

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION
.....

**Parcours de soins
et suivi de l'adulte
vivant avec le 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	Parcours de soins et suivi des adultes vivant avec le VIH
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Actualiser les recommandations du suivi des adultes vivant avec le VIH
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : personnes vivant avec le VIH (PVVIH) adultes Professionnels concernés par le thème : infectiologues, internistes, généralistes, médecins de santé publique, tout professionnel de santé impliqué dans le suivi des PVVIH Associations de patients
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	Groupe de travail sous la direction du Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux : Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis ; Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe ; Dr Nathalie De Castro, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris ; Pr Maxime Hentzien, infectiologue, CHU de Reims ; Dr Mojgan Hessamfar-Joseph, médecin de santé publique, CHU de Bordeaux ; Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier ; Madame Hélène Meunier, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV ; Pr Olivier Robineau, infectiologue, CHU de Tourcoing.
Conflits d'intérêts	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.
Validation	Version du [28/06/2024]
Actualisation	Version du 20 novembre 2024
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

ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

Préambule	5
1. Prise en charge initiale	7
1.1. Accès aux droits	7
1.2. Demande d'exonération du ticket modérateur	7
1.3. Déclaration obligatoire	7
1.4. Évaluation clinique et paraclinique initiale permettant de définir un parcours de soins personnalisé	7
1.4.1. Evaluation Clinique	7
1.4.2. Bilan paraclinique et pré thérapeutique initial	9
2. Les mesures associées	11
2.1. L'éducation thérapeutique	11
2.2. Les mesures hygiéno-diététiques	13
2.3. L'évaluation des addictions et consommations à risque [alcool/toxiques/tabac]	13
3. Prise en charge thérapeutique	14
3.1. Suivi thérapeutique initial	14
3.2. Suivi thérapeutique au long cours	14
3.2.1. Bilan biologique intermédiaire	15
3.3. Bilan annuel	16
4. Un parcours de soins personnalisé	20
4.1. Une prise en charge et un parcours de soins dans les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère)	20
4.2. Une prise en charge dans un parcours de soins adapté aux situations complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associée, présence de vulnérabilités, etc...)	20
4.3. Un parcours de soins ville-hôpital	20
4.4. Des aides au suivi à optimiser	21
4.4.1. Médiation en santé	21
4.4.2. Des protocoles de coopération à développer	21
4.4.3. Place des infirmiers en pratique avancée	21
5. Schéma de dépistage et diagnostic précoce des comorbidités	22
Participants	23
Abréviations et acronymes	25

Préambule

Une population vieillissante

Plus de 40 ans après la description des premiers cas de SIDA, le spectre de l'épidémie a bien changé dans les pays occidentaux puisque les cas de SIDA maladie ne représentent qu'une infime proportion des causes de décès et de morbidité. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), quel que soit leur âge au moment de l'infection, vieillissent sous traitement antirétroviral (ARV) avec une espérance de vie proche de celle de la population générale pour ceux ayant initié le traitement précocement et qui maintiennent un succès immunovirologique prolongé sous ARV. Désormais, les principaux déterminants de l'espérance de vie ne sont pas liés à l'infection par le VIH elle-même mais à des facteurs également présents dans la population générale, souvent liés à des critères sociaux.

Une prévalence des comorbidités croissantes

Si le contrôle de la charge virale (CV) VIH plasmatique est obtenu dans la vaste majorité des cas, les problématiques cumulées dans le temps, liées à l'infection chronique, au vieillissement, aux effets indésirables des médicaments, à l'exposition accrue à des facteurs de risque cardiovasculaires, de cancers et à des situations psychosociales parfois complexes, mettent en difficultés les praticiens confrontés à la prise en charge de ces personnes, mais aussi l'organisation actuelle de notre système de soins.

Une santé mentale qui reste altérée et des conduites addictives fréquentes

La santé mentale reste très fragile parmi les PVVIH. Si des chiffres globaux sont difficiles à préciser faute d'homogénéité des cohortes et des mesures, une atteinte de la santé mentale se manifestant par la présence de symptômes anxieux ou dépressifs, ou encore un syndrome de stress post-traumatique est généralement rapportée chez près de la moitié des personnes et impacte de façon significative la qualité de vie les PVVIH.

Des discriminations persistantes

La stigmatisation des PVVIH existe depuis le début de l'épidémie. En 2011 dans l'étude française ANRS-VESPA2, 43,9% des PVVIH ressentaient une « discrimination » en rapport avec leur séropositivité (pour reprendre les termes utilisés par les auteurs). En 2018-2020, 32,4 % des PVVIH interrogées dans la cohorte ANRS CO3 Aquivih NA ressentaient toujours une « stigmatisation » qui constitue un déterminant majeur du syndrome dépressif. La lutte contre les stigmatisations des PVVIH doit donc rester un objectif prioritaire et spécifique pour envisager une diminution du syndrome dépressif et une amélioration de leur qualité de vie.

Une meilleure prise en compte du concept de qualité de vie

L'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». La notion de qualité de vie liée à la santé (QdVLS) vise à resserrer cette définition parfois considérée comme trop floue. Celle-ci se définit par « la perception par le patient de l'effet de la maladie et du traitement sur les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la vie ».

De nombreuses expériences ont été conduites en France autour de différentes thématiques (intervention chirurgicale, maladies chroniques, soins palliatifs) mais sont plus rares dans le domaine de l'infection par le VIH.

La prise en compte des Patients Reported Outcomes (PROs), au-delà d'une prise en charge plus systématique de la santé mentale mais aussi de la santé sexuelle, représente un enjeu important pour l'amélioration de l'état de santé des PVVIH.

Le renforcement de l'accompagnement psycho-social, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les possibilités de prise en charge psychologique et sociale dans les centres et les associations prenant en charge les PVVIH apparaissent toujours des éléments clés dans cette objectif d'améliorer la qualité de vie.

1. Prise en charge initiale

1.1. Accès aux droits

1. Lors de prise en charge initiale, il est recommandé de s'assurer que la PVVIH bénéficie d'une couverture maladie [droit commun, protection universelle maladie (PUMA), aide médicale d'état (AME), autres] et dispose si possible d'une mutuelle. (AE)

1.2. Demande d'exonération du ticket modérateur

2. La demande d'exonération du ticket modérateur (ALD n° 7 – Infection par le VIH), doit au mieux être faite par le médecin traitant déclaré. En l'absence de médecin traitant, le médecin spécialiste peut en faire la demande temporaire, dans l'attente pour la personne de trouver un médecin traitant. (AE)
3. Un protocole de soins doit être rempli sur l'imprimé ad hoc (cerfa n°11626*04), mentionnant le diagnostic d'infection par le VIH assortie des résultats du bilan immunovirologique (nombre de CD4 et charge virale) ainsi que les comorbidités et complications éventuelles pour permettre une prise en charge à 100% de ces affections. (AE)

1.3. Déclaration obligatoire

4. Le clinicien et le biologiste doivent compléter la déclaration obligatoire et anonymisée de l'infection par le VIH et doivent en informer la personne ayant appris sa séropositivité. (AE)

Les informations doivent être transmises indépendamment par chaque co-déclarant (biologiste puis clinicien) via l'application e-DO dédiée à la déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du SIDA : <http://www.e-do.fr/>.

1.4. Évaluation clinique et paraclinique initiale permettant de définir un parcours de soins personnalisé

1.4.1. Evaluation Clinique

5. Après la confirmation de positivité d'un test de dépistage, le bilan initial de l'infection VIH, des affections associées et le bilan pré-thérapeutique doivent pouvoir être organisés rapidement. (Grade A)
6. Par ailleurs, il est recommandé de s'enquérir des personnes de l'entourage que le patient souhaite informer de sa situation médicale dans le respect de la confidentialité. (AE)
7. Il est également nécessaire d'aborder la question du dépistage du/des partenaires actuels et antérieurs (Grade A), avec un encouragement à l'information du/des partenaires de l'infection.

8. L'interrogatoire doit permettre en particulier (AE) :

- de rechercher l'historique de l'infection et de recueillir des manifestations cliniques passées ou présentes potentiellement en lien avec l'infection par le VIH : symptômes compatibles avec une primo-infection, signes cliniques d'évolutivité (fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée, perte de poids...)
- de rechercher dans les antécédents médicaux :
 - l'historique des tests VIH antérieurs
 - des infections sexuellement transmissibles (IST), des infections opportunistes mineures (zona, candidose récidivante, pneumonie, salmonellose...)
 - les autres antécédents et les allergies
 - les traitements habituels
 - les vaccinations réalisées, notamment celles contre les hépatites A et B, le pneumocoque, la grippe, l'HPV, le méningocoque, la variole, le COVID-19 et celles pratiquées en fonction des séjours en pays tropicaux
- d'évaluer la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments et de substances psychoactives
- de rechercher des symptômes d'anxiété, de syndrome de stress post-traumatique ou dépressif
- de préciser le contexte de vie familiale, relationnelle et professionnelle, l'état de santé sexuelle, la prise de contraception, le désir d'enfant, le statut virologique du ou des partenaire(s) quand il est(ont) identifié(s)
- de réaliser un bilan social (score EPICE), du statut professionnel, de préciser les conditions de ressources et de logement en mobilisant les travailleurs sociaux le cas échéant.

9. L'examen clinique complet doit comporter en particulier (AE) :

- l'enregistrement du poids actuel et du poids de forme [ou poids usuel], pour apprécier le pourcentage d'amaigrissement éventuel, de la taille et de l'index de masse corporelle : $IMC = \text{poids (en kg)} / \text{taille (en m}^2\text{)}$, normale : 20 à 25 kg/m²
- le tour de taille [qui s'effectue à l'aide d'un mètre de couturière placé horizontalement à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque après une expiration normale du patient] et le tour de hanches
- la mesure de la tension artérielle
- la recherche d'adénopathies et d'une organomégalie
- l'examen soigneux de la cavité buccale permettant d'évaluer l'état buccodentaire et de rechercher :
 - des molluscum contagiosum et condylomes
 - des lésions de maladie de Kaposi
 - une candidose oropharyngée
 - une leucoplasie orale chevelue le long des bords latéraux de la langue
 - des lésions herpétiques ou un chancre d'inoculation
- l'examen des organes génitaux externes et de la marge anale [condylomes, ulcérations...]. La présence de symptômes au niveau anal (douleur, saignement, nodule..) doit être recherché et nécessite le recours à une consultation proctologique.

1.4.2. Bilan paraclinique et pré thérapeutique initial

10. Tableau 1 : Bilan paraclinique et pré thérapeutique initial d'un adulte vivant avec le VIH (AE)

- Sérologie VIH : un test ELISA de 4^e génération et de confirmation par Western Blot avec différenciation VIH-1/VIH-2
- Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8
- Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)
- Test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase, intégrase) et détermination du sous-type VIH-1
- Hémogramme avec plaquettes
- Transaminases, γ GT
- Créatininémie et estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique : cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides
- Recherche d'une albuminurie par le dosage du rapport albuminurie/créatininurie
- Marqueurs de l'hépatite virale B : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc
- Sérologie de l'hépatite virale C
- Sérologie de l'hépatite virale A [IgG]
- Sérologie de la syphilis
- Prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydia, gonocoque) au niveau anal, urinaire, vaginal, pharyngé à adapter selon l'exposition au risque d'IST.

11. Tableau 2 : Bilan initial complémentaire en fonction des populations (AE)

- **Chez les femmes** : consultation gynécologique avec cytologie cervicovaginale à partir de 25 ans et test HPV-HR par PCR à partir de 30 ans
- **Chez les HSH de plus de 30 ans ; femmes aux antécédents de lésions précancéreuses vulvaires ou cervicales (HSIL ou CIN2), femmes transplantées depuis plus de 10 ans** : PCR HPV-16 anale
- **Chez les patients provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse et / ou en situation de précarité sociale** :
 - Radiographie thoracique
 - Test IGRA pour le dépistage de la tuberculose latente - à répéter une fois les CD4 restaurés >200/ μ L en cas de lymphopénie initiale
- **Si CD4 <200/ μ L**
 - Sérologie de la toxoplasmose
 - Antigénurie ou antigénémie histoplasmoses (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Si CD4 <100/μL (<i>en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/μL</i>)<ul style="list-style-type: none">- Dosage de l'antigène cryptococcique- Sérologie CMV et si sérologie positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Si traitement par abacavir envisagé : Recherche de l'allèle HLA-B*5701 |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Si >50 ans : cf dépistage des comorbidités dans le bilan de suivi |

2. Les mesures associées

2.1. L'éducation thérapeutique

« La HAS définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme une démarche visant à aider les personnes à acquérir, développer, ou maintenir les compétences dont elles ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle doit s'inscrire dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale, et être centrée sur le patient. L'ETP se définit comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins ». (Circulaire DGS 2009).

- 12.** L'ETP ne se limite pas aux situations complexes, ni aux personnes en situation d'échec thérapeutique ou présentant une difficulté particulière.

Elle doit au contraire s'ouvrir à l'ensemble des patients afin de proposer un accompagnement en santé qui repère et anticipe les problématiques à venir pour en réduire l'impact. (AE)

- 13.** Dans le cas du VIH, il reste primordial de proposer d'intégrer un programme d'ETP dès le diagnostic d'une infection par le VIH, pour accompagner l'initiation du traitement, aborder les aspects de santé sexuelle (prévention diversifiée du risque de transmission, IST, qualité de vie affective et sexuelle), ainsi qu'en cas de désir de grossesse. Les offres d'ETP sont inégalement réparties sur le territoire et peu connues, à la fois des usagers et des professionnels et doivent être encouragées, y compris hors de l'hôpital. (AE)

Différentes thématiques transversales peuvent être abordées auprès de PVVIH au cours d'une ETP initiale ou de renforcement (liste non exhaustive) :

- Mise en place du traitement ARV
- Modification d'un traitement
- Impact d'éventuelles coinfections par les virus des hépatites
- Gestion des comorbidités ; stress, dépression, anxiété
- Prévention et promotion en santé affective et sexuelle
- Désir de grossesse, parentalité
- Addictions : tabac, alcool, médicaments, substances psychoactives
- Nutrition, activité physique
- Discriminations, stigmatisations, isolement
- Estime de soi, image de soi
- Communication avec l'entourage autour de l'annonce et/ou de la maladie, soutien de l'entourage
- Vécu avec la/les pathologie(s), échanges entre pairs
- Connaissance des droits sociaux et de santé...

14. Le recueil des Patient-Reported Outcomes (PRO) constitue un outil pertinent pour évaluer la qualité de vie en santé des patients, leur particularité étant de se fonder directement sur les déclarations des personnes elles-mêmes. (AE)

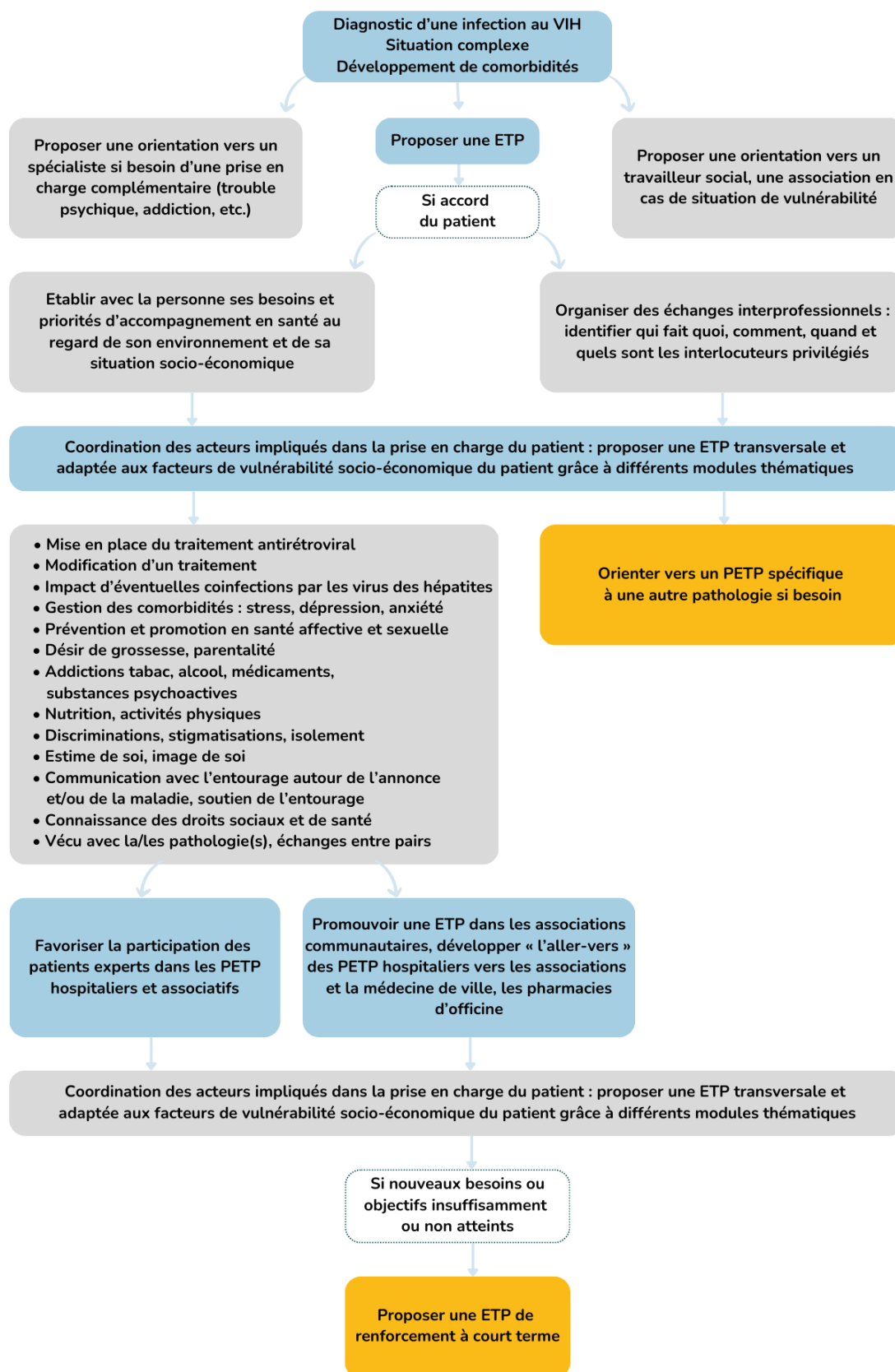


Figure 1: Education thérapeutique chez les PVIH

2.2. Les mesures hygiéno-diététiques

15. Il est recommandé de réaliser de façon systématique une évaluation diététique et de l'activité physique. (Grade A) Les erreurs diététiques telles que l'absorption excessive d'alcool, de produits sucrés ou de graisses d'origine animale doivent être recherchées et corrigées.
16. Il est recommandé d'inciter à la pratique d'un exercice physique régulier. (Grade A) La reprise d'activité physique doit être précédée d'une épreuve d'effort chez les personnes de plus de 50 ans ou à risque vasculaire.

2.3. L'évaluation des addictions et consommations à risque [alcool/toxiques/tabac]

17. Le dépistage et une proposition systématique de prise en charge des addictions éventuelles doivent être effectués lors de la prise en charge initiale de la PVVIH et tout au long de son suivi. (Grade A)
18. Il est recommandé de s'appuyer sur des questionnaires de consommation (AUDIT ou FACE pour l'alcool, Fagerström pour le tabac, CAST pour le cannabis), au mieux au cours du remplissage des PRO, de façon régulière, tout au moins au cours du bilan annuel de synthèse. (AE)

En milieu ambulatoire, la prise en charge initiale est assurée en premier lieu par le médecin généraliste qui peut orienter le patient dans le système de soins, en fonction des ressources et équipes disponibles (par exemple IDE Asalee dans les MSP/CPTS pour la prise en charge du tabagisme et des troubles de l'usage de l'alcool et du cannabis).

Les structures de recours du dispositif médicosocial sont les centres de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie (CSAPA), et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

En milieu hospitalier, il faudra recourir aux structures d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 (ELSA – Équipe de liaison et de soins en addictologie, CSAPA hospitaliers, hôpitaux de jour d'addictologie, unités d'hospitalisation MCO et/ou SMR).

3. Prise en charge thérapeutique

19. Il est recommandé que le traitement ARV soit mis en œuvre dès que possible, au mieux dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection, en respectant le temps de réflexion du patient, ses possibilités de prendre le traitement et les caractéristiques de l'infection. Selon les situations, le traitement peut être débuté immédiatement, le jour de la première consultation spécialisée, ou à l'inverse différé, au-delà des 14 jours suivant l'annonce (cf chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »). (Grade A)
20. Le choix du premier traitement ARV doit être effectué par un médecin hospitalier spécialisé dans la prise en charge des PVVIH, ou par le médecin généraliste qui en a les compétences. (Grade A)

3.1. Suivi thérapeutique initial

21. Tableau 3 : Suivi thérapeutique initial (Grade A)

Le premier traitement ARV doit permettre de rendre la charge virale (CV) <50 copies/mL en 6 mois.

Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale plasmatique :

- à M1, date à laquelle la CV doit avoir baissé d'au moins 2 log₁₀ copies/mL;
- à M3, date à laquelle la CV doit être <400 copies/mL;
- à M6, date à laquelle la CV doit être <50 copies/mL.

22. La non-atteinte des objectifs intermédiaires nécessite un contrôle de l'ARN VIH dès que possible et de rechercher systématiquement une observance incomplète, des interactions médicamenteuses, ou un sous-dosage des ARV et de corriger sans délai la cause identifiée. (Grade A)

3.2. Suivi thérapeutique au long cours

23. Après l'obtention d'une charge virale indétectable, des visites semestrielles sont recommandées, intercalées avec le bilan annuel de synthèse. (AE)

La fréquence des visites pour les PVVIH dont le nombre de CD4 est <500/μL et l'ARN VIH indétectable est au minimum semestrielle, mais peut être rapprochée en fonction des comorbidités, du nombre absolu ou de la cinétique des lymphocytes CD4 et du risque d'exposition aux IST.

Les visites systématiques de suivi au long cours ont pour objectifs de :

- s'assurer du maintien de la charge virale VIH plasmatique à un niveau indétectable;
- s'assurer de la bonne observance et tolérance clinique et biologique du traitement ARV;

- d'évoquer la vie quotidienne, affective et sexuelle ;
- d'évoquer le désir d'enfant et pouvoir aussi orienter les personnes vers des professionnels dans ce domaine et/ou vers des structures proposant spécifiquement des consultations sur ce sujet ;
- de dépister des difficultés psychosociales ;
- de dépister des facteurs de risque de comorbidités et de mettre en place une prise en charge adaptée ;
- de proposer en fonction des prises de risques sexuels le dépistage des IST chez la personne et ses partenaires potentiels.

Au mieux ces visites pourront être précédées d'un recueil spécifique des PROs à travers une interface dématérialisée ou papier.

3.2.1. Bilan biologique intermédiaire

24. Le bilan recommandé au cours des visites intermédiaires inclura un dosage de l'ARN VIH plasmatique (Grade A) les autres examens étant fonction de la situation de la personne.

25. Tableau 4 : Bilan biologique intermédiaire de surveillance chez les PVVIH sous traitement ARV (AE)

Il est recommandé que le bilan biologique intermédiaire comporte :

Au minimum un dosage de l'ARN VIH plasmatique

Complété selon les cas particulier suivants :

- **Si traitement hépatotoxique ou exposition aux virus des hépatites (IST/Slam)** ou consommation excessive d'alcool ou surpoids ou diabète : transaminases, γ GT
- **Si traitement par TDF ou autre traitement néphrotoxique ou comorbidité** : créatininémie avec estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- **Si CD4 <200/ μ L :**
 - Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4/CD8
 - Antigénurie ou antigénémie histoplasmosis (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/ μ L :** *(en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/ μ L)*
 - Dosage de l'antigène cryptococcique ;
 - Si sérologie CMV positive => PCR CMV => si PCR positive, réalisation d'un fond d'œil
- **En cas d'exposition sexuelle à risque, ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST** (suivi à intensifier en fonction du contexte) :
 - Dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral, vaginal et/ou pharyngé
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive) en cas d'exposition à risque

3.3. Bilan annuel

26. Tableau 5 : Bilan clinique annuel de synthèse d'une PVVIH (AE)

Il est recommandé que le bilan annuel d'une PVVIH comporte :

De façon systématique

- Interrogatoire à la recherche des événements de santé de l'année, des comédications, et des risques d'exposition aux hépatites virales et IST
- Discussion sur la vie personnelle, sexuelle et affective, des difficultés éventuelles de prévention de la transmission du VIH, du désir d'enfant
- Réévaluation de la situation sociale et du statut professionnel le cas échéant
- Réévaluation du statut vaccinal
- Bilan de l'hygiène de vie : diététique et activité physique (activité soutenue 30 min par jour en continu si possible ou 1 h 3 fois par semaine)
- Repérage et prise en charge du tabagisme (test de Fagerström) le cas échéant, d'une consommation d'alcool excessive (AUDIT-C AUDIT), d'autres addictions (dont le chemsex) ou de la prise de toxiques occasionnelles
- Dépistage de la dépression, si besoin au moyen d'outils validés [questionnaire PHQ9 ou auto-questionnaire CES-D]
- Recueil des PRO* (exemple : consommation alcool, tabac, toxiques, score EPICE, effets secondaires, douleur, sommeil, santé mentale, éléments de qualité de vie)
- Examen clinique complet, incluant la courbe de poids, la cavité buccale et l'état bucco-dentaire et la recherche de lipodystrophie
- Analyse critique pour optimisation du traitement en cours : résultats [efficacité, effets indésirables] et proposition, le cas échéant, d'adaptation thérapeutique en tenant compte de la mise à disposition des génériques, des nouvelles associations, des nouvelles molécules disponibles

De façon conditionnelle en fonction de l'âge, des facteurs de risque et/ou des comorbidités, ce moment permet de réaliser ou de programmer :

- **Évaluation du risque cardiovasculaire** selon l'algorithme SCORE2 et SCORE2-OP* tous les 5 ans (à partir de 40 ans chez les hommes, 50 ans chez les femmes)
- **Dépistage de l'ostéoporose** par ostéodensitométrie [associée à un dosage de la vitamine D] chez la femme ménopausée, l'homme >60 ans ou si facteurs de risque (cf. chapitre comorbidités)
- **Dépistage des troubles cognitifs** tous les 5 ans (questionnaire de plainte cognitive et MoCA à partir de 60 ans)
- **Évaluation gériatrique** tous les 1 à 2 ans à partir de 70 ans : recherche de dénutrition (courbe de poids, albuminémie) ; évaluation des fragilités, du risque de chute, prévention de la dépendance (questionnaire HAS)
- **Dépistage des cancers** : selon le calendrier spécifique aux PVVIH [cf. tableau chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »]

*SCORE2-OP si âge >70 ans

27. Tableau 6 : Bilan biologique annuel de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV (AE)

De façon systématique

- Dosage de l'ARN VIH plasmatique
- NFS plaquettes
- Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4 et CD8. Cette numération peut être réalisée tous les deux ans si l'ARN VIH est <50 copies/mL sur la période et si les derniers CD4 sont >500/μL. Transaminases, gamma-GT
- Créatininémie avec estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- Rapport albuminurie/créatininurie sur échantillon
- Si prise de TDF : phosphorémie et rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon

De façon conditionnelle, bilan métabolique à jeun :

- **Bilan lipidique** (triglycérides, cholestérol total, HDL et LDL-cholestérol) :
 - 6 mois après l'initiation ou la modification d'un traitement ARV (si normal, à renouveler tous les 5 ans lors de l'évaluation du risque cardiovasculaire par l'équation SCORE2 SCORE2-OP)
 - Si prise de poids, survenue d'une lipohypertrophie, BMI >30, apparition d'un autre facteur de risque cardiovasculaire : HTA, diabète, tabagisme, insuffisance rénale chronique modérée à sévère
 - Si survenue d'un événement cardiovasculaire
 - Si antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce avant 55 ans chez un parent du premier degré de sexe masculin ou avant 65 ans chez un parent du premier degré de sexe féminin
 - Et 1 à 3 mois après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc
- **Glycémie** (à partir de 45 ans), à renouveler tous les 3 à 5 ans si initialement normal ou selon les indications du bilan lipidique ci-dessus
- **Albuminémie** (à partir de 70 ans), à renouveler tous les 2 à 5 ans lors de l'évaluation gériatrique

28. Tableau 7 : Bilan annuel complémentaire en fonction des populations (AE)

- **En cas d'exposition sexuelle à risque, ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST (suivi à intensifier en fonction du contexte) :**
 - Dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral, vaginal et/ou pharyngé
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive) en cas d'exposition à risque
- **Si CD4 <200/μL**
 - Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4 et CD8

- Antigénurie ou antigénémie histoplasmosse (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/μL**
 - Dosage de l'antigène cryptococcique
 - Si sérologie CMV positive => PCR CMV => si PCR positive, réalisation d'un fond d'œil
 - Si sérologie CMV précédente négative : refaire sérologie CMV
- **Si fumeur actif de plus de 40 ans**
Dépistage de la BPCO par questionnaire HAS et spirométrie le cas échéant
- **Si co-infection par les virus des hépatites** : (cf chapitres « Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B » ; « Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » et « Dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH »)
 - Evaluation de la fibrose hépatique par élastométrie (Fibroscan®) au bilan initial en cas d'infection par le VHC ou le VHB, puis annuelle en cas d'Ag HBe+ ou tous les 3 ans si Ag Hbe- ; ou marqueurs biologiques (Fibrotest®, Fibromètre®) au bilan initial pré thérapeutique de l'hépatite C.
 - En cas de fibrose F3 ou F4 : dépistage semestriel de l'hépatocarcinome (cf Tableau 8) et suivi spécialisé pour dépistage des varices œsophagiennes (FOGD).

29. Tableau 8 : Bilan annuel chez les PVVIH : Dépistage des cancers (AE) (cf. chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »)

- **Consultation gynécologique** :
 - A partir de 25 ans, dépistage du cancer du col par cytologie cervico-utérine, annuel pendant 2 ans puis tous les 3 ans si les deux premiers examens sont normaux et nadir CD4 >200/μL et CD4 actuels >350/μL.
Si ces conditions ne sont pas remplies, maintien d'un dépistage par FCV annuel jusqu'à 30 ans.
 - A partir de 30 ans, quel que soit le statut, dépistage par PCR HPV-HR par un professionnel ou par auto-prélèvement, à réaliser tous les 5 ans. La positivité au test HPV amène à la réalisation d'une cytologie cervico-utérine et à un suivi adapté
- **Test de dépistage par PCR anale de HPV16** : tous les 5 ans chez les HSH de plus de 30 ans et les femmes aux antécédents de lésions vulvaires ou cervicales (HSIL, CIN2) dues au HPV ou les femmes transplantées depuis plus de 10 ans
- **Examen clinique** y compris peau et cavité buccale
- **Echographie hépatique +/- dosage de l'alphafoetoprotéine** (tous les 6 mois)
Une technique d'imagerie alternative (scanner ou IRM) doit être proposée chez les patients peu échogènes.
Le dosage de l'alpha-FP peut être associé à l'échographie hépatique tous les 6 mois pour les patients ayant une indication au dépistage du CHC mais il n'est actuellement pas recommandé de façon systématique par la HAS.

- Pour les PVVIH ayant une co-infection VHC :

Le dépistage du carcinome hépatocellulaire doit être poursuivi chez les patients avec une mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® ≥ 10 kPa ou Fibrotest® $> 0,58$ ou Fibromètre® $> 0,78$ avant initiation du traitement du VHC. La durée de ce dépistage après réponse virologique soutenue n'est pas connue.

Après réponse virologique soutenue, les patients avec une mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® < 10 kPa ou Fibrotest® $\leq 0,58$ ou Fibromètre® $\leq 0,78$ avant initiation du traitement et sans comorbidité hépatique (consommation d'alcool, syndrome métabolique, co-infection VHB) ne nécessitent plus de surveillance particulière.

- Pour les PVVIH ayant une co-infection VHB traitée ou non :

Une échographie hépatique est préconisée pour le dépistage du CHC tous les 6 mois chez les patients identifiés à haut risque de CHC, à savoir les patients : au stade d'hépatopathie chronique avancée (Fibroscan® > 9 kPa, y compris après perte de l'Ag HBs) ; ou ayant un antécédent familial au premier degré de CHC ; ou ayant un score PAGE-B ≥ 10 (hommes ≥ 40 ans, ou ≥ 16 ans si plaquettes < 200 G/L ; femmes ≥ 70 ans, ou ≥ 40 ans si plaquettes < 200 G/L, ou ≥ 30 ans si plaquettes < 100 G/L) ; ou ayant une durée d'exposition au virus prolongée (hommes ≥ 40 ans et femmes ≥ 50 ans ayant été contaminés à un âge jeune / dans l'enfance).

- **TDM thoracique faible dose pour le dépistage individuel du cancer bronchopulmonaire** tous les deux ans chez les PVVIH entre 50 et 74 ans, exposé à un tabagisme > 10 cigarettes/j pendant > 30 ans, ou > 15 cigarettes/j pendant ≥ 25 ans, possiblement sevré ≤ 10 ans, après information éclairée ET volontaire pour une démarche au sevrage tabagique.
- **Pour les autres cancers, le clinicien se référera aux recommandations appliquées à la population générale**, notamment pour :
 - *Le cancer du sein* : examen clinique et mammographie à partir de 40 ans en cas d'ATCD familial, 50 ans en population générale puis tous les deux ans
 - *Le cancer de la prostate* : dès 40-45 ans si histoire familiale de cancer de la prostate, ou origine africaine ou afro-caribéenne, ou 50 ans en population générale par toucher rectal et mesure du PSA tous les deux à quatre ans
 - *Le cancer colorectal* à partir de 50 ans, par test immunologique de recherche de sang dans les selles, test fourni par le médecin traitant ou par les pharmacies, tous les deux ans

4. Un parcours de soins personnalisé

- 30. Après la confirmation de l'infection par le VIH, il est recommandé que le bilan initial pré-thérapeutique soit organisé rapidement afin de proposer un traitement ARV dans les plus brefs délais. (Grade A)
- 31. Le parcours de soins sera adapté selon les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère) ou complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associé, présence de vulnérabilités, etc.). (AE)

4.1. Une prise en charge et un parcours de soins dans les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère)

- 32. Dans les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère), cette prise en charge peut être assurée par un médecin hospitalier à qui est référée la personne nouvellement diagnostiquée, ou par le médecin généraliste qui en a les compétences, notamment pour le bilan pré thérapeutique. Toutefois, la prescription initiale des ARV reste à ce jour une prescription hospitalière. (AE)

4.2. Une prise en charge dans un parcours de soins adapté aux situations complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associée, présence de vulnérabilités, etc...)

- 33. Dans les situations complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associé, présence de vulnérabilités, etc.), il est recommandé que la prise en charge soit effectuée par un médecin hospitalier spécialisé dans le suivi des PVVIH, qui s'appuiera si nécessaire sur une équipe pluri-professionnelle. (AE)
- 34. Le recours à des médiateurs et traducteurs est parfois nécessaire pour les patients allophones. (AE) https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974227/fr/mediation-et-interpretariat-en-sante-pour-favoriser-l-acces-aux-soins.

4.3. Un parcours de soins ville-hôpital

- 35. Il est recommandé que la prise en charge des PVVIH par le médecin référent hospitalier et le médecin traitant ait lieu dans une filière de soins choisie en accord avec la PVVIH. (AE)
- 36. Le médecin généraliste doit être au fait du parcours de soins des patients. Le dépistage et la prise en charge de la plupart des comorbidités associées au VIH relèvent du champ de compétences de la médecine générale. (AE)

- 37.** Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent permettre de faciliter l'interaction entre le spécialiste du VIH, les médecins généralistes et les différents intervenants en santé sur le territoire de la PVVIH. (AE)

4.4. Des aides au suivi à optimiser

4.4.1. Médiation en santé

La médiation en santé a pour objectif de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter : d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ; d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

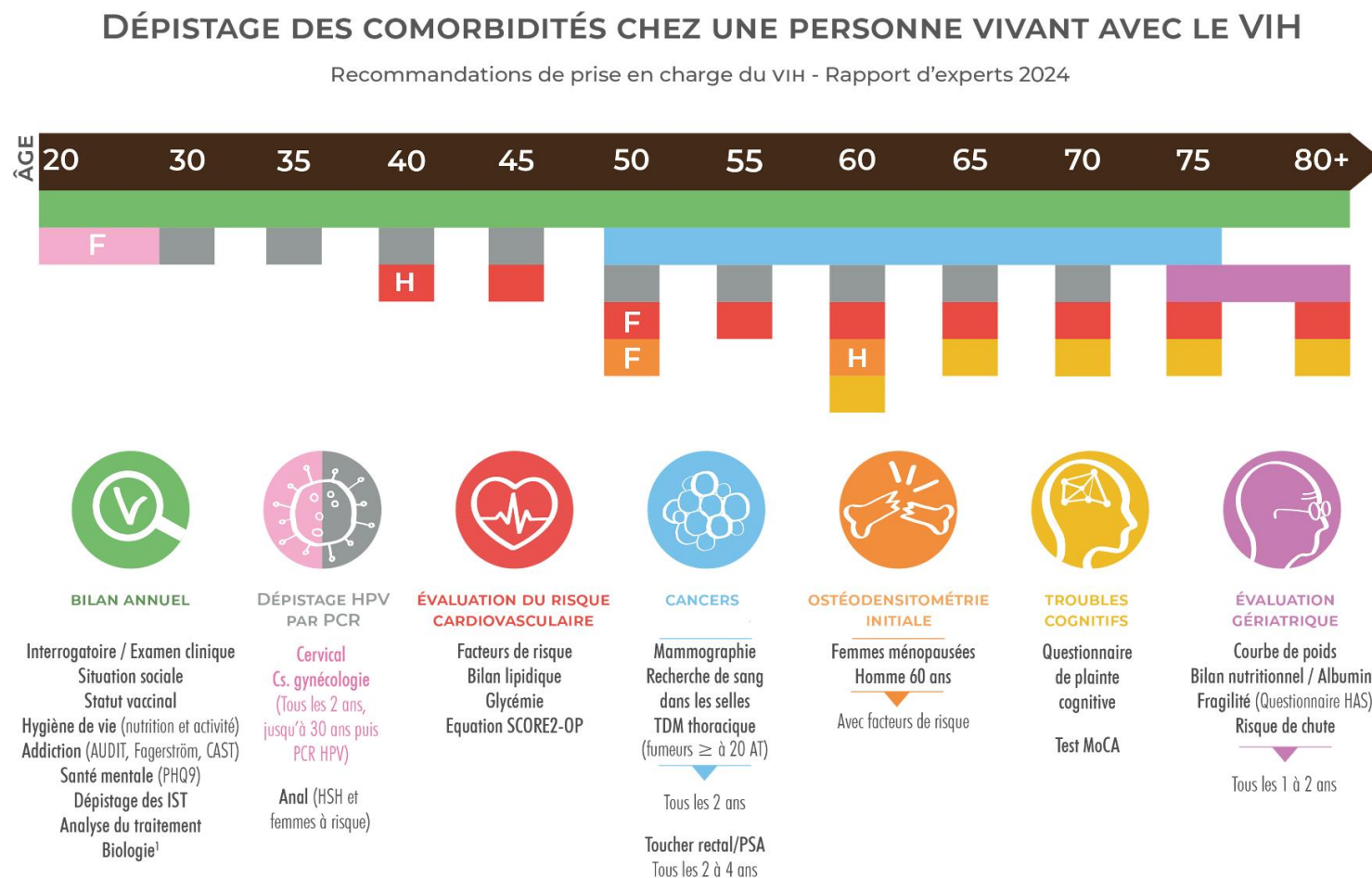
4.4.2. Des protocoles de coopération à développer

- 38.** Le développement des protocoles de coopération médico-infirmiers dans le cadre des consultations de suivi des PVVIH doit être encouragé. (AE)

4.4.3. Place des infirmiers en pratique avancée

- 39.** Le groupe d'experts recommande que l'infection par le VIH soit inscrite de manière individualisée parmi les objectifs de formation des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans la mention « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et pathologies courantes en soins primaires ». L'exercice de l'IPA pourra se faire en établissement de santé, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, ou en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires ou spécialisés. (AE)

5. Schéma de dépistage et diagnostic précoce des comorbidités



¹ Biologie : ARN VIH plasmatique / Sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8 (tous les 2 ans si CD4 > à 500/mm³ / Transaminases, gamma-GT / Créatininémie avec DFG par la méthode CKD-EPI / Albuminurie sur créatininurie sur échantillon

- Conception graphique : Cécile Bertandeau - Chargée de communication COREVIH Nouvelle-Aquitaine -

Figure 2: Dépistage des comorbidités chez une PVVI

Participants

Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

Groupe de travail

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux –
(coordonnateur du groupe de travail)

Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe

Dr Nathalie De Castro, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris

Pr Maxime Hentzien, infectiologue, CHU de Reims

Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique, CHU de Bordeaux

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Madame Hélène Meunier, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Pr Olivier Robineau, infectiologue, CHU de Tourcoing

Groupe de lecture

Dr Clotilde Allavena, infectiologue, CHU de Nantes

Pr Sophie Béliard, diabétologue-endocrinologue, AP-HM Hôpital de la Conception, Marseille

Pr Hubert Blain, gériatre, CHU de Montpellier

Pr Jacqueline Capeau, biologiste, AP-HP Hôpital Tenon, Paris

Pr Matthias Cavassini, infectiologue, CHUV, Lausanne, Suisse

Pr Olivier Cottencin, psychiatre addictologue, CHU de Lille

Pr Yves Cottin, cardiologue, CHU de Dijon

Dr William Durieux, médecin généraliste, Bordeaux

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

Dr Sophie Grabar, médecin de santé publique, AP-HP Hôpital Saint Antoine, Paris

Pr Mathilde Horn, psychiatre, CHU de Lille

Dr Jean-Philippe Joseph, médecin généraliste, Bordeaux

Pr Laurent Karila, psychiatre addictologue, AP-HP Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Dr Gwenael Le Moal, infectiologue, CHU de Poitiers

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

Pr Guillaume Martin-Blondel, infectiologue, CHU de Toulouse

Pr Philippe Morlat, interniste, CHU de Bordeaux

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

Dr Marie Piffaut, médecin généraliste, Toulouse

Pr Lionel Piroth, infectiologue, CHU de Dijon

Dr Sophie Seang, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Pr Pierre Tattevin, infectiologue, CHU de Rennes

Dr Marie-Anne Vandenhende, interniste, CHU de Bordeaux

Pr Corinne Vigouroux, endocrinologue-diabétologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

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 associative, 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

Ac	Anticorps
Ag	Antigène
AFDET	Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique
AFP	Alpha-foeto-protéine
ALD	Affection longue durée
AME	Aide médicale d'état
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
ATCD	Antécédents
BPCO	Broncho-pneumopathie obstructive
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CHC	Carcinome hépato-cellulaire
CIN	Néoplasie intra-épithéliale cervicale
CMV	Cytomégalovirus
CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie
CV	Charge virale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ETP	Education thérapeutique du patient
FCV	Frottis cervico-vaginal
FHDH	French hospital database on HIV
FOGD	Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
gGT	Gamma glutamyl transférase
GHS	Groupes homogènes de séjours
HAS	Haute autorité de santé
HDL	High density lipoproteins
HPV	Virus des papillomavirus humains

HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
HSIL	Lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade
HTA	Hypertension artérielle
IGRA	Interferon-gamma release assay
IMC	Index de masse corporelle
IPA	Infirmiers en pratique avancée
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
LDL	Low density lipoproteins
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MoCA	Montreal cognitive assessment
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NFS	Numération formule sanguine
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
PETP	Programme d'éducation thérapeutique
PRO	Patients Reported Outcomes
PSA	Antigène spécifique prostatique
PUMA	Protection universelle maladie
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QDVL	Qualité de vie liée à la santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RPC	Recommandation pour la pratique clinique
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SNSS	Stratégie nationale de santé sexuelle
TAD	Tension artérielle diastolique
TAS	Tension artérielle systolique
TDF	Ténofovir disoproxil fumarate
TDM	Tomodensitométrie
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

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
