

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

.....

Prévention et
dépistage de
l'infection VIH

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

| | |
|-----------|---|
| A | Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées. |
| B | Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte. |
| C | Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4). |
| AE | Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires. |

Descriptif de la publication

| | |
|---------------------------|---|
| Titre | Prévention et dépistage de l'infection VIH (Recommandation) |
| Méthode de travail | Recommandation pour la pratique clinique (RPC) |
| Objectif(s) | Actualiser les recommandations de prévention et de dépistage de l'infection VIH en France |
| Cibles concernées | <p>Patients concernés par le thème : personnes exposées au VIH, aux hépatites virales B, C et Delta et aux IST ; personnes vivant avec le VIH (PVVIH) non encore dépistées</p> <p>Professionnels concernés par le thème : médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux impliqués dans la prévention et le dépistage de l'infection VIH, des hépatites virales et des IST</p> <p>Décideurs des politiques publiques</p> <p>Associations de patients</p> |
| Demandeur | Ministère de la santé et de la prévention |
| Promoteur(s) | Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes |
| Pilotage du projet | Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse |
| Auteurs | <p>Groupe de travail « Epidémiologie, prévention, dépistage et déterminants sociaux de l'infection VIH en France » sous la direction du Dr Karen Champenois (épidémiologiste, IAME, Inserm UMR1137, Paris) et du Dr Cyrille Delpierre (épidémiologiste, Inserm U1295, Toulouse) :</p> <p>Sous-groupe de travail « Prévention de l'infection VIH » sous la direction du Dr Bruno Spire (médecin, chercheur en santé publique, SeSSTIM, Inserm U1252, Marseille & association AIDES) : Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre ; Dr Karen Champenois, épidémiologiste, IAME Inserm UMR1137, Paris ; Dr Lise Cuzin, médecin de santé publique, CHU de la Martinique ; Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act-Up Paris, TRT-5 CHV ; Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique, COREVIH Nouvelle Aquitaine, CHU de Bordeaux, Bordeaux ; Mme Diane Leriche, représentante associatif, coordinatrice, TRT-5 CHV ; Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.</p> <p>Sous-groupe de travail « Dépistage de l'infection VIH » sous la direction du Dr Karen Champenois (épidémiologiste, IAME Inserm UMR1137, Paris) : Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre ; Dr Marie-Laure Chaix, virologue, CNR du VIH, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris ; Dr Lise Cuzin, médecin de santé publique, CHU de la Martinique ; Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm U1295, Toulouse ; Dr Annabel Desgrees Du Lou, démographe, de la santé, CEPED, IRD, Paris ; Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act-Up Paris, TRT-5 CHV ; Dr Sophie Grabar, médecin de santé publique, IPLESP Inserm UMR1136 et AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris ; Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique, COREVIH Nouvelle Aquitaine, CHU de Bordeaux, Bordeaux ; Mme Diane Leriche, représentante associatif, coordinatrice, TRT-5 CHV ; Dr Florence Lot, médecin de santé publique, direction des maladies infectieuses, Santé publique France; Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital</p> |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>Pitié-Salpêtrière, Paris ; Dr Bruno Spire, médecin, chercheur en santé publique, SeSSTIM, Inserm U1252, Marseille & association AIDES.</p> <p>Avec la participation du Dr Delphine Rahib, épidémiologiste, Santé publique France (groupe de travail « Epidémiologie des IST »)</p> |
| Conflits d'intérêts | <p>Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la DGS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées par la direction des affaires juridiques du Ministère de la Santé et de la Prévention. Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.</p> |
| Validation | Version du [30/10/2024] |
| Actualisation | |
| Autres formats | |

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| 1. Prévention de l'infection VIH | 7 |
| Préambule | 7 |
| 1.1. Diffuser largement le message U=U ou I=I | 7 |
| 1.2. Faciliter l'accès à la PrEP | 8 |
| 1.2.1. En encourageant les actions de promotion de la PrEP | 8 |
| 1.2.2. En augmentant les points d'accès et de suivi à la PrEP | 8 |
| 1.2.3. En expérimentant d'autres modalités de prescription ou de délivrance de la PrEP | 9 |
| 1.3. Faciliter l'accès au TPE | 9 |
| 1.3.1. En encourageant les actions de promotion du TPE | 9 |
| 1.3.2. En augmentant les points d'accès et de suivi du TPE | 9 |
| 1.3.3. En améliorant la surveillance du recours au TPE | 9 |
| 1.4. Prévenir les risques liés à la pratique du chemsex | 10 |
| 1.5. Amplifier la prévention dans les zones prioritaires | 10 |
| 1.6. Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes ou précaires | 10 |
| 2. Dépistage de l'infection VIH | 11 |
| 2.1. Diagnostic de l'infection VIH | 11 |
| 2.2. Offres de dépistage | 14 |
| 2.2.1. Dépistage du VIH en consultation prénatale | 16 |
| 2.2.2. Dépistage du VIH aux urgences | 16 |
| 2.2.3. Dépistage du VIH dans les lieux de privation de liberté | 17 |
| 2.2.4. Dépistage en CeGIDD | 17 |
| 2.2.5. Dépistage du VIH dans les laboratoires de biologie médicale (VihTest) | 18 |
| 2.2.6. Dépistage en pharmacie d'officine | 18 |
| 2.3. Le dépistage hors système de soin | 18 |
| 2.3.1. Le dépistage du VIH par les associations | 18 |
| 2.3.2. L'autotest VIH | 19 |
| 2.3.2.1. Dépistage par auto-prélèvements à domicile sans résultat immédiat | 20 |
| 2.4. La notification aux partenaires | 20 |
| 2.4.1. Promotion du dépistage | 21 |
| 2.5. Conditions de réalisation du dépistage et accompagnement | 21 |
| 2.5.1. Information pré-test et consentement | 21 |
| 2.5.2. Information post-test et accès aux soins des personnes recevant un résultat positif | 22 |
| 2.5.3. Information post-test et accès à la prévention des personnes recevant un résultat négatif | 22 |
| 2.5.4. Accompagnement, médiation en santé | 22 |
| 2.6. Approche populationnelle | 23 |
| 2.6.1. Population générale | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6.2. Les mineurs | 24 |
| 2.6.3. HSH | 25 |
| 2.6.4. Les personnes prenant la PrEP | 26 |
| 2.6.5. Les personnes pratiquant le chemsex | 26 |
| 2.6.6. Les personnes usagères de drogues injectables (UDI, hors chemsex) | 26 |
| 2.6.7. Les personnes migrantes ou en situation de précarité | 27 |
| 2.6.8. Les personnes transgenres | 27 |
| 2.6.9. Les travailleurs et travailleuses du sexe | 28 |
| 2.6.10. Les personnes détenues | 28 |
| 2.6.11. Les personnes victimes de violences sexuelles | 29 |
| 2.6.12. Les personnes en situation de handicap | 29 |
| Participants | 30 |
| Abréviations et acronymes | 33 |
| Annexe | 35 |

1. Prévention de l'infection VIH

Préambule

Le socle de la prévention de l'infection VIH repose désormais sur une palette d'outils dénommée prévention diversifiée comportant des outils ayant démontré leur efficacité. L'enjeu principal est de permettre aux personnes exposées au risque d'acquérir le VIH d'adopter au moins un outil efficace, d'où le terme de « prévention diversifiée ». A l'échelle individuelle, les outils et les stratégies de prévention ne sont pas toujours combinés mais leur diversification à l'échelle populationnelle est nécessaire pour impacter la dynamique des infections. Cette prévention associe des mesures structurelles à des interventions biomédicales et comportementales. Les recommandations se basent sur les faits suivants :

- L'accès aux outils biomédicaux de la prévention diversifiée passe par l'accès au dépistage,
- La non contagiosité par voie sexuelle ou sanguine des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) traitées efficacement est formellement démontrée et ne doit plus être remise en cause,
- La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil démontré comme efficace tant au niveau individuel que collectif lorsque la couverture en PrEP des sous-populations exposées est suffisamment importante,
- La PrEP est utilisée par une partie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et a du mal à rencontrer d'autres publics parmi les autres populations clés,
- Le traitement post-exposition (TPE) est un outil de rattrapage encore peu connu et dont les modalités de délivrance sont trop limitées,
- L'usage de produits psychoactifs dans un cadre sexuel (chemsex) s'installe de manière durable dans la communauté des HSH avec des impacts somatiques et mentaux. Il nécessite une prise en charge holistique et individualisée spécifique.

1.1. Diffuser largement le message U=U ou I=I

U=U (Undetectable = Untransmittable), I=I (Indéfectable = Intransmissible), TasP (traitement comme moyen de prévention). Ces termes signifient tous que le risque de transmission du VIH sous traitement devient nul lorsque le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral (ARV) depuis plus de six mois et a une charge virale indéfectable.

1. Il est nécessaire de mieux communiquer sur l'efficacité du traitement ARV comme outil de prévention du VIH hautement efficace, quelle que soit la voie de transmission, auprès du personnel soignant et du grand public. Cela pourrait contribuer à lutter contre la sérophobie et à favoriser l'accès au dépistage. (C)
2. Des recherches devraient être menées pour étudier la non-transmissibilité du VIH des PVVIH virologiquement contrôlés aux partenaires dans une période plus courte que celle des 6 mois de traitement ARV initial (période recommandée aujourd'hui) pour favoriser la qualité de vie des personnes récemment diagnostiquées. (AE)

1.2. Faciliter l'accès à la PrEP

1.2.1. En encourageant les actions de promotion de la PrEP

3. Des campagnes de communication institutionnelles sur la PrEP informant sur son existence, son efficacité, et ses modalités d'obtention doivent être déployées auprès de la population générale. Un ciblage spécifique et un renforcement de cette communication doivent être pensés pour les populations clés, en particulier les migrants d'Afrique subsaharienne et les personnes en situation de prostitution ou de précarité sociale. (AE)
4. Les dispositifs PrEP doivent être présentés parmi les différents outils de prévention au cours des actions de dépistage au sein des différentes offres avec une possibilité d'initiation rapide de la PrEP en cas de demande de l'utilisateur. (AE)
5. Les actions de prévention de proximité qui incluent des entretiens en face à face doivent être renforcées auprès des populations les plus exposées et les plus éloignées des offres de soins. (AE)
6. Les professionnels de santé concernés (médecins et biologistes de ville, pharmaciens d'officine) doivent être davantage formés à la prévention, la santé sexuelle et informés de tous les dispositifs proposant la PrEP (CeGIDD, SMIT, CSSAC, centres de santé), afin (i) d'orienter les publics concernés, (ii) de mieux accompagner les utilisateurs de PrEP. (AE)

1.2.2. En augmentant les points d'accès et de suivi à la PrEP

7. Il est nécessaire d'augmenter la capacité des CeGIDD à proposer des consultations PrEP, y compris aux mineurs. (AE)
8. La mise en place de protocoles de coopération simplifiée de délégation de tâches pour le suivi de la PrEP en CeGIDD, en CSSAC et dans les services hospitaliers doit être facilitée. (AE)
9. Il est nécessaire de financer la dispensation de la PrEP aux personnes migrantes primo-arrivantes et aux personnes en situation de précarité dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et en CSSAC, en tenant compte du coût du traitement et des ressources humaines, notamment pour la visite médicale et la médiation en santé. (AE)
10. La prescription de la PrEP devrait être ouverte aux sages-femmes. (AE)
11. Des actions de formation en santé sexuelle (incluant la PrEP) doivent être développées auprès des médecins généralistes, à l'aide d'outils de formation régulièrement actualisés. (AE)
12. En cas de prescription d'un TPE chez une personne qui n'est pas encore sous PrEP, il est recommandé d'envisager une prescription de PrEP du VIH à l'issue du traitement de l'exposition. La PrEP peut être administrée dès la fin du TPE, avec un contrôle de l'ARN VIH plasmatique en cas de doute sur une primo-infection. (AE)

- 13.** Tous les soignants en contact avec les personnes pratiquant le chemsex doivent leur proposer la PrEP (CAARUD, centre de santé sexuelle, CeGIDD, ...). (B)

1.2.3. En expérimentant d'autres modalités de prescription ou de délivrance de la PrEP

- 14.** Il est proposé de mener des expérimentations de prescription et de suivi de PrEP adaptées aux besoins de santé sexuelle des différentes populations clés en particulier pour les usagers les plus éloignés du système hospitalier. (AE)
- 15.** Il est nécessaire de renforcer les recherches pour adapter l'offre de PrEP aux besoins des populations clés, notamment les femmes migrantes et les travailleur-ses du sexe dont les conditions de vie impactent le rapport à la santé. (AE)

1.3. Faciliter l'accès au TPE

1.3.1. En encourageant les actions de promotion du TPE

- 16.** Il est nécessaire d'organiser des campagnes de communication généralistes et ciblées pour faire connaître le TPE. (AE)
- 17.** Le rôle des associations communautaires pour promouvoir l'accès au TPE doit être renforcé. (AE)

1.3.2. En augmentant les points d'accès et de suivi du TPE

- 18.** Les lieux et les modalités de délivrance du kit initial de TPE (3 à 5 jours) doivent être diversifiés : en médecine de ville, dans les pharmacies d'officine, par les sages-femmes, et les associations habilitées au dépistage. (AE)
- 19.** La prescription et le suivi du TPE dans les services hospitaliers et les CeGIDD doivent être facilités, en mettant en place des protocoles de coopération simplifiés de délégation de tâches pour la prescription du TPE, l'organisation de l'accueil et la délivrance du traitement (AE).
- 20.** Le rôle des associations communautaires doit être soutenu pour mieux accompagner les personnes prenant un TPE. (AE)

1.3.3. En améliorant la surveillance du recours au TPE

- 21.** Il est proposé de mettre en place un système de surveillance minimal de dispensation du TPE permettant de comptabiliser et décrire les initiations de TPE et le suivi sérologique des usagers (collecte de données minimales, enquêtes flash un mois donné répétées, analyse du SNDS, ...). (AE)

1.4. Prévenir les risques liés à la pratique du chemsex

22. Il est proposé de mettre en place rapidement un groupe de travail pluridisciplinaire associant les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les associations de réduction des risques afin de renforcer leur coordination sur le chemsex et promouvoir l'émergence d'une réponse adaptée aux besoins de santé des personnes pratiquant le chemsex. (AE)
23. Les actions de réduction des risques et de promotion de la santé auprès des personnes utilisant des drogues doivent être favorisées sans qu'il y soit fait obstacle par une politique répressive des usagers. (C)
24. Il est nécessaire de faire connaître aux personnes pratiquant le chemsex les moyens de réduction des risques utilisés avec succès auprès des usagers de drogues injectables, en plus de la PrEP. (AE)

1.5. Amplifier la prévention dans les zones prioritaires

25. Les moyens alloués à la prévention du VIH doivent être augmentés dans les zones où l'incidence reste forte, comme l'Île-de-France (notamment le département de Seine-Saint-Denis), les Territoires Français d'Amérique, en particulier la Guyane, et Mayotte. (AE)

1.6. Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes ou précaires

26. Il est recommandé de maintenir et faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes ou précaires pour permettre un dépistage et une prise en charge précoce de l'infection VIH et éviter des ruptures de soins ultérieures. (C)
27. Il est nécessaire de favoriser l'accès aux droits (travail, logement, santé) qui est un prérequis pour que les personnes migrantes ou précaires évitent de se trouver en situation d'exposition au VIH. (C)

2. Dépistage de l'infection VIH

La pierre angulaire de toute politique de prévention des maladies transmissibles reste le dépistage et la connaissance du statut. Nous avons actualisé l'algorithme de diagnostic du VIH pour faciliter une prise en charge rapide en lien avec le groupe de travail Virologie (Cf. chapitre « Diagnostic, suivi virologique de l'infection VIH et analyse de la résistance aux antirétroviraux »). Nous avons également réalisé un état des lieux de l'offre de dépistage du VIH en prenant en compte au maximum le dépistage conjoint du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST). Les recommandations ont été formulées par offre de dépistage et par population clé.

2.1. Diagnostic de l'infection VIH

Les recommandations pour le diagnostic de l'infection VIH figurent également dans le chapitre « Diagnostic, suivi virologique de l'infection VIH et analyse de la résistance aux antirétroviraux »

28. Le dépistage de l'infection par le VIH-1 repose sur la sérologie qui peut être réalisée :

- Par test ELISA combiné de 4^e génération, réalisé en laboratoire sur prélèvement sanguin. Il s'agit du test de référence qui détecte de façon simultanée les anticorps anti-VIH-1, anti-VIH-2 et l'antigène p24. (A)
- Par test rapide d'orientation diagnostique (TROD), ou par autotest, réalisé sur prélèvement sanguin capillaire, qui détecte de façon simultanée les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. Ces TROD sont moins sensibles que les tests ELISA combinés de 4^e génération pour les infections récentes. (A)

29. Devant une suspicion de primo-infection, il est nécessaire de réaliser d'emblée une quantification de l'ARN VIH-1 plasmatique sur le premier prélèvement dès que possible. Dans ce cas, lorsque l'ARN VIH-1 est positif, il est recommandé au biologiste de prévenir le prescripteur du test et d'adresser très rapidement la personne à un centre spécialisé. (A)

Algorithme de diagnostic du VIH permettant de raccourcir le délai de prise en charge initiale

Cas général : sérologie par test ELISA combiné de 4^e génération sur le sérum issu d'un premier prélèvement

30. Si l'ELISA combiné est négatif, il est possible de conclure à l'absence d'infection en l'absence d'exposition au VIH dans les 6 semaines précédentes (à 6 semaines post-traitement soit à 10 semaines de l'exposition dans le cadre d'un traitement post-exposition, TPE). (A)

31. Si l'ELISA combiné est négatif, que le patient a été exposé dans les 6 semaines précédant la sérologie et qu'il présente des symptômes pouvant évoquer une primo-infection, il est nécessaire de réaliser une quantification de l'ARN VIH-1 plasmatique dès que possible. Dans ce cas, si l'ARN VIH-1 est positif, il est recommandé au biologiste de prévenir le prescripteur du test et d'adresser très rapidement la personne à un centre spécialisé. (A)

- 32.** Si l'ELISA combiné est négatif, que le patient a été exposé dans les 6 semaines précédant la sérologie (10 semaines si TPE) mais qu'il est asymptomatique, il est nécessaire de renouveler la sérologie à 6 semaines de la date d'exposition supposée. (A)
- 33.** Si l'ELISA combiné est positif, il est nécessaire de réaliser un Western blot ou immunoblot VIH d'emblée sur le 1^{er} prélèvement ; il est recommandé de rendre le résultat le plus tôt possible et au maximum dans un délai de 7 jours. Un test de différenciation VIH-1 / VIH-2 doit être pratiqué si l'information n'est pas apportée par le Western blot / immunoblot. (A)
- 34.** Si l'ELISA combiné est positif, sans attendre le résultat du Western blot / immunoblot, il est recommandé de réaliser une analyse de confirmation sur un second prélèvement (pour éliminer une erreur d'identité) : une sérologie ELISA de 4^e génération de contrôle, et une quantification de l'ARN VIH-1 plasmatique (2 tubes). (A) Ce second prélèvement devrait pouvoir être réalisé sans délai, dès la 1^{re} sérologie positive, par le biologiste (si le dépistage était prescrit, le biologiste informe le médecin prescripteur). Le résultat du 1^{er} test positif doit être expliqué au patient de façon personnalisée. (AE)
- 35.** Si l'ELISA combiné est positif, le médecin prescripteur peut ajouter une mesure des CD4 à réaliser sur le prélèvement de contrôle afin d'anticiper le bilan complémentaire initial en cas de CD4 < 200/μL hors primo-infection (recherche d'infections opportunistes, mise en place de prophylaxies) et de guider le choix du traitement ARV initial et son délai d'initiation (cf chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH ». (AE)
- 36.** Le patient sera adressé sans délai par le prescripteur (ou le biologiste en cas d'absence de prescription), à un centre spécialisé :
- Si l'index ELISA du 1^{er} test est élevé (ce qui rend peu probable un faux positif) ; (AE)
 - Dès que le Western blot / immunoblot est positif sur le 1^{er} prélèvement, sans attendre le résultat de la sérologie et de la quantification de l'ARN VIH-1 sur le second prélèvement ; (AE)
 - Sinon, lorsque l'ELISA et l'ARN VIH-1 sont positifs. (A)
 - En cas de forte suspicion de primo-infection par le prescripteur / le biologiste. Il est de plus recommandé de prescrire d'emblée une quantification de l'ARN VIH-1 plasmatique dès le 1^{er} prélèvement (prévoir un tube pour la sérologie et un tube pour la quantification d'ARN VIH-1). (A)

Dans tous les cas, afin de favoriser un recours rapide à un service spécialisé, il est recommandé que le prescripteur, avec l'accord du patient, contacte lui-même le service ou fasse appel au service de navigation proposé par le COREVIH / CoReSS ou Sida Info Service selon les territoires.

Cas particulier d'un ELISA positif et d'une recherche d'ARN VIH-1 négative

- 37.** Les situations présentées ci-dessous justifient de conserver la réalisation d'une sérologie ELISA sur le second prélèvement en sus de la recherche d'ARN VIH-1. Il peut s'agir de :
- Un faux positif ELISA, et dans ce cas le Western blot / immunoblot et le test de différenciation sont négatifs. Un résultat de faux positif doit être expliqué de façon personnalisée au patient par le biologiste ou le médecin prescripteur. (A)

- Une infection par le VIH traitée par ARV non précisée au médecin / biologiste. Dans ce cas, le Western blot / immunoblot est positif ou incomplet. Un dosage des ARV les plus couramment utilisés peut-être réalisé sur le même prélèvement. (C)
- Selon le contexte (TPE, PrEP), une recherche d'ADN VIH peut aider à conclure sur le statut de l'infection. (AE)
- Une personne contrôlant naturellement l'infection (HIV controller). (A)
- Une infection par un virus VIH-1 de groupe non-M. (A)
- Une infection par le VIH-2 à confirmer par un Western-blot VIH-2 et une recherche d'ARN VIH-2. (A) La négativité de l'ARN VIH-2 n'infirme pas ce diagnostic compte-tenu de la fréquence élevée de charge virale spontanément indétectable en cas d'infection VIH-2.

Pour les cas difficiles à interpréter, le biologiste se rapprochera du CNR VIH, laboratoire associé de Rouen (CNR.VIH@chu-rouen.fr)

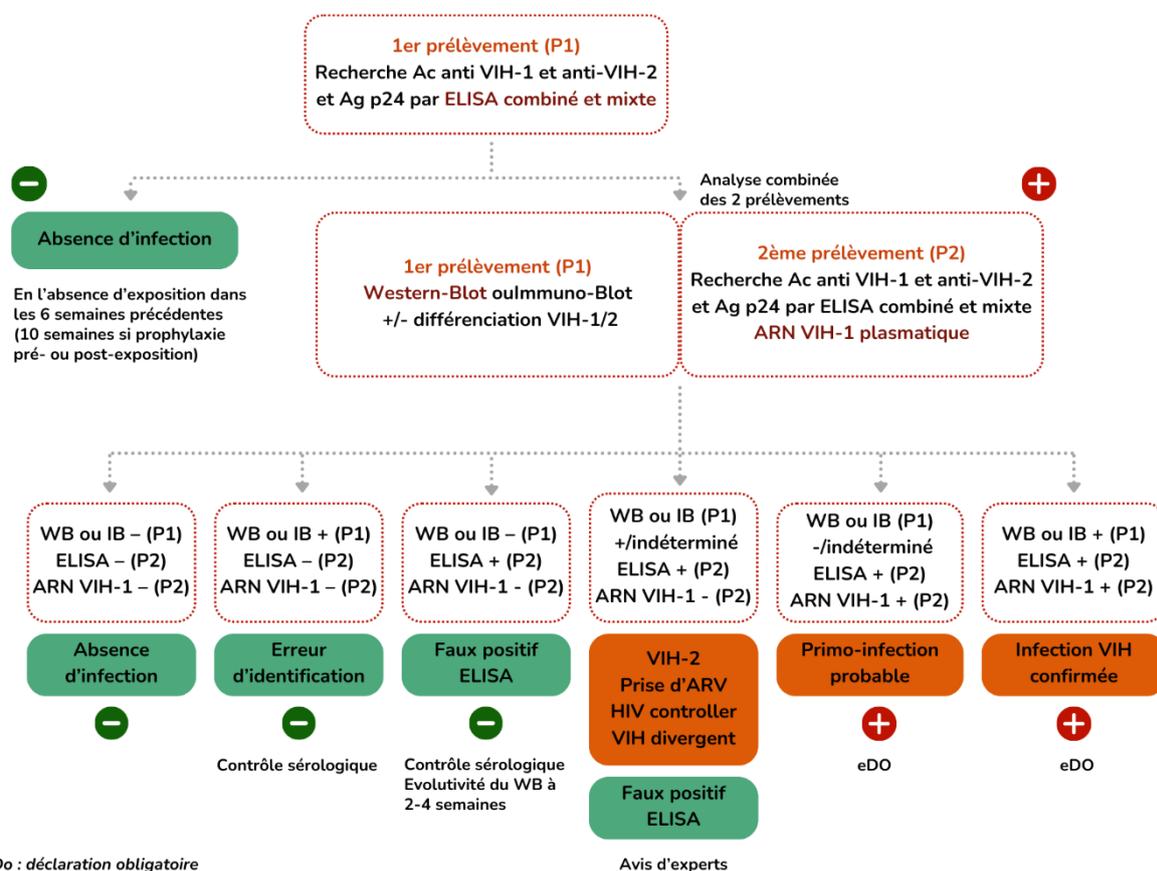


Figure 1: Algorithme de dépistage de l'infection VIH

Ac : anticorps ; ELISA= recherche d'anticorps anti VIH-1 et VIH-2 et Ag p24 par un test combiné de 4^e génération ; P1 : premier prélèvement sanguin ; P2 : second prélèvement sanguin ; WB : Western Blot ; IB : Immunoblot ; eDO : déclaration obligatoire

Cas d'un TROD négatif ou d'autotest négatif

38. Un résultat négatif de TROD ou d'autotest ne peut être interprété en cas d'exposition au VIH dans les 3 mois précédents (risque de faux négatifs). Il est conseillé de renouveler le dépistage 6 à 12 semaines après l'exposition selon l'outil de dépistage choisi.

Cas d'un TROD positif ou d'un autotest positif

39. En cas de TROD positif, si le résultat du test est nominatif (le nom de la personne est inscrit sur la feuille de résultat), l'analyse de confirmation est réalisée sur un seul prélèvement sanguin (2 tubes) et comprend :

- Une sérologie ELISA VIH combinée de 4^e génération
- Un Western blot / immunoblot VIH
- Une quantification de l'ARN VIH-1 plasmatique. (A)

40. En cas d'autotest positif, ou pour un TROD positif lorsque l'identité de la personne ne peut pas être vérifiée, l'autotest / le TROD ne peut remplacer le premier prélèvement (deux prélèvements distincts sur la même personne sont nécessaires pour affirmer un diagnostic). Dans ce cas, il est recommandé de faire :

- Un 1^{er} prélèvement (2 tubes) avec :
 - Une sérologie ELISA VIH combinée de 4^e génération ;
 - Un Western blot / immunoblot VIH ;
 - Une quantification de l'ARN VIH-1 plasmatique.
- Un 2^e prélèvement avec le contrôle sérologique. (A)

L'ARN VIH-1 plasmatique est réalisé d'emblée sur le 1^{er} prélèvement afin d'accélérer la prise en charge en cas de confirmation du diagnostic.

41. En cas de TROD ou d'autotest VIH positif, pour réaliser le test de confirmation, la personne doit être orientée préférentiellement en CeGIDD ou dans un service prenant en charge les PVVIH. Cela permettra un lien plus efficace aux soins ou à une prévention adaptée selon le résultat positif ou négatif du test de confirmation. (AE)

2.2. Offres de dépistage

La diversité des offres de dépistage du VIH permet d'augmenter les occasions de proposer un dépistage et de les adapter aux populations cibles. Dans la mesure du possible, le dépistage du VIH doit être proposé en même temps qu'un dépistage des hépatites B et C et des IST bactériennes, ce qui est faisable dans la plupart des structures de soins proposant du dépistage. Lorsque le dépistage est proposé hors système de soin, la combinaison des dépistages est limitée par les outils disponibles.

Les recommandations ci-dessous sont complémentaires des recommandations de la HAS en matière de stratégies de dépistage du VIH publiées en 2017¹. Elles ne reprennent donc pas les recommandations de la HAS avec lesquelles elles sont en accord.

42. Les médecins libéraux et notamment le médecin généraliste et le gynécologue doivent avoir un rôle central dans la proposition du dépistage du VIH associé à celui des hépatites B et C et des IST bactériennes selon les contextes. (C)
43. Les conditions cliniques évocatrices du VIH (symptômes de primo-infection, maladies classant SIDA, pathologies associées à une prévalence du VIH non diagnostiqué > 0,1%, cf. Encadré 1 et Annexe) devraient être intégrées dans les logiciels de gestion des dossiers médicaux pour émettre des rappels à proposer un dépistage. (C)
44. Une incitation financière des médecins libéraux à prescrire plus de dépistages du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes aux populations cibles, pourrait être proposée, par exemple en les incluant dans les objectifs de santé publique (rémunération sur objectifs de santé publique, ROSP), ou dans d'autres dispositifs à venir. (AE)
45. Pour aider les médecins libéraux à atteindre ces objectifs, des formations comportant l'élaboration d'un plan individuel pour optimiser le dépistage dans la pratique quotidienne pourraient être développées. (C)
46. Les médecins généralistes et autres professionnels médicaux libéraux concernés (par exemple les sages-femmes) devraient pouvoir disposer facilement et gratuitement de TROD (VIH, VHB, VHC, syphilis ou autres selon leur disponibilité), pour les réaliser lors de la consultation quand il leur semble opportun. (AE)

Encadré 1 : Signes, symptômes et pathologies évocatrices pour lesquelles un test de dépistage doit être systématiquement envisagé

Signes compatibles avec une primo-infection :

Signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu persistant (fièvre, arthralgies, pharyngite, myalgies, asthénie) plus ou moins associé à une polyadénopathie, à des manifestations cutanéomuqueuses (éruption cutanée maculo-papuleuse, ulcérations buccales et/ou génitales) et/ou neurologiques (céphalées, mononévrite etc.) et/ou troubles digestifs (diarrhées, amaigrissement etc.).

Ou **anomalies biologiques** : hématologiques (thrombopénie, neutropénie, hyperlymphocytose dans le cadre d'un syndrome mononucléosique ou lymphopénie précoce) plus ou moins associées à une cytolysse hépatique.

¹ Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

Découverte de pathologies opportunistes telles que décrites au stade C de la classification CDC **ou dans le cadre d'autres maladies indicatrices*** (source : étude européenne HIDES [105], pathologies associées à une prévalence d'infection à VIH non diagnostiquée > 0,1%).

Pour rappel, les huit pathologies indicatrices de l'étude HIDES sont :

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Lymphomes malins quel que soit le type **

Dysplasie / cancer anal ou cervical **

Zona

Infection par le virus de l'hépatite B ou C, aiguë ou chronique, quelle que soit la date du diagnostic

Syndrome mononucléosique

Leucocytopénie ou thrombopénie de plus de 4 semaines non expliquée

Dermite séborrhéique / exanthème

* Une liste des pathologies classant SIDA et des maladies pouvant évoquer le VIH est présentée en Annexes.

** Pathologies pouvant correspondre selon leur type ou extension à des infections opportunistes classant SIDA - stade C de la classification CDC

Source : HAS ^[32], *Rapport d'experts pour la prise en charge du VIH, chapitre Dépistage et prévention, 2018*

2.2.1. Dépistage du VIH en consultation prénatale

47. Il est recommandé de proposer un dépistage combiné du VIH, des hépatites B et C et IST bactériennes à l'occasion d'une grossesse, d'un projet de grossesse, d'une contraception ou d'une interruption volontaire de grossesse. (AE)
48. Une proposition systématique du même dépistage combiné du VIH, VHB, VHC et IST bactériennes doit être faite aux futurs pères, a fortiori auprès des populations les plus concernées et dans les territoires de plus forte prévalence. (AE)
49. Des recherches doivent être conduites pour identifier les conditions optimales de proposition et de réalisation de ces consultations aux futurs pères (quels professionnels, quels lieux, quelles formations, quels outils, ...). (AE)

2.2.2. Dépistage du VIH aux urgences

50. Le groupe d'experts est favorable à la proposition d'un dépistage du VIH et des hépatites B et C aux urgences avec consentement implicite (notification que le test sera réalisé sauf si le patient s'y oppose ou « opt-out »). (B) Toutefois, il est nécessaire de poursuivre les recherches pour mettre en œuvre les interventions les plus efficaces, favoriser la proposition

d'un dépistage conjoint du VIH et des hépatites B et C et préciser les populations cibles (affiner les questions de ciblage en fonction des territoires). (AE)

2.2.3. Dépistage du VIH dans les lieux de privation de liberté

51. Il convient de renforcer les stratégies de dépistage combinées de l'infection VIH et des hépatites virales. L'utilisation de TROD combinés (VIH, VHB, VHC, syphilis) faciliterait l'acceptabilité du dépistage par les personnes détenues, permettrait un rendu des résultats immédiat et pourrait optimiser la prise en soins et/ou la prévention. Ces outils devront être mis à disposition gratuitement des unités de soins pénitentiaires. (AE)

52. Le recueil et l'analyse de données épidémiologiques est nécessaire afin de rendre plus efficaces les stratégies de dépistage et de prévention dans les lieux de privation de liberté. (AE)

2.2.4. Dépistage en CeGIDD

Les CeGIDD sont des lieux de dépistage et de prévention en santé sexuelle. Ils sont davantage fréquentés par des personnes exposées au VIH et aux IST, jeunes, nées à l'étranger, avec un niveau socio-économique défavorisé.

53. Le financement des CeGIDD doit être pérennisé et leur fonctionnement optimisé afin d'atteindre les objectifs en termes d'augmentation du dépistage et d'accès à la prévention des populations plus précarisées et/ou éloignées du soin. (AE)

54. Il est primordial d'améliorer le recueil de données épidémiologiques des CeGIDD, de façon uniformisée au niveau national, pour faciliter l'orientation et l'adaptation des actions de dépistage et de prévention dans leurs territoires. Pour cela, des moyens humains et financiers sont nécessaires. (AE)

55. En accord avec les recommandations de l'IGAS (rapport 2022-049R, recommandation 18), des centres rassemblant les missions des CeGIDD et des centres de santé sexuelle (ex-centres de planification ou d'éducation familiale), ciblant les femmes, les personnes migrantes ou en situation de précarité socio-économique et répondant à leurs besoins spécifiques, devront être expérimentés. De même, des structures ou des accueils pour des populations spécifiques comme les personnes transgenres ou les personnes pratiquant le chemesex pourront être expérimentés. L'objectif est de faciliter l'accès de ces populations aux dépistages, à une prévention adaptée et aux soins en santé sexuelle en réduisant les inégalités sociales de santé, de genre et les discriminations. (AE)

56. L'accueil des mineurs de plus de 15 ans et leur accès à l'ensemble des outils de dépistage et de prévention doivent être assurés. (AE)

57. Le groupe d'experts est en faveur d'une exception au consentement parental pour la proposition des vaccinations aux mineurs susceptibles d'être exposés (VHA, VHB, HPV, Mpox, ...) ainsi que pour la proposition de la PrEP. Le mineur devra être assisté d'un adulte

de confiance choisi par lui et l'information qu'il recevra devra être adaptée pour éclairer sa décision. (AE)

2.2.5. Dépistage du VIH dans les laboratoires de biologie médicale (VihTest)

VihTest est une offre de dépistage du VIH, sans ordonnance et sans frais pour l'utilisateur bénéficiant d'une couverture maladie, dans les laboratoires de biologie médicale.

- 58.** VIHTest est une offre de dépistage du VIH qui doit être développée et promue en complément des autres offres de dépistage. (C) La promotion de cette offre et de ses spécificités doit être poursuivie. Elle doit être présentée comme l'une des possibilités de dépistage auprès du grand public et des populations clés et sa disponibilité doit être explicite dans les laboratoires. (AE)
- 59.** Comme les autres offres de dépistage, le dépistage VIHTest doit pouvoir être réalisé chez les mineurs de plus de 15 ans sans consentement parental, avec l'assistance d'un adulte de confiance choisi par le mineur. (AE)
- 60.** Sur le principe des offres VIHTest et Mon test IST, un dépistage conjoint du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes (avec un prélèvement sanguin et des auto-prélèvements locaux) devrait pouvoir être proposé à toutes les personnes qui demandent spontanément l'un de ces dépistages en laboratoire de biologie médicale, dès 15 ans, sans avance de frais et sans limite d'âge. (AE)

2.2.6. Dépistage en pharmacie d'officine

- 61.** Le pharmacien est un acteur de la santé sexuelle en dispensant des autotests VIH, la contraception d'urgence, les préservatifs et l'ensemble des traitements des IST, et plus récemment en réalisant les vaccinations. Le groupe d'experts recommande d'expérimenter le dépistage du VIH et des hépatites B et C par TROD dans les pharmacies d'officine en complément des autres offres de dépistage. (C)

2.3. Le dépistage hors système de soin

2.3.1. Le dépistage du VIH par les associations

- 62.** Le rôle majeur des associations de santé communautaires dans le dépistage des personnes les plus exposées, dans leurs lieux de vie ou de consommation sexuelle, doit être réaffirmé et soutenu par les autorités de santé territoriales. (C)
- 63.** Pour donner les moyens aux associations réalisant des dépistages de poursuivre voire d'étendre ce type d'interventions, un financement pérenne est nécessaire. Ces financements

doivent couvrir l'achat des tests mais aussi le coût des actions de dépistage, de la logistique, de la communication, de la formation des acteurs impliqués et du recueil de données. (AE)

- 64.** Il est important d'améliorer le recueil, uniformisé et centralisé, de données épidémiologiques des associations réalisant du TROD afin de faciliter l'orientation et l'adaptation des actions de dépistage et de prévention dans leurs territoires. Pour cela, des moyens humains et financiers sont nécessaires. (AE)
- 65.** La mise à disposition d'outils de dépistage combinés (VIH / VHC / syphilis par exemple) renforcera leur rôle dans la prévention et le dépistage des populations les plus exposées en limitant, notamment lors des actions « hors les murs », les orientations vers d'autres structures de dépistage et donc le risque de perdre les personnes de vue. (AE)

2.3.2. L'autotest VIH

L'autotest VIH a été introduit dans la stratégie de dépistage avec l'objectif de lever les barrières structurelles d'accès au dépistage. Par définition, il met en avant l'autonomie de l'utilisateur et lui procure une plus grande confidentialité. Plusieurs documents ont été produits pour assurer un maximum d'information de l'utilisateur et des professionnels impliqués dans la distribution de l'autotest.

- 66.** Le groupe d'experts est en faveur d'un changement de législation pour placer l'autotest VIH en libre-service dans les pharmacies d'officine. (AE)
- 67.** L'accès aux autotests devrait être facilité en améliorant leur disponibilité et leur visibilité dans les pharmacies, notamment en régions et dans les zones moins urbaines où les autres offres de dépistage sont également moins accessibles. (AE)
- 68.** Il est recommandé que, si la personne le souhaite, le pharmacien puisse superviser la réalisation de l'autotest VIH afin d'assurer la personne dans la manipulation du test, l'aider à lire le résultat et lui apporter les informations nécessaires. La réalisation de l'autotest devra pouvoir se faire à l'officine, dans un espace qui garantit la confidentialité. L'identification d'un dispositif d'aval d'orientation médicale, de prévention (PrEP si négatif) et de soutien est recommandée. (AE)
- 69.** Une diminution du prix de l'autotest permettrait de faciliter l'accès à des personnes plus précarisées ou marginalisées. (AE)
- 70.** Il est important d'expérimenter des modalités d'accès facilité à l'autotest comme la commande d'autotest VIH par internet auprès d'un opérateur dédié, un programme de soutien communautaire au dépistage régulier, la remise d'un ou plusieurs autotests lors d'un dépistage en CeGIDD, ..., et de valoriser les données des expériences associatives sur ce sujet. (AE)
- 71.** Les autotests devraient pouvoir être dispensés sans condition d'entretien préalable afin de faciliter les dispositifs d'envoi postal. (AE)

2.3.2.1. Dépistage par auto-prélèvements à domicile sans résultat immédiat

- 72.** Le groupe d'experts est favorable à l'utilisation des kits d'auto-prélèvement à domicile pour un dépistage combiné du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes, sur le modèle de l'étude Mémo-Dépistages qui a montré l'intérêt de ces kits pour un dépistage très régulier d'un public HSH très au fait de la prévention. (B)
- 73.** Une évaluation de sa mise en œuvre dans différents contextes est recommandée, notamment pour identifier les éléments clés de son acceptabilité et mettre au point des offres qui puissent être déployées. (AE)

2.4. La notification aux partenaires

Les recommandations concernant la notification du VIH aux partenaires complètent celles rendues par la Haute autorité de santé en 2023. La démarche de notification aux partenaires dans le cas du VIH revient à une proposition ciblée de dépistage des partenaires et une opportunité de leur proposer d'autres dépistages et la PrEP en cas de résultat négatif.

Encadré 3 : Principales recommandations de la HAS à propos de la notification aux partenaires en cas de diagnostic de VIH, dans le cadre législatif actuel (seule la personne qui reçoit le diagnostic peut notifier à ses partenaires)

La notification aux partenaires doit être systématiquement proposée aux personnes qui reçoivent un diagnostic de VIH.

Elle doit être proposée sans délai lorsqu'un caractère d'urgence est relevé : possibilité de proposer un traitement post exposition au(x) partenaire(s), si le partenaire est une femme enceinte ou allaitante, ou lors du diagnostic du patient index au stade de primo-infection.

Le patient index doit être informé, conseillé, accompagné et encouragé dans sa démarche de notification. En cas de besoin, une consultation tripartite (patient index - partenaire - médecin) peut permettre de réaliser la notification du partenaire par le patient index, assistée par le médecin.

Pour une infection aiguë, la période recommandée pour rechercher les partenaires exposés est de 3 mois. Sinon, il est recommandé de remonter jusqu'à la date du dernier test négatif. Si cette date est inconnue, ou s'il n'y a pas de test antérieur, il est recommandé de prévenir tous les partenaires identifiables.

Le choix de la / des modalité(s) de notification aux partenaires doit tenir compte de la situation entre le patient index et ses partenaires (type de relation, contexte social, inégalités sociales de genre, de santé, ...).

- 74.** Si, dans l'état actuel de la loi, seul le patient index peut notifier à ses partenaires, l'ensemble des acteurs de santé ou communautaires impliqués dans la prise en charge d'un diagnostic ou d'une orientation diagnostique, doivent l'accompagner dans la démarche de notification. (AE)

- 75.**Le groupe d'experts est favorable à la proposition systématique de la notification aux partenaires lors d'un diagnostic d'IST, incluse dans une prise en charge (soins et prévention) globale. Cette proposition doit être accompagnée d'outils pour aider la personne qui reçoit le diagnostic à recenser ses partenaires exposés et les informer. (B)
- 76.**Le groupe d'experts est en faveur de poursuivre les recherches pour identifier des interventions et des outils permettant de faciliter la notification aux partenaires par les patients index et le recours des partenaires au dépistage, adaptés aux modes de vie, aux cultures, aux niveaux de littératie des populations cibles. (AE)
- 77.**Le groupe d'experts est en faveur d'une évolution de la loi sur le secret professionnel afin de permettre la notification des partenaires par un professionnel de santé ou un conseiller formés, à la demande et avec le consentement explicite du patient index. (A)

2.4.1. Promotion du dépistage

- 78.**La semaine du dépistage pourrait être distinguée de la semaine de la santé sexuelle, afin de pouvoir mettre en avant le dépistage au moins une fois par an en proposant des actions coordonnées de dépistage conjoint du VIH, des hépatites virales et des IST, en facilitant la proposition de dépistage par les médecins libéraux et les médecins hospitaliers et en prévoyant des actions vers des populations moins ciblées par les actions au long de l'année. Ces propositions de dépistage devraient être accompagnées d'une communication adaptée, pour favoriser une meilleure connaissance des outils de dépistage existants par la population. (AE)
- 79.**La semaine du dépistage pourrait être organisée en même temps que la semaine européenne du dépistage (fin novembre) pour profiter de la mobilisation européenne et de l'écho de la journée mondiale du sida dans les médias généralistes et pour homogénéiser les messages notamment à destination des populations exposées qui fréquentent les lieux de convivialité internationaux. (AE)

2.5. Conditions de réalisation du dépistage et accompagnement

2.5.1. Information pré-test et consentement

- 80.**Avant la réalisation d'un dépistage du VIH, une information minimale concise, orale ou écrite, doit être délivrée à la personne. Elle doit présenter la procédure de dépistage et préparer la personne au résultat en évoquant les moyens de prévention et l'existence des traitements. (AE)
- 81.**Dans les services de soins, primaires ou spécialisés, afin de faciliter la proposition d'un dépistage du VIH - et si cela est adéquat, la proposition d'un dépistage conjoint du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes - le groupe d'experts est favorable à l'approche opt-out, c'est-à-dire avec consentement implicite. Dans ce cas, une information minimale sur le

dépistage doit être fournie à la personne pour qu'elle puisse comprendre l'importance du test et avoir l'opportunité de le refuser. En aucun cas, sa décision ne devra avoir de répercussions sur la qualité des soins qu'elle recevra. (B)

- 82.** Lorsque qu'un dépistage du VIH est réalisé avec cette approche opt-out, le résultat du test, même négatif, devra être rendu oralement par un médecin ou une personne désignée par lui. (AE)

2.5.2. Information post-test et accès aux soins des personnes recevant un résultat positif

- 83.** L'ensemble des problèmes psychologiques, sociaux et financiers de la personne doivent être pris en compte dans l'orientation de la personne vers le soin. (B)
- 84.** L'orientation vers le service spécialisé doit être facilitée par la prise d'un rendez-vous par le professionnel de dépistage dans un centre choisi par le patient, ou en faisant appel au service de navigation proposé par le COREVIH / CoReSS ou Sida Info Service selon les territoires. Selon les possibilités, un accompagnement physique au premier rendez-vous par un médiateur en santé ou un intervenant communautaire peut être proposé. (AE)
- 85.** Dans tous les cas, pour une bonne adhésion aux soins, les besoins fondamentaux de la personne doivent être pris en compte. La prise en soins doit être expliquée et la compréhension des différentes étapes du suivi doit être vérifiée. Un accompagnement par un médiateur en santé ou un intervenant communautaire peut être proposé. (AE)

2.5.3. Information post-test et accès à la prévention des personnes recevant un résultat négatif

- 86.** Pour des personnes qui réalisent des dépistages très régulièrement, et qui ont une bonne connaissance des outils de prévention, des moyens dématérialisés pour le rendu des résultats négatifs sont envisageables. Une information écrite reprenant les conditions d'interprétation du test et comment accéder à la prévention doit accompagner le résultat. Un numéro de téléphone accessible sur une large plage horaire doit être indiqué pour que la personne puisse poser des questions. (AE)

2.5.4. Accompagnement, médiation en santé

La capacité à prendre soin de sa santé dépend étroitement des situations sociales, des conditions de logement, de la compréhension du système de santé et des messages qui y sont délivrés. Il est donc indispensable d'avoir une approche globale, qui prenne en compte l'ensemble des besoins de la personne, et cela en particulier pour les personnes qui vivent en situation de précarité. Le rôle des médiateurs de santé est de créer des interfaces entre les différents acteurs du système de santé et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soin et de prévention, en prenant en compte leur environnement de vie.

87. La profession de médiateur de santé doit être pérennisée et intégrée au droit commun. (AE)

2.6. Approche populationnelle

Cette partie présente, pour la population générale et par population clé, les recommandations de dépistage pour le VIH, les hépatites virales et les IST bactériennes formulées par le groupe d'experts et reprises d'autres instances, notamment de la Haute autorité de santé (HAS 2017²) en ce qui concerne les fréquentes de dépistage du VIH. Elle est reprise dans le chapitre « Epidémiologie, diagnostic et prévention des infections sexuellement transmissibles »

D'une manière générale,

- 88. Il convient d'augmenter les connaissances de la population sur le VIH, les hépatites virales et les IST bactériennes, notamment sur les modes de transmission, les moyens de se protéger et les lieux où se faire dépister en adaptant les messages au niveau de littératie des populations cibles. (AE)
- 89. Chaque contact avec le soin doit pouvoir représenter une opportunité de recevoir une proposition de dépistage. (AE)
- 90. Quelle que soit la population, chaque diagnostic d'infection à VIH ou d'IST bactérienne doit être expliqué, accompagné d'une prise en soin adaptée et de conseils de prévention. La démarche de notification aux partenaires doit systématiquement être présentée à la personne avec, dans la mesure du possible, une assistance à l'identification des partenaires exposés et à la notification du VIH / de l'IST aux partenaires. (AE)

Rappelons que chacune des populations clés ne constitue pas un groupe homogène, compte-tenu de facteurs comportementaux, sociaux ou autres qui diffèrent au sein de ces populations.

Rappelons également que l'homophobie, la transphobie, la sérophobie, et toutes les formes de stigmatisation limitent les capacités des personnes exposées de prendre soin d'elles et de leur santé.

2.6.1. Population générale

- 91. L'ensemble des offres de dépistage, du VIH et des IST bactériennes doivent être accessibles universellement, et pour Mon test IST, au-delà de 26 ans révolus, afin de positionner cette offre dans une démarche globale de santé sexuelle. Toutefois, des incitations à engager une démarche de dépistage doivent être pensées dans une logique d'universalisme proportionné, ciblant prioritairement les personnes les plus concernées. (AE)

² Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

- 92.** Pour le VIH et quand c'est possible et adéquat, pour les hépatites virales B et C et les IST bactériennes, il convient de favoriser toutes les opportunités de dépistage, surtout si la personne :
- n'a jamais réalisé de test ;
 - est un homme ;
 - réside dans un bassin de population plus concerné par les inégalités sociales de santé ;
 - réside dans un territoire ultramarin. (C)
- 93.** Parmi les opportunités de dépistage, tout contact avec le soin primaire ou les urgences doit être une occasion, notamment lorsque la personne présente une indication (clinique ou appartenance à un groupe à risque) ou n'a jamais réalisé de dépistage. Dans ce cas, la proposition de dépistage peut être faite en opt-out (consentement implicite). Le résultat devra alors être rendu oralement. (C)
- 94.** Lorsque la personne présente des symptômes pouvant évoquer une primo-infection VIH, un dépistage du VIH doit systématiquement lui être proposé. Il doit reposer si possible sur un test ELISA de 4^e génération ainsi qu'une quantification de l'ARN VIH-1 dès le 1^{er} prélèvement. (A)
- 95.** Lorsque la personne présente des symptômes évocateurs de la phase chronique de l'infection à VIH ou des maladies fréquemment associées au VIH, un dépistage du VIH doit systématiquement lui être proposé. Parmi ces conditions indicatrices : IST, hépatites virales, tuberculose, lymphomes malins, dysplasie / cancer anal ou cervical, zona, syndrome mononucléosique, leucocytopénie ou thrombopénie > 4 semaines non expliquées, dermite séborrhéique / exanthème (cf. Annexe). (C)
- 96.** Aux femmes, il est recommandé de proposer un dépistage combiné du VIH, des hépatites B et C et IST bactériennes à l'occasion d'une grossesse, d'un projet de grossesse, d'une contraception ou d'une interruption volontaire de grossesse. (AE)
- 97.** Une proposition systématique du même dépistage combiné du VIH, VHB, VHC et IST bactériennes doit être faite aux futurs pères, a fortiori auprès des populations et dans les territoires de plus forte prévalence. (AE)

2.6.2. Les mineurs

Les mineurs doivent pouvoir bénéficier de la même qualité de soin que les majeurs.

- 98.** Les mineurs doivent pouvoir bénéficier de la même qualité de soin que les majeurs. (AE)
- 99.** Le groupe d'expert conseille de faciliter l'accès au dépistage du VIH et des IST bactériennes sans autorisation du tuteur légal aux mineurs de 15 ans et plus, notamment dans le cadre des dispositifs VIHTest et Mon test IST permettant le dépistage sans ordonnance et sans frais du VIH, du VHB et des IST bactériennes en laboratoire de biologie médicale. (AE)
- 100.** A la suite d'un dépistage, le groupe d'experts est en faveur d'une exception au consentement parental pour la proposition des vaccinations aux mineurs susceptibles d'être

exposés (VHA, VHB, HPV, Mpox, ...) ainsi que pour la proposition de la PrEP, notamment en CeGIDD. (AE)

Dans le cas de ces deux recommandations, le mineur pourra être assisté d'un adulte de confiance choisi par lui et l'information qu'il recevra devra être adaptée pour éclairer sa décision.

- 101.** Il est indispensable d'intégrer dans les enquêtes menées auprès des mineurs, des items sur les connaissances des dispositions d'accès aux soins et aux services de prévention les concernant (gratuité des préservatifs, recours aux dépistages, ...) (AE)

2.6.3. HSH

- 102.** Un dépistage trimestriel du VIH est recommandé aux HSH multipartenaires. (HAS 2017)
- 103.** Le dépistage trimestriel du VIH et le dépistage régulier des IST doivent être soutenus par des systèmes de rappel ou de programmation des dépistages utilisant l'ensemble de l'offre de dépistage. L'accès aux offres de dépistage en autonomie (autotest VIH, auto-prélèvements à domicile s'ils deviennent disponibles) doit être facilité pour favoriser les dépistages répétés. (B)
- 104.** Les offres de dépistage en autonomie et les offres de dépistage avec un counseling pré-test limité doivent être connues du grand public pour atteindre des personnes éloignées du dépistage, de la communauté gay ou ne se reconnaissant pas comme gay. Ils peuvent être un levier à l'accès au dépistage pour les personnes pour qui la sexualité ou le VIH sont des sujets complexes à aborder. (C)
- 105.** Le groupe d'experts est favorable à l'utilisation des kits d'auto-prélèvement à domicile pour un dépistage combiné du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes, sur le modèle de l'étude Mémo-Dépistages qui a montré l'intérêt de ces kits pour un dépistage très régulier d'un public HSH très au fait de la prévention. (B)
- 106.** Il est indispensable que le rendu d'un résultat négatif (oralement ou par écrit) s'accompagne d'information sur la prévention et l'accès à la PrEP. (AE)
- 107.** Les HSH nés à l'étranger doivent pouvoir bénéficier très tôt après leur arrivée en France, et de façon renouvelée, d'une proposition de dépistage trimestriel du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes ainsi que d'une offre de prévention adaptée à leur exposition (PrEP, TPE réduction des risques liés au chemsex, etc...). (AE)
- 108.** L'usage des TROD syphilis peut être envisagé auprès de la population HSH ou auprès de populations réticentes à réaliser des dépistages en milieu médical. L'interprétation du résultat du TROD et l'orientation vers les soins sont facilitées lorsque les antécédents d'infection sont connus. (AE)
- 109.** La prescription d'un dépistage du VIH ou d'une IST bactérienne doit être l'occasion d'une vérification du statut vaccinal et d'un éventuel rattrapage vaccinal contre les hépatites

B et A, pour les HPV pour les HSH de moins de 26 ans et pour le Mpox selon la situation épidémiologique. (AE)

Rappelons que la population HSH est hétérogène. Certains hommes ne se reconnaissent pas dans les messages ciblant les HSH. Il est nécessaire de diffuser des messages de prévention et d'incitation au dépistage plus largement.

2.6.4. Les personnes prenant la PrEP

Le suivi et les recommandations de dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes des personnes prenant la PrEP sont présentés dans le chapitre « Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH ».

2.6.5. Les personnes pratiquant le chemsex

110. Il est recommandé aux personnes pratiquant le chemsex un dépistage au moins trimestriel du VIH, du VHC et des IST bactériennes. Ce dépistage peut être proposé de façon plus rapprochée en fonction de leur exposition. (AE)
111. La démarche de notification du VIH / des IST bactériennes aux partenaires doit être proposée systématiquement en cas de diagnostic. (AE)
112. Tous les soignants en contact avec les personnes pratiquant le chemsex (CAARUD, centre de santé sexuelle, CeGIDD, médecin généraliste, addictologue, ...) doivent leur proposer la PrEP et les informer sur les modalités d'initiation, d'arrêt et de reprise de la PrEP. (B)
113. Une prise en charge pluridisciplinaire avec un accompagnement psychosocial doit être proposée à toute personne pratiquant le chemsex en difficulté avec sa consommation de produits. (C)

2.6.6. Les personnes usagères de drogues injectables (UDI, hors chemsex)

114. En plus des mesures de réduction des risques, un dépistage du VIH, des hépatites virales et si cela est adéquat, des IST bactériennes doit être proposé au moins une fois par an. (HAS 2017)
115. Les CAARUD et associations communautaires doivent avoir un rôle important dans la promotion du dépistage et de la prévention en santé sexuelle, notamment la PrEP, auprès de cette population. (AE)
116. Les actions de réduction des risques et de promotion de la santé auprès des personnes utilisant des drogues, ainsi que leurs mises à jour en fonction de l'évolution des usages et des populations, doivent être favorisées sans qu'il y soit fait obstacle par une politique répressive des usagers. (C)

2.6.7. Les personnes migrantes ou en situation de précarité

- 117.** Il est nécessaire de favoriser l'accès aux droits (travail, logement, santé). C'est un prérequis pour que les personnes migrantes ou précaires évitent de se trouver en situation d'exposition au VIH et aux autres IST. (C)
- 118.** Les personnes migrantes hétérosexuelles, exposées au VIH et aux IST bactériennes, doivent pouvoir renouveler les dépistages du VIH et des IST bactériennes au moins tous les ans. (HAS 2017)
- 119.** Les HSH migrants exposés au VIH et aux IST bactériennes, doivent pouvoir renouveler les dépistages du VIH et des IST bactériennes au moins tous les 3 mois. (HAS 2017)
- 120.** Il est recommandé de maintenir et faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes ou précaires pour permettre un dépistage et une prise en charge précoce de l'infection par le VIH et éviter des ruptures de soins ultérieures. (C)
- 121.** Les offres de dépistage doivent être proposées en « aller vers », dans les lieux de vie (coiffeurs, foyers, associations, cultes, ...) ou de passage (gares, marchés) car ces personnes, le plus souvent en situation de précarité, n'identifient pas la santé comme une priorité. Ces offres doivent assurer des espaces de confidentialité. (B)
- 122.** Il serait utile que des médiateurs/médiatrices en santé, si possible parlant la langue des personnes cibles, soient impliquées dans les actions de prévention et de dépistage du VIH et des IST bactériennes pour faciliter la compréhension et orienter les personnes vers le soin ou la PrEP si nécessaire. (AE)
- 123.** Les communications visant à promouvoir le dépistage, les offres d'accès à la prévention en santé sexuelle et les informations sur les stratégies biomédicales de prévention du VIH doivent être adaptées en termes de niveau de langage, de références culturelles et sociales, et de voies de diffusion à la population. (AE)

2.6.8. Les personnes transgenres

- 124.** Un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes doit être proposé au moins une fois par an aux personnes transgenres multipartenaires, voire de façon trimestrielle selon leur exposition. (HAS 2017)
- 125.** La proposition d'un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes lors d'actions communautaires, dans les lieux / espaces virtuels de convivialité ou de sexe doit être favorisée. (AE)
- 126.** Dans la mesure du possible, les auto-prélèvements doivent être favorisés pour les dépistages vaginaux afin de réduire les éventuelles douleurs et l'inconfort. (C)

127. Inclure, selon leur exposition, le dépistage régulier du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes, et la PrEP, dans une offre de santé transgenre adaptée aux besoins de ces personnes et aux différents temps de la transition et post-transition. Il sera important de sensibiliser les acteurs impliqués dans la santé des personnes transgenres, notamment les endocrinologues, au dépistage et la prévention. (AE)

2.6.9. Les travailleurs et travailleuses du sexe

128. Selon l'utilisation de moyens de prévention et les conditions de précarité dans lesquelles vivent la personne, le dépistage du VIH et des IST bactériennes doit être proposé au moins une fois par an, voire de façon trimestrielle. (AE)

129. La proposition d'un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes lors d'actions communautaires sur les lieux de travail du sexe ou lors de maraude sur internet doit être favorisée. (AE)

130. Il est important d'aborder la prévention et notamment de proposer la PrEP aux personnes recevant un résultat négatif lors d'un dépistage du VIH (s'ils/elles ne sont pas déjà dans un programme de PrEP). (AE)

131. Pour cette population notamment, il est indispensable d'offrir des modalités de dépistage accessibles en ligne (commande d'autotests VIH par exemple) et de soutenir les programmes délivrant de la prévention et de l'incitation au dépistage dans l'espace numérique (maraude des associations sur internet). (AE)

132. Dans le cadre du dépistage du VIH et des IST sans ordonnance en laboratoire de biologie médicale (VIHTest, Mon Test IST), assurer la possibilité de réaliser ces dépistages sans avance de frais aux personnes non assurées quel que soit leur âge. (AE)

133. Il est recommandé de développer des liens entre les centres de santé sexuelle et les associations de santé communautaire pour orienter les offres de dépistage et de prévention vers les travailleurs et travailleuses du sexe, notamment ceux isolés ou avec une forte mobilité. Quand cela est possible, des délégations de tâches pourront être établies pour faciliter encore l'accessibilité des soins. (AE)

134. Il est nécessaire de développer des liens entre la recherche et les associations de santé communautaire pour informer sur l'état de santé global et les interventions efficaces auprès de ce public. (AE)

2.6.10. Les personnes détenues

Les recommandations pour la prévention et la prise en charge des personnes sous main de justice préconisent qu'un dépistage du VIH, du VHB, et du VHC soit systématiquement proposé à l'entrée en détention, renouvelé au cours de la détention et à la sortie si la personne n'a pas bénéficié de ces dépistages récemment. Le dépistage des IST bactériennes doit être proposé selon l'exposition.

135. Il convient de renforcer les stratégies de dépistage combinées de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes. L'utilisation de TROD combinés (VIH, VHB, VHC, syphilis) pourrait faciliter l'acceptabilité du dépistage par les personnes détenues, permettrait un rendu des résultats immédiat et pourrait optimiser la prise en soins et/ou la prévention. Ces outils devront être mis à disposition gratuitement des unités de soins pénitentiaires. (AE)

2.6.11. Les personnes victimes de violences sexuelles

136. Un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes doit être proposé après la révélation des violences sexuelles sans attendre et en favorisant les auto-prélèvements locaux pour le dépistage des IST. Si les échanges s'y prêtent, la consultation peut être une opportunité pour vérifier le statut vaccinal pour le HPV et l'hépatite B. (AE)

137. Si la survenue des violences date de moins de 15 jours (6 semaines pour le VIH), un second dépistage devra être proposé 15 jours (6 semaines) plus tard. (AE)

138. Les interventions visant à un maintien dans le soin des victimes sont à développer afin de garantir la prise en soin des infections identifiées et pouvoir reproposer un dépistage à distance de l'agression lorsque cela est nécessaire. Ce suivi peut s'élargir aux conséquences non-infectieuses des violences. (AE)

139. Les services qui reçoivent les victimes dans les suites immédiates de violences sexuelles doivent discuter, avec la personne, de la pertinence de mettre en œuvre un traitement post-exposition du VIH (TPE). (AE) (chapitre « Traitement préventif post-exposition au VIH »)

2.6.12. Les personnes en situation de handicap

140. Les offres de dépistage, l'accès aux préservatifs, et si cela est adapté, à la PrEP doivent être proposés aux personnes en situation de handicap dans les mêmes conditions qu'en population générale. Selon la nature du handicap, des adaptations doivent être recherchées pour permettre d'offrir l'auto-prélèvement pour le dépistage des IST bactériennes. (AE)

141. La recherche de violences sexuelles au cours de la vie est à réaliser dans les mêmes conditions que pour la population générale et doit intégrer une recherche spécifique d'éventuelles violences au sein des institutions de résidence. (AE)

Participants

Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

Groupe de travail

Groupe de travail « Epidémiologie, prévention, dépistage et déterminants sociaux de l'infection VIH en France » sous la direction du Dr Karen Champenois (épidémiologiste, IAME, Inserm UMR1137, Paris) et du Dr Cyrille Delpierre (épidémiologiste, Inserm U1295, Toulouse) :

Sous-groupe de travail « Prévention de l'infection VIH » sous la direction du Dr Bruno Spire (médecin, chercheur en santé publique, SeSSTIM, Inserm U1252, Marseille & association AIDES) :

Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis, AP-HP
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Karen Champenois, épidémiologiste, IAME Inserm
UMR1137, Paris

Dr Lise Cuzin, médecin de santé publique, CHU de la
Martinique

Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act-Up Paris,
TRT-5 CHV

Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique,
COREVIH Nouvelle Aquitaine, CHU de Bordeaux,
Bordeaux

Mme Diane Leriche, représentante associatif,
coordinatrice, TRT-5 CHV

Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-
Salpêtrière, Paris

Sous-groupe de travail « Dépistage de l'infection VIH » sous la direction du Dr Karen Champenois (épidémiologiste, IAME Inserm UMR1137, Paris) :

Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis, AP-HP
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Marie-Laure Chaix, virologue, CNR du VIH, AP-HP
Hôpital Saint-Louis, Paris

Dr Lise Cuzin, médecin de santé publique, CHU de la
Martinique

Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm U1295,
Toulouse

Dr Annabel Desgrees Du Lou, démographe, de la santé,
CEPED, IRD, Paris

Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act-Up Paris,
TRT-5 CHV

Dr Sophie Grabar, médecin de santé publique, IPLESP
Inserm UMR1136 et AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique,
COREVIH Nouvelle Aquitaine, CHU de Bordeaux,
Bordeaux

Mme Diane Leriche, représentante associatif,
coordinatrice, TRT-5 CHV

Dr Florence Lot, médecin de santé publique, direction des
maladies infectieuses, Santé publique France

Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-
Salpêtrière, Paris

Dr Bruno Spire, médecin, chercheur en santé publique,
SeSSTIM, Inserm U1252, Marseille & association AIDES

Avec la participation du Dr Delphine Rahib, épidémiologiste, Santé publique France (groupe de travail « Epidémiologie des IST »)

Groupe de lecture

Dr Julien Artigny, médecin généraliste, Toulouse

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, COREVIH Bretagne,
CHU de Rennes

Mme Catherine Aumond, représentante associative,
AIDES, Tours

Mr Franck Barbier, représentant associatif, AIDES, Paris

Dr Michel Bourrelly, pharmacien, SeSSTIM, Inserm U1252, Marseille

Dr Agnès Certain, pharmacienne, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Dr Marie Chauveau, médecin généraliste, Tournefeuille

Dr Dominique Costagliola, épidémiologiste, IPLESP Inserm UMR1136, Paris

Pr Constance Delaugerre, virologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris

Pr Olivier Epaulard, infectiologue, CHU de Grenoble

Dr Gabriel Girard, sociologue, SeSSTIM, Inserm U1252, Marseille

Dr Thibaut Jedrzejewski, médecin généraliste, centre de santé sexuelle - Le 190, Paris

Mr Franck Marcé, Sida Info Service, Montpellier

Pr Laurence Meyer, médecin de santé publique, Inserm SC10, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Mme Céline Offerlé, représentante associatif, directrice, TRT-5 CHV

Pr Gilles Pialoux, infectiologue, AP-HP Hôpital Tenon, Paris

Dr Pascal Pugliese, médecin, COREVIH PACA-Est, CHU de Nice

Dr Delphine Rahib, épidémiologiste, Santé publique France

Dr Stéphanie Vandentorren, épidémiologiste, Santé publique France

Dr Annie Velter, socio-démographe, Santé publique France

Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH

Dr Fanny Alby-Laurent, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux

Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr André Cabie, infectiologue, CHU de la Martinique

Dr Karen Champenois, épidémiologiste, Inserm, Paris

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de la Guadeloupe

Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d'Agenais

Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm, Toulouse

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris

Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act Up Paris, TRT-5 CHV

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Christine Jacomet, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand (jusqu'au 01/12/2022)

Dr Marie Lachatre, infectiologue, AP-HP Hôpital Cochin et Hôpital Necker, Paris

Pr Fanny Lanternier, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Marianne L'Henaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Dr Florence Lot, épidémiologiste, Santé publique France

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Dr Olivier Paccoud, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Hélène Pollard, représentante associatif, Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

Dr Quentin Richier, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM Hôpital de la Timone Marseille

Dr Cathia Soulie, virologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark

Remerciements

Le CNS et l'ANRS-MIE tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

| | |
|-------------------|--|
| ADVIH | Autotest de dépistage du VIH |
| ALSO | Au labo sans ordo |
| AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| ANRS MIE | Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes |
| ARN | Acide ribonucléique |
| ARS | Agence régionale de santé |
| ARV | Antirétroviraux |
| CAARUD | Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues |
| CeGIDD | Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic |
| CNAM | Caisse nationale d'assurance maladie |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CNS | Conseil national du SIDA et des hépatites virales |
| CORESS | Comité de coordination régionale de la santé sexuelle |
| COREVIH | Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH |
| CPEF | Centre de planification ou d'éducation familiale |
| CSAPA | Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| CSSAC | Centre de santé sexuelle d'approche communautaire |
| CT | <i>Chlamydia trachomatis</i> |
| DFA | Départements français d'Amérique |
| DGS | Direction générale de la santé |
| ECDC | European centre for diseases prevention and control |
| ELISA | Enzyme linked immuno-sorbent assay |
| ERAS | Enquête Rapport au sexe |
| FSF | Femme ayant des rapports sexuels avec les femmes |
| FTC | emtricitabine |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HPV | Human papillomavirus |
| HSH | Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| IUSTI | International union against sexually transmitted infections |
| LBM | Laboratoire de biologie médicale |
| LGV | Lympho-granulomatose vénérienne |
| Mpox | Virus monkeypox |

| | |
|--------------|---|
| NG | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> |
| NPS | Nouveaux produits de synthèse |
| OFDT | Observatoire français des drogues et des toxicomanies |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PrEP | Prophylaxie pré-exposition |
| PVVIH | Personne vivant avec le VIH |
| QALY | Année de vie gagnée ajustée sur la qualité de vie |
| ROSP | Rémunération sur objectifs de santé publique |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SMIT | Service des maladies infectieuses et tropicales |
| SNDS | Système national des données de santé |
| SNSS | Stratégie nationale de santé sexuelle |
| TasP | Treatment as Prevention |
| TDF | Tenofovir disoproxyl fumarate |
| TFA | Territoire français d'Amérique |
| TPE | Traitement post-exposition |
| TROD | Test rapide d'orientation diagnostique |
| UDI | Usager de drogue intraveineuse |
| VHA | Virus de l'hépatite A |
| VHB | Virus de l'hépatite B |
| VHC | Virus de l'hépatite C |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Annexe

Tableau récapitulatif des évènements classant sida et des autres maladies ou conditions évocatrices du VIH (tableau issu des recherches HIDES 2 [105] et OptTest [103])

| Maladies classant SIDA | Autres conditions évocatrices du VIH |
|--|--|
| Cancer du col de l'utérus | Pneumonie communautaire |
| Lymphome non-hodgkinien | Infection invasive à pneumocoque |
| Sarcome de Kaposi | Méningite lymphocytaire |
| Lymphome cérébral primaire | Syndrome de Guillain-Barré |
| Tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire | Démence subcorticale |
| Infection à Mycobacterium avium, kansasii, xenopi ou autre atypique, disséminée ou extra pulmonaire | Neuropathie périphérique |
| Pneumonie récurrente (≥2 épisodes / 12 mois) | Lésion cérébrale primaire |
| Septicémie récidivante à Salmonella non Typhi | Mononévrite |
| Rétinite à cytomégalovirus | Syndrome multi sclérosant |
| Autre infection à cytomégalovirus (sauf foie, rate et ganglions) | Abcès cérébral |
| Infection à Herpès simplex virus (cutanéomuqueuse ulcérée > 1 mois, bronchique, pulmonaire ou oesophagienne) | Zona (< 65 ans) |
| Leucoencéphalite multifocale progressive | Dermite séborrhéique ou exanthème |
| Toxoplasmose cérébrale | Psoriasis sévère ou atypique |
| Cryptosporidiose (diarrhée > 1 mois) | Hépatite A |
| Isosporose (diarrhée > 1 mois) | Hépatite B (aigue ou chronique) |
| Pneumocystose | Hépatite C (aigue ou chronique) |
| Candidose œsophagienne | Perte de poids inexplicée |
| Candidose bronchique, trachéale, pulmonaire | Candidose orale inexplicée |
| Cryptococcose extra-pulmonaire | Diarrhées chroniques inexplicées |
| Histoplasmose disséminée ou extra-pulmonaire | Leucoplasie chevelue |
| Coccidiomyose disséminée ou extra-pulmonaire | Syndrome néphrotique idiopathique |
| | Lymphome malin ou lymphome Hodgkinien |
| | Leucocytopénie ou thrombocytopénie > 4 semaines inexplicée |
| | Purpura thrombocytopénique idiopathique ou thrombotique |
| | Cancer primaire du poumon |
| | Cancer ou dysplasie anale |
| | Dysplasie cervicale |

Maladie de Castleman
Infection de la rétine à Herpès simplex virus ou
Toxoplasma
Grossesse
Infection sexuellement transmissible
Fièvre inexplicée
Lymphadénopathie inexplicée
Syndrome mononucléosique
Candidémie
Leishmaniose viscérale
Candidose
Condition requérant une thérapie
immunosuppressive agressive (hors cancer)
Leishmaniose atypique disséminée
Trypanosomiase (méningoencéphalite ou
myocardite)
Infection à penicillium disséminée

L'ANRS Maladie infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Retrouvez tous les chapitres sur
www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
