie ne différait pas significativement entre les trois groupes (p=0,14) : 51,5 jours [14,25–76] dans le groupe CD4 < 200/μL, 77,5 jours [32,5–97] dans le groupe 200 < CD4 < 500/μL et 79 jours [30–103] dans le groupe CD4 > 500/μL. Dans le groupe CD4 > 500/μL, le titre médian d'anticorps post-vaccinaux anti-SARS-COV2 était de 623,8 BAU/mL [262,2–2288] et de 334,3 BAU/mL [69,9–933,9] (p=0,003) dans le groupe CD4 < 500/μL. En comparant les trois groupes, le taux d'anticorps était significativement plus élevé dans le groupe CD4 > 500/μL par rapport au groupe 200 < CD4 < 500/μL (396,5 BAU/ml [105,8–1174], p=0,046) ; le taux d'anticorps était encore plus bas dans le groupe CD4 < 200/μL (247,9 BAU/ml [5,88–434,9], p=0,0017). Le taux