
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Traitement préventif post-exposition au 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	Traitement préventif post-exposition au VIH
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC) – Label
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none">– Permettre aux professionnels de santé concernés d’accompagner les personnes à risque avéré d’infection par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) et de leur prescrire un traitement préventif post-exposition (TPE) de l’infection par le VIH.– Mettre les professionnels de santé en capacité d’informer la population sur les avantages et les limites du traitement post exposition, de poser les indications de ce traitement, de prescrire et de surveiller le traitement.
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : Toute personne à risque d’exposition avéré au VIH Professionnels concernés par le thème : Tous les professionnels de santé intervenant dans le champ de la santé sexuelle Association d’usagers et association représentant les patients
Demandeur	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
Promoteur(s)	Haute autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel (CNS, ANRS MIE), M. Alexandre Pitard (HAS)
Recherche documentaire	Dr Stéphane Tuffier (rédacteur des chapitres PrEP et TPE) – M. Aurélien Dancoisne (documentaliste HAS)
Auteurs	Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes – Pilote du Groupe PrEP - TPE Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d’Agenais Dr Éric Cua, infectiologue, CHU de Nice M. Paul-Emmanuel Deveze, représentant associatif, Sida et Hépatites Info Service, TRT-5 CHV M. Hugues Fischer, représentant associatif, Act-Up Paris, TRT-5 CHV M. Etienne Fouquay, représentant associatif, AIDES, TRT-5 CHV Dr Pauline Penot, interniste, CeGGID, CH de Montreuil Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark Dr Jérémy Zeggagh, infectiologue, AP-HP Hôpital St Louis, Paris
Conflits d’intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d’intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d’analyse du guide des déclarations d’intérêts et de gestion des conflits d’intérêts de la HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). 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.

Validation	Version du 25 juillet 2024
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2024

Sommaire

Préambule	6
1. Quelles sont les situations dans lesquelles un traitement post-exposition au VIH est indiqué ?	8
2. En cas d'indication de TPE, quelles en sont les modalités (délai d'instauration, choix des molécules) ?	14
3. Quelles sont les modalités de suivi après un accident d'exposition au VIH, traité ou non ?	16
4. Quelles articulations entre TPE et prévention préexposition du VIH (PrEP)	19
5. Quelles sont les situations particulières nécessitant une approche spécifique en post exposition ?	20
6. Que proposer comme circuit de prise en charge ?	21
7. Quels sont les autres risques à prendre en compte en post-exposition ?	22
8. Quelles évolutions pourraient faciliter l'accès au TPE ?	24
9. Annexes : fiches pratiques	25
9.1. Fiche pratique n°1 : Bilan initial en cas d'accident d'exposition	25
9.2. Fiche pratique n°2 : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition	26
9.2.1. Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle	26
9.2.2. Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang	27
9.3. Fiche pratique n°3 : Indications du TPE en cas d'accident d'exposition sexuelle	28
9.4. Fiche pratique n°4 : Indications du TPE en cas d'accident d'exposition au sang	29
9.5. Fiche pratique n° 5 : Exemple de constitution de kit d'urgence et note d'information	30
9.6. Fiche pratique n°6 : Ressources d'information en cas d'accident d'exposition au VIH, VHB ou VHC	31
10. Participants	32
10.1. Coordination	32
10.2. Groupe de travail	32
10.3. Auditions	32
10.4. Groupe de lecture	32
10.5. Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH	33
10.6. Remerciements	34
11. Abréviations et acronymes	35

Préambule

Contexte

Le traitement préventif post-exposition (TPE) au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) consiste à proposer un traitement antirétroviral (ARV) permettant de limiter le risque d'infection aux personnes ayant été potentiellement exposées au virus.

Enjeux

Enjeux pour les personnes

En l'absence de traitement curatif efficace de l'infection par le VIH et en l'absence de vaccin malgré d'intenses recherches, l'enjeu pour les personnes est d'éviter une infection qui nécessite un traitement à vie. Le défi est de pouvoir débiter le traitement post exposition dans un délai court, car l'efficacité est corrélée à l'administration précoce des antirétroviraux.

Enjeux de santé publique

La diminution du nombre de nouvelles infections est essentielle pour atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH SIDA, notamment celui de l'OMS d'une fin de l'épidémie en 2030.

Personnes concernées

Toutes les personnes ayant eu un risque significatif d'exposition au VIH, dans les 48 h suivant cette exposition.

Professionnels concernés

Tous les professionnels du soin primaire, notamment les professionnels plus particulièrement en charge d'accompagner la vie sexuelle de la population : spécialistes en médecine générale, en gynécologie, sage-femmes, professionnels exerçant en centre de santé sexuelle (CSS, ex-centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF)), en espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissible (CeGIDD), en unité sanitaire en médecine pénitentiaire, et en haltes soins addictions. Tout professionnel de santé amené à proposer un accompagnement et/ou une prise en charge après une exposition sexuelle ou sanguine au virus, notamment les médecins urgentistes et les infirmières d'accueil et d'orientation des services d'urgence, les médecins légistes, les pharmaciens, les infirmières scolaires, les personnels des services de santé universitaires. Les acteurs associatifs qui facilitent l'accès à l'information et au traitement post-exposition sont également concernés.

Objectifs de la recommandation

Les objectifs des recommandations sont les suivants :

- Permettre aux professionnels de santé concernés d'accompagner les personnes exposées au VIH et de leur prescrire un traitement post exposition, ou de leur délivrer un kit de démarrage dans l'attente de l'avis d'un service de référence.
- Mettre les professionnels de santé en capacité d'informer la population sur les avantages et les limites du traitement post exposition, de poser les indications de ce traitement, de prescrire et de surveiller le traitement.

Questions

- Quelles sont les situations dans lesquelles un traitement post-exposition du VIH est indiqué ?

- En cas d'indication de TPE, quelles en sont les modalités (délai d'instauration, choix des molécules) ?
- Quelles sont les modalités de suivi après un accident d'exposition au VIH, traité ou non ?
- Quelles articulations entre TPE et prévention pré-exposition du VIH (PrEP) ?
- Quelles sont les situations particulières nécessitant une approche spécifique en post exposition ?
- Que proposer comme circuits de prise en charge ?
- Quels sont les autres risques à prendre en compte en post-exposition ?
 - Virus des hépatites B et C
 - IST bactériennes
 - Contraception
- Quelles évolutions pourraient faciliter l'accès au TPE ?

1. Quelles sont les situations dans lesquelles un traitement post-exposition au VIH est indiqué ?

Indications du TPE

Après exposition sexuelle (tableaux 1 et 2A/2B)

Il est essentiel de documenter le statut sérologique VIH du partenaire source quand cela est possible.

Le TPE n'est pas indiqué quand le partenaire vit avec le VIH et a un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois et une dernière charge virale indétectable (<50 copies/mL) dans les 6 derniers mois. (Grade A)

En cas de statut du partenaire inconnu (tableaux 2A/2B)

Le traitement est recommandé en fonction des circonstances d'exposition et des facteurs de risque du partenaire :

→ TPE systématiquement recommandé :

- Pénétration anale ou vaginale quand le partenaire appartient à un groupe épidémiologique à haut risque : HSH ou personne transgenre (Grade B)
- Pénétration anale réceptive, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$ (Grade C)

→ TPE non recommandé :

- Rappports oro-génitaux (Grade C)
- Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales (Grade C)
- Pénétration anale insertive, sans surrisque identifié (Grade C)
- Pénétration vaginale, sans surrisque identifié (Grade C)

→ Situations dans lesquelles le TPE est à discuter :

- Pénétration vaginale, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$ (AE)
- Pénétration anale réceptive, sans surrisque identifié (AE)
- Activité sexuelle en groupe (AE)
- Activité sexuelle sous produits psychoactifs (AE)
- Violences sexuelles (cf. question 5.) (AE)

Lorsqu'un TPE a été débuté dans l'ignorance du statut sérologique VIH du partenaire, et que ce dernier est secondairement dépisté et s'avère négatif pour le VIH ou positif avec un ARN VIH plasmatique <50 copies/mL et traité depuis plus de 6 mois, le TPE doit être interrompu.

Après exposition au sang, dans le cadre professionnel ou non professionnel, ou en cas d'utilisation de drogue intraveineuse (tableaux 3 et 4)

Il est essentiel de documenter le statut sérologique VIH de la personne source quand cela est possible.

Le TPE n'est pas indiqué quand la personne source vit avec le VIH et a un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois et une dernière charge virale indétectable (<50 copies/mL) dans les 6 derniers mois. (Grade B)

Le TPE est indiqué lorsque la charge virale est quantifiable si (Grade B):

- Exposition au sang avec une aiguille intravasculaire, IM, SC, une aiguille pleine, une lame de bistouri
- Exposition cutané-muqueuse prolongée à du sang (>15 min)

Le TPE n'est pas indiqué en cas de piqûre accidentelle dans un contexte autre que les soins directs ou le partage de matériel d'injection (aiguille abandonnée, aiguille dans les déchets, agression avec piqûre constatée ou supposée). (AE)

Tableau 1: Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque la personne source vit avec le VIH

Risque et nature de l'exposition	Partenaire source vivant avec le VIH CV détectable	Partenaire source vivant avec le VIH CV <50 copies/ml et TARV ≥6 mois
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé*	TPE non recommandé

*En cas de fellation réceptive avec charge virale >1000 copies/mL documentée chez le partenaire source, un TPE est à discuter au cas par cas.

Tableau 2A : Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par indication)

TPE recommandé	TPE à discuter, en fonction de la demande de la personne et/ou du fait d'un surrisque d'exposition*	TPE non recommandé
Pénétration anale ou vaginale quand le ou la partenaire est HSH, personne transgenre ou usager de drogues par voie intraveineuse	Pénétration vaginale, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$ *	Pénétration vaginale, sans surrisque*
Pénétration anale réceptive, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$ *	Pénétration anale réceptive, sans surrisque identifié*	Pénétration anale insertive, sans surrisque identifié*
	Activité sexuelle sous produits psychoactifs	Rapport oro-génitaux quels qu'en soient la nature
	Activité sexuelle en groupe	Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales
	Violences sexuelles	

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH¹ non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne et la Guyane), usager de drogue intraveineuse ; ou lorsque le rapport survient dans des circonstances où les données de la littérature ne permettent pas d'évaluer le niveau d'exposition, mais où un risque accru du VIH est possible : activité sexuelle en groupe, sous produits psychoactifs, violences sexuelles.

¹ Liste des pays classés par prévalence du VIH : https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2021&most_recent_value_desc=true&start=2021&type=shaded&view=map&year=2021

Tableau 2B : Indications au TPE lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par risque d'exposition)

Risque et nature de l'exposition	HSH ou personne transgenre	Partenaire d'un groupe de prévalence $\geq 1\%$ (hors HSH ou personne transgenre)*	Activité sexuelle en groupe et/ou sous produits psychoactifs, Violences sexuelles*	Autres situations avec partenaire de statut VIH inconnu
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH² non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne et la Guyane), usager de drogue intraveineuse ; ou lorsque le rapport survient dans des circonstances où les données de la littérature ne permettent pas d'évaluer le niveau d'exposition, mais où un risque accru du VIH est possible : activité sexuelle en groupe, sous produits psychoactifs, violences sexuelles.

² Liste des pays classés par prévalence du VIH : https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2021&most_recent_value_desc=true&start=2021&type=shaded&view=map&year=2021

Tableau 3 : Indications au TPE après exposition au sang (hors usage de drogues injectables)

Risque et nature de l'exposition*	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis >6 mois avec CV < 50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqûre profonde avec aiguille creuse intravasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures, griffures	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Des soins locaux doivent être réalisés : si blessure ou piqûre, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite de sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique

Tableau 4 : Indications au TPE après exposition dans le cadre d'un usage de drogues injectables

Risque et nature de l'exposition	Usager précédent vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Statut VIH de l'usager précédent impossible à déterminer	Usager précédent vivant avec le VIH traité depuis >6 mois avec CV < 50 copies/mL
Partage de seringue ou aiguille	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Partage d'autre matériel que seringue ou aiguille	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringue ou aiguille abandonnée ou heure d'utilisation inconnue	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

2. En cas d'indication de TPE, quelles en sont les modalités (délai d'instauration, choix des molécules) ?

Délai d'instauration

Le TPE doit être instauré le plus tôt possible, idéalement dans les 4 h, et jusqu'à 48 h suivant l'exposition. (Grade C) Au-delà de ce délai, et notamment sur la période allant de 48 à 72 h post exposition, les données de la littérature ne montrent pas de protection significative.

Molécules utilisées en TPE

Il n'y a pas de données dans la littérature montrant la supériorité d'une combinaison antirétrovirale sur une autre, et notamment pas de données comparant mono, bi et trithérapie.

Le choix de la trithérapie proposée en TPE se base sur les données de résistance du VIH-1 aux antirétroviraux en France, de barrière génétique du VIH à la résistance, d'activité anti-VHB de la combinaison, de tolérance, d'absence d'interactions médicamenteuses, de disponibilité, et de coût.

Le traitement post-exposition recommandé en 1^{re} intention est **l'association de ténofovir-disoproxil (TDF) (245 mg), lamivudine (3TC) (300 mg) ou emtricitabine (FTC) (200 mg) et de doravirine (DOR) (100 mg)**. (AE)

- Soit comprimé unique quotidien de TDF/3TC/DOR (245/300/100 mg). Cette option combine l'avantage du comprimé unique et d'un coût réduit.
- Soit 2 comprimés en une prise quotidienne de TDF/FTC (245/200 mg) et DOR (100 mg). Cette option a l'avantage d'un coût encore plus bas que le comprimé unique. Quand cela est souhaité, elle permet d'enchaîner sur la PrEP par TDF/FTC en supprimant simplement le comprimé de DOR.

En alternative, il peut être utilisé une association combinant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de l'intégrase, avec un coût plus élevé (AE) :

- TDF/FTC et dolutégravir (245/200 mg et 50 mg). Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de deux comprimés
- TDF/FTC et raltégravir (245/200 mg et 1200 mg). Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de trois comprimés
- TAF/FTC/bictégravir (25/200/50 mg). Cette option a l'avantage du comprimé unique mais c'est la combinaison la plus coûteuse.

Durée de traitement

La durée du TPE est de 30 jours (Grade C), incluant le « starter kit » quand il a été utilisé.

La bonne tolérance biologique des traitements antirétroviraux ne nécessite pas de surveillance biologique ou clinique spécifique au cours des 30 jours de traitement. (AE)

Bilan initial après un accident d'exposition

Le bilan biologique ne doit jamais retarder la mise en route du TPE quand celui-ci est indiqué. Il est donc possible d'instaurer le TPE avant la réalisation du bilan biologique, et avant l'obtention des résultats quand celui-ci a été réalisé précocement.

Toute exposition au sang ou sexuelle

Sérologie VIH

Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc (sauf si immunité antérieure documentée ou statut connu)

Sérologie VHC

En cas de TPE

ALAT

Créatinine + DFG

En cas d'exposition sexuelle

Sérologie syphilis

PCR chlamydia + gonocoque :

Frottis pharyngé (rapport oro-génital)

Frottis anal (rapport anal)

Auto-prélèvement vaginal ou 1^{er} jet d'urines (si pénis)

3. Quelles sont les modalités de suivi après un accident d'exposition au VIH, traité ou non ?

Afin de simplifier le suivi, il est recommandé un bilan biologique initial et un unique bilan de contrôle ultérieur, dont la temporalité dépend du type d'exposition et de l'éventualité d'enchaîner avec une PrEP du VIH. (AE)

En pratique :

Toutes les personnes présumées exposées doivent bénéficier d'un bilan initial. En l'absence d'indication à un TPE, ce bilan initial se limite à la recherche de virus VIH et des hépatites B et C (sérologies) et pour les expositions sexuelles, d'IST bactériennes (sérologie syphilis, PCR gonocoque et *Chlamydia*).

- Les personnes pour lesquelles on propose **une prescription de PrEP** à l'issue du TPE auront un bilan biologique à **4 semaines** de l'exposition, à la fin du traitement, permettant d'enchaîner directement TPE et PrEP
- **En l'absence de TPE et de risque d'hépatite***, le contrôle de la sérologie VIH et des IST se fera à **6 semaines** de l'exposition
- **En cas de TPE, mais sans que l'on ait retenu l'indication de PrEP, et sans risque d'hépatite**, le bilan VIH et IST sera réalisé à **10 semaines** de l'exposition (6 semaines après la fin du traitement)
- **Avec ou sans TPE, avec risque d'hépatite**, les contrôles VIH, IST et hépatites seront réalisés à **12 semaines**, afin de ne pas méconnaître l'apparition tardive des marqueurs de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Ces propositions sont adaptées à la majorité des situations, mais des contrôles supplémentaires peuvent être indiqués en fonction de situations spécifiques : personnes source connue vivant avec le VIH avec charge virale détectable, ou ARN VHC+, ou Ag HBs+.

Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé également à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE).

*Risque hépatite : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité.

Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle

		En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	En cas de TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Bilan initial	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+	+	+	+(2)
<input type="checkbox"/> ARN VIH		+/- (3)			
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHA		+(IgG)			+/- (4)
<input type="checkbox"/> ALAT	+(5)	+			+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+(5)	+			
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(5) Si TPE

(6) Pharyngé, anal, vaginal ou 1^{er} jet urinaire selon exposition

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang

		Avec ou sans TPE
Temporalité	Bilan initial	A S12 post-exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+ (1)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+	+/- (2)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+	+ (3)
<input type="checkbox"/> ALAT	+ (4)	+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+ (4)	
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (4, 5)	

(1) Pour les personnes ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(2) En cas de risque VHB : Ac anti-HBs négatifs au screening et personne non vaccinée

(3) En cas d'exposition à un sujet source ARN VHC+, un bilan plus précoce pourra être réalisé à S6 avec ALAT et charge virale VHC

(4) En cas de TPE

(5) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

4. Quelles articulations entre TPE et prévention préexposition du VIH (PrEP)

En cas de prescription d'un TPE chez une personne qui n'est pas encore sous PrEP, il est recommandé d'envisager au cas-par-cas 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)

En cas de défaut de prise de la PrEP et d'exposition au VIH, un TPE est indiqué si (AE) :

- En schéma continu par TDF/FTC, la PrEP a été prise moins de 6 fois dans les 7 derniers jours (rapports vaginaux réceptifs) ou moins de 4 fois dans les 7 derniers jours (rapports anaux)
- En schéma discontinu par TDF/FTC, la prise initiale s'est faite moins de 2 h avant la pénétration anale ou quand le premier comprimé post exposition n'a pas été pris dans les 28 h (4 h après l'heure recommandée) suivant la première prise
- En cas de PrEP par CAB-LP injectable, si la dernière injection date de plus de 10 semaines (soit 2 semaines de retard après la date théorique d'injection)

Dans les situations où la PrEP orale n'a pas été correctement prise et nécessite d'envisager un TPE dans les 48 h de l'exposition, et en cas d'impossibilité de consulter immédiatement pour un TPE, les personnes ayant avec elles des comprimés de TDF/FTC sont incitées à reprendre un traitement le plus rapidement possible, dans l'attente de la consultation permettant de prescrire le TPE. En effet, il n'y a pas d'argument dans la littérature indiquant que la bithérapie est inférieure à la trithérapie en TPE, et dans l'urgence il est probablement mieux de prendre une bithérapie immédiate plutôt que de ne rien prendre en attendant le 1er comprimé de trithérapie post-exposition.

5. Quelles sont les situations particulières nécessitant une approche spécifique en post exposition ?

Femmes enceintes ou allaitantes

Il n'y a pas de contre-indication au TPE pendant la grossesse ou l'allaitement. (Grade B)

Compte-tenu de l'absence de données concernant l'usage de la DOR ou du BIC chez la femme enceinte ou allaitante, on choisira en 1^{re} intention une association TDF/FTC+ DTG ou TDF/FTC+ RAL (en 2 prises de 400 mg/j).

Insuffisance rénale

Comme le TDF ne peut pas être utilisé quand le débit de filtration glomérulaire est ≤ 50 mL/min/1,73m², il est recommandé d'utiliser l'association BIC/FTC/TAF 50/200/25 mg en cas de $30 \leq \text{DFG} < 50$ mL/min/1,73m² et DTG 50 mg + DOR 100 mg en cas de $\text{DFG} < 30$ mL/min/1,73m² (cette dernière association est la seule à n'avoir aucune activité contre le VHB).

Violences sexuelles

Il est recommandé que les services qui reçoivent les victimes dans les suites immédiates de violences sexuelles les informent de l'existence du TPE. (AE) Il est recommandé que, chaque fois que les personnes ayant subi des violences le souhaitent, une consultation soit rapidement organisée avec un médecin qui discutera de l'indication du TPE et rassurera la victime sur le risque faible d'acquisition du VIH. Le TPE, s'il est prescrit, sera débuté dès que possible dans les 48 h après le viol. Le TPE peut contribuer à la réassurance de la victime dans un contexte de vulnérabilité psychique et cet élément doit être pris en compte dans la décision thérapeutique. (AE). La prise en compte de la nécessité d'un TPE doit s'intégrer dans un parcours de soins simplifié des victimes de violences sexuelles (AE), bien que le viol n'ait pas été identifié comme un facteur indépendant d'acquisition d'une infection par le VIH.

Présentation tardive (au-delà de 48 h) :

Le TPE doit être instauré le plus tôt possible, idéalement dans les 4 h, et jusqu'à 48 h suivant l'exposition. (Grade C) Au-delà de ce délai, et notamment sur la période allant de 48 à 72 h post exposition, les données de la littérature ne montrent pas de protection significative. (Grade C)

Enfants

En cas d'indication de TPE chez un enfant au-delà de l'âge de 12 ans et d'un poids de plus de 35 kg, le choix peut se porter sur l'association TDF/3TC/DOR comme chez l'adulte, ou l'association BIC/FTC/TAF. (AE)

Chez l'enfant de moins de 12 ans, les formes pédiatriques de BIC/FTC/TAF sont à privilégier.

6. Que proposer comme circuit de prise en charge ?

Il est recommandé que des kits de démarrage de traitement antirétroviral soient disponibles dans les lieux habilités à prescrire les antirétroviraux et accessibles 24 h/24 et 7 j/7. (Grade C) Ce kit doit contenir le nombre de comprimés correspondant à un traitement pour un délai maximal d'accès au service référent dans le contexte local (entre 3 et 5 jours). Ces kits doivent être disponibles dans tous les services d'urgence. (AE) Il est recommandé que ce kit d'urgence tienne compte des données de stabilité disponibles en cas de déconditionnement, et qu'il corresponde le plus souvent au traitement qui sera prescrit après évaluation par un service expert. (AE)

Compte tenu des contraintes pesant sur les urgences, le démarrage du TPE ne doit pas être conditionné à un entretien médical préalable et une délégation des tâches (protocole de coopération médecin/infirmier) peut être utilisée. (AE)

Le bilan biologique initial standardisé peut être réalisé soit aux urgences soit dans la structure d'aval qui assurera le suivi de la personne sous TPE en fonction des contraintes et organisations locales. **Il n'est pas un prérequis au démarrage du TPE. (Grade C)**

7. Quels sont les autres risques à prendre en compte en post-exposition ?

Hépatites

Vaccination contre le VHB

Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une vaccination doit lui être proposée et initiée immédiatement, si possible sur place, le plus tôt possible après l'exposition. (Grade A)

Il est recommandé d'organiser la suite de la vaccination dans les conditions les plus adaptées aux contraintes de la personne, et de s'assurer qu'elle complète son schéma vaccinal, en la rappelant au besoin.

En cas d'antécédent de vaccination B, si le taux d'Ac anti-HBs est <10 UI/L, une nouvelle dose de vaccin (« booster ») peut être proposée (sauf si antécédent, quel que soit son ancienneté, d'Ac anti HBs ≥ 100 UI/L, cf. infra). Un contrôle du taux d'anticorps sera réalisé 4 semaines plus tard (AE). En cas d'Ac anti-HBs >10 UI/L sur ce contrôle, il ne sera pas nécessaire de refaire de doses ultérieures. Il est recommandé de s'assurer que la personne consulte un professionnel de santé pour le contrôle sérologique et l'éventuel complément de schéma vaccinal, en la rappelant au besoin.

Immunoglobulines anti-VHB

L'injection d'immunoglobulines anti-VHB est disponible en milieu hospitalier : elle n'est recommandée que si la personne source a un Ag HBs positif documenté, et en l'absence d'immunité vaccinale de la personne exposée. (Grade B) Il est recommandé de réaliser l'injection dans les 72 h suivant l'exposition et toujours avant le 7^e jour post-exposition. (AE) Cette injection n'est pas nécessaire si la charge virale B de la personne source Ag HBs+ est connue comme étant indétectable.

Un antécédent, quel que soit son ancienneté, d'Ac anti HBs ≥ 100 UI/L de la personne exposée immunocompétente est une garantie de protection à vie vis-à-vis de l'hépatite B et dispense de l'injection d'immunoglobulines intraveineuses et de la vaccination, quel que soit le statut de la personne source. (Grade A)

Hépatite C

Il n'est pas recommandé d'instaurer un traitement post-exposition actif sur l'hépatite C, quel que soit le type d'exposition (professionnelle ou sexuelle) et quel que soit le statut sérologique et virologique de la personne source. (AE) Le suivi sérologique et/ou par une charge virale C des personnes exposées permettent d'établir un diagnostic précoce des rares contaminations, rapidement éradiquées par un traitement antiviral direct.

IST bactériennes

La doxycycline 200 mg en monodose prise dans les 72 h suivant un rapport sexuel non protégé par un préservatif a montré son efficacité sur l'incidence des IST (syphilis et *Chlamydia trachomatis*) chez les HSH et femmes transgenres vivant avec le VIH ou sous PrEP et ayant un diagnostic d'IST dans les 12 derniers mois. (Grade A) L'efficacité sur les infections symptomatiques et les

complications secondaires n'est pas connue mais probablement très faible dans une population bien dépistée. L'impact à long terme de son utilisation en prophylaxie, notamment sur les résistances bactériennes, est encore mal connu.

La doxycycline en prévention des IST bactériennes n'est pas recommandée après un accident d'exposition sexuelle. (AE)

Un dépistage des IST sera prescrit lors du bilan de suivi (cf. question 3).

La prévention des IST dans un contexte d'exposition sexuelle est traitée à part dans les recommandations. Dans un contexte d'évolution rapide des connaissances et des données d'études cliniques sur le sujet, il est nécessaire de se référer à ces recommandations spécifiques.

Contraception

Il est recommandé de délivrer une contraception d'urgence de son choix à toute femme qui le souhaite. (AE)

Il est recommandé d'évaluer l'utilisation d'une méthode contraceptive au cours des 7 jours précédant le rapport sexuel lorsqu'une femme en âge de procréer consulte pour un accident d'exposition sexuelle. (AE)

Le dispositif intra-utérin au cuivre est une contraception très efficace qui joue à la fois le rôle de contraception post-exposition dans les 5 jours suivant un rapport sexuel et de contraception régulière ensuite. (Grade A) Il est recommandé aux structures d'aval en charge des TPE (CeGIDD et services de maladies infectieuses notamment) d'être organisées pour proposer cette contraception d'urgence dans les 5 jours suivant l'exposition, ce qui implique une dotation en dispositifs, la disponibilité de professionnels formés à leur pose, ou un partenariat avec un centre de santé sexuelle.

Lorsque la contraception post-exposition choisie est une contraception orale, il est recommandé de proposer aux femmes une consultation ultérieure avec un professionnel de santé libéral ou en structure dédiée, pour les informer sur les méthodes contraceptives disponibles et leur permettre de choisir celle qui leur convient. (AE)

Dans tous les cas, il est recommandé d'informer les femmes que les contraceptions post-expositions ne sont pas efficaces à 100% et de leur remettre un test urinaire de grossesse à réaliser en cas de retard de règles. (AE)

Mineurs

Lorsqu'on reçoit un mineur pour un TPE, il est recommandé de s'assurer qu'il ne subit pas de violence dans le cadre de sa sexualité et que celle-ci est librement consentie. Toute atteinte sexuelle (viol si pénétration) commise par un majeur sur un mineur de moins de quinze ans est réputée non consentie, sans avoir besoin qu'il y ait eu violence, contrainte, menace ou surprise, sauf si l'écart d'âge est inférieur à quatre ans³

Si un mineur est exposé à des violences ou atteintes sexuelles, ou s'il est en danger dans le cadre de sa sexualité, il est obligatoire de prendre des mesures de protection : information préoccupante ou signalement direct au procureur en fonction du niveau de danger⁴

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043403203>

⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137055

8. Quelles évolutions pourraient faciliter l'accès au TPE ?

Nous recommandons que les kits de démarrage de 3-5 jours du TPE soient accessibles en pharmacie d'officine, sans consultation médicale préalable, sur le modèle du dispositif actuel de délivrance de la contraception orale d'urgence (AE), et qu'ils puissent être délivrés par des acteurs de proximité, sur le modèle de la pratique des TROD. (AE) La délivrance élargie de ce kit devrait être associée à une réévaluation médicale dans les 5 jours.

Nous recommandons que l'autorisation de prescrire le TPE soit étendue à tous les médecins, comme pour la PrEP. Nous recommandons qu'elle soit également **étendue à toutes les sage-femmes** (AE) et que tous les centres de santé sexuelle puissent délivrer les kits et prescrire le TPE.

Nous recommandons que la possibilité de délivrer un TPE aux mineurs sans consentement parental soit clairement établie, au moins pour les services d'urgences, les CeGIDD, les centres de santé sexuelle et les services hospitaliers spécialisés et en toute confidentialité. Ces mesures doivent être assorties d'une garantie pour le bénéficiaire mineur qu'aucun décompte ne sera envoyé à l'assuré, et aucune information délivrée aux parents. (AE)

Nous recommandons que les services d'urgence s'organisent pour que la délivrance du kit de démarrage puisse se faire directement par les infirmières d'accueil et d'orientation, dans le cadre d'un protocole écrit interne au service d'urgences sous la responsabilité du médecin, sans recours systématique à un avis médical initial. L'indication devra être réévaluée dans les 5 jours par un médecin compétent dans le domaine du TPE. (AE)

Nous recommandons que les CeGIDD et les centres de santé sexuelle puissent disposer des budgets suffisants pour prendre en charge le coût du TPE et de sa surveillance pour les personnes mineures et pour les personnes ne disposant pas d'assurance maladie. (AE)

9. Annexes : fiches pratiques

9.1. Fiche pratique n°1 : Bilan initial en cas d'accident d'exposition

Toute exposition au sang ou sexuelle

Sérologie VIH

Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc (sauf si immunité antérieure documentée ou statut connu)

Sérologie VHC

En cas de TPE

ALAT

Créatinine + DFG

En cas d'exposition sexuelle

Sérologie syphilis

PCR chlamydia + gonocoque :

Frottis pharyngé (rapport oro-génital)

Frottis anal (rapport anal)

Auto-prélèvement vaginal ou 1^{er} jet d'urines (si pénis)

9.2. Fiche pratique n°2 : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition

9.2.1. Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle

		En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	En cas de TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Bilan initial	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+	+	+	+ (2)
<input type="checkbox"/> ARN VIH		+/- (3)			
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHA		+ (IgG)			+/- (4)
<input type="checkbox"/> ALAT	+	+			+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+ (5)	+			
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	+ (5)	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(5) Si TPE

(6) Pharyngé, anal, vaginal ou 1^{er} jet urinaire selon exposition

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

9.2.2. Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang

		Avec ou sans TPE
Temporalité	Bilan initial	A S12 post-exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+ (1)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+	+/- (2)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+	+ (3)
<input type="checkbox"/> ALAT	+ (4)	+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+ (4)	
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (4, 5)	

(1) Pour les personnes ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

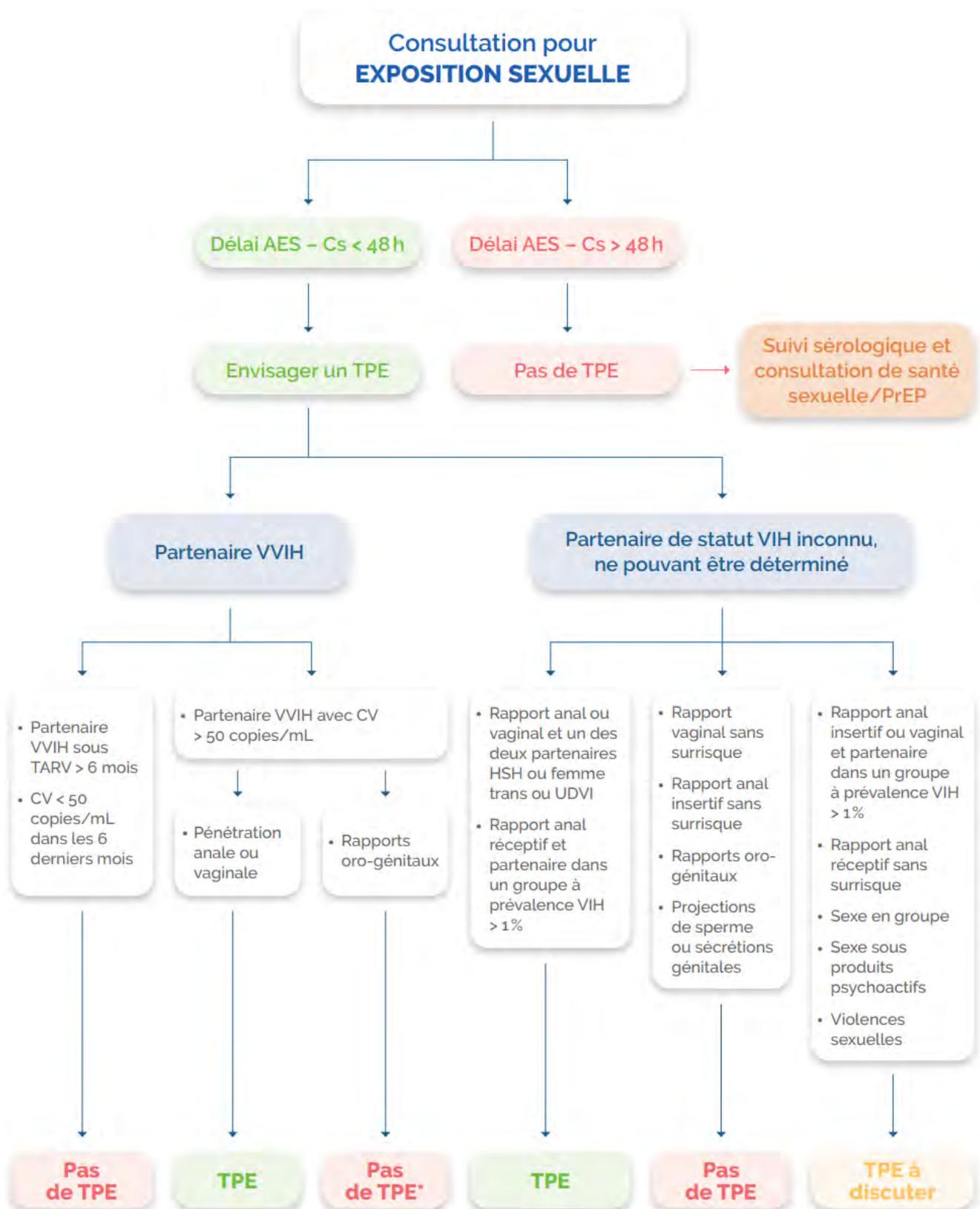
(2) En cas de risque VHB : Ac anti-HBs négatifs au screening et personne non vaccinée

(3) En cas d'exposition à un sujet source ARN VHC+, un bilan plus précoce pourra être réalisé à S6 avec ALAT et charge virale VHC

(4) En cas de TPE

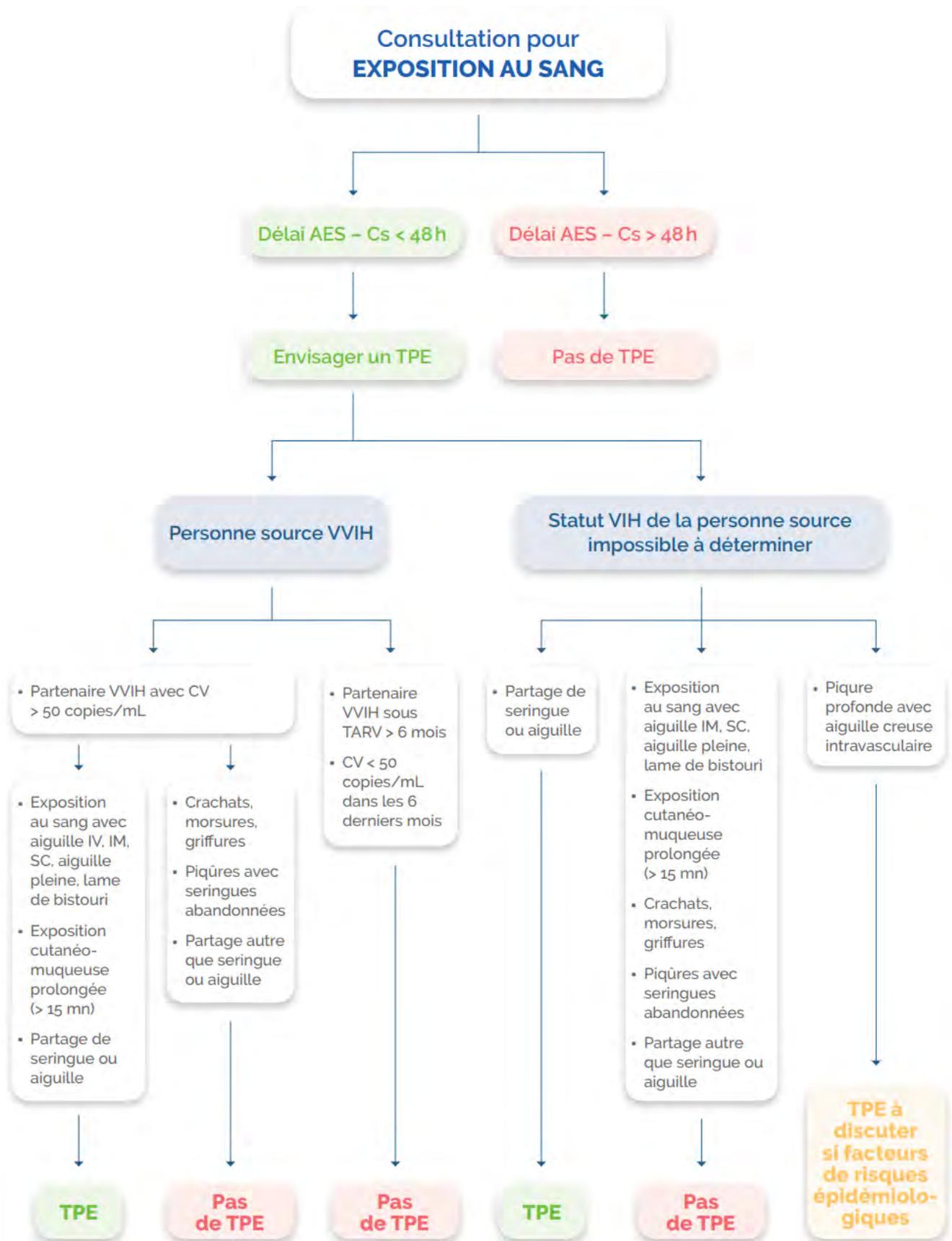
(5) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

9.3. Fiche pratique n°3 : Indications du TPE en cas d'accident d'exposition sexuelle



* Sauf fellation réceptive et charge virale documentée > 1000 copies/mL chez le sujet source

9.4. Fiche pratique n°4 : Indications du TPE en cas d'accident d'exposition au sang



9.5. Fiche pratique n° 5 : Exemple de constitution de kit d'urgence et note d'information

Composition du kit de traitement post exposition :

5 comprimés de TDF/3TC/DOR (*reconditionnés*), (ou 3 comprimés si l'organisation locale permet une consultation spécialisée dans ce délai, dans ce cas adapter la note d'information ci-dessous)

Note d'information pour les patients

+/- Flyers d'informations (Sida Info Service ou autre)

Note d'information aux patients :

Madame, Monsieur,

Vous avez potentiellement été exposé au VIH depuis moins de 48 h.

Il existe un traitement qui permet de diminuer le risque d'infection par ce virus.

Ce kit d'urgence vous permet d'attendre votre consultation dans un centre référent qui devra être faite dans les 5 prochains jours. En fonction de votre exposition, le médecin confirmera la nécessité de poursuivre ou pas ce traitement pendant un mois.

Les centres référents de notre ville sont les suivants :

- Centre 1 : coordonnées / tel / horaire
- Centre 2 : ...

Vous disposez de 5 comprimés, le premier est à prendre le plus rapidement possible (avec ou sans repas) puis poursuivre un comprimé par jour, si possible au même moment de la journée.

Si vous avez des problèmes rénaux ou si vous avez déjà fait une allergie à un traitement contre le VIH, merci de nous le signaler.

Ce traitement donne parfois des troubles digestifs, mais ils sont en général de faible intensités et transitoires. En cas d'intolérance empêchant de prendre le traitement (vomissements par exemple), vous devez reconsulter en urgence pour adaptation du traitement (toute interruption du traitement exposerait au risque qu'il perde son efficacité préventive).

9.6. Fiche pratique n°6 : Ressources d'information en cas d'accident d'exposition au VIH, VHB ou VHC

Sida Info Service (tél : 0 800 840 840) :

<https://www.sida-info-service.org/dossier-tpe-pep/>

Association AIDES :

<https://www.aides.org/les-outils-de-prevention>

CRIPS Ile-de-France (centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes) :

<https://www.lecrips-idf.net/vih-sida-traitement-post-exposition>

Question Sexualité (portail dédié à la sexualité des français) :

<https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-moyens-de-protection/que-faire-en-cas-d-urgence-apres-une-exposition-au-vih>

GERES (Groupe d'Etude sur le risque d'exposition des soignants) :

<https://www.geres.org/que-faire-en-cas-daes/>

Sexpoz (outil numérique pour guider le public et les professionnels de santé en cas de risque d'exposition sexuelle) :

<https://sexpoz.vihack.fr/>

10. Participants

10.1. Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

10.2. Groupe de travail

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes – Pilote du Groupe PrEP - TPE

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

Dr Éric Cua, infectiologue, CHU de Nice

M. Paul-Emmanuel Devez, représentant associatif, Sida et Hépatites Info Service, TRT-5 CHV

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

M. Etienne Fouquay, représentant associatif, AIDES, TRT-5 CHV

Dr Pauline Penot, interniste, CeGGID, CH de Montreuil

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

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

Dr Jérémy Zeggagh, infectiologue, AP-HP Hôpital St Louis, Paris

10.3. Auditions

Dr Béatrice Carton, médecin en milieu pénitentiaire, CH de Versailles

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

Dr Patrice Muret, pharmacologue, CHU de Besançon

10.4. Groupe de lecture

Dr Clotilde Allavena, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Jonathan Béasse, médecin généraliste, sexologue, Irodouër

Pr Charlotte Charpentier, virologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe

Dr Ophélie Dos Santos, infectiologue, CH de Chambéry

Dr Cédric Etienne, infectiologue, CeGIDD, CH de Grasse

Dr Guillaume Fatscher, médecin généraliste, Paris

Pr Sébastien Gallien, infectiologue, AP-HP Hôpital Henri Mondor, Créteil

Dr Pierre Gantner, virologue, CHU de Strasbourg

Dr Mélanie Goument, urgentiste, CHU de Nantes
Dr Mojgan Hessamfar, coordinatrice médicale du COREVIH Nouvelle Aquitaine, Bordeaux
Mme Sarah Lablotiere, association AIDES, Marseille
Mr Joseph Larmarange, directeur de recherche en démographie et santé publique, IRD, Paris
Dr Audrey Lehmann, pharmacienne, CHU de Grenoble
Pr Paul Loubet, infectiologue, CHU de Nîmes
Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
Dr Jérémie Pasquier, CeGIDD, CH de Lorient
Dr Patrick Philibert, infectiologue, Hôpital Européen, Marseille
Dr Pascal Pugliese, médecin généraliste, président du COREVIH PACA-Est, Nice
Mr Vincent Péchenot, le Spot, association AIDES, Montpellier
Mme Yael Stehr, sage-femme, Paris
Pr Pierre Tattevin, infectiologue, CHU de Rennes
Dr Axel Ursenbach, infectiologue, CHU de Strasbourg
Dr Cécile Vallot, urgentiste, CH d'Annecy
Mr Viet Tong, association ENIPSE

10.5. 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

10.6. Remerciements

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

11. Abréviations et acronymes

Ac	Anticorps
Ag	Antigène
ALAT	Alanine amino-transférase
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviraux
BIC	Bictégravir
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
CPEF	Centre de planification ou d'éducation familiale
CSS	Centre de santé sexuelle
CV	Charge virale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DOR	Doravirine
DTG	Dolutégravir
EVARS	Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle
FTC	Emtricitabine
HAS	Haute autorité de santé
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Ig	Immunoglobulines
IM	Intramusculaire
IST	Infection sexuellement transmissible
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
RAL	Raltegravir
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SC	Sous-cutané
TAF	Tenofovir alafenamide
TARV	Traitement antirétroviral

TDF	Tenofovir disoproxyl fumarate
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
3TC	Lamivudine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

