

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION
.....

Epidémiologie,
diagnostic et
prévention des
infections
sexuellement
transmissibles

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.

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.

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	Épidémiologie, diagnostic et prévention des infections sexuellement transmissibles
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	
Cibles concernées	
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)	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	Pierre Delobel, Sébastien Fouéré
Recherche documentaire	
Auteurs	Cécile Bébéar, Nadjat Benhaddou, David Boutolleau, Béatrice Berçot, Guillaume Desoubieux, Nicolas Dupin, Philippe Grange, Quentin Lepiller, Olivia Peuchant, Sabine Pereyre, Jean-Luc Prétet Emilie Chazelle, Anne Sophie Barret, Guillaume Desoubieux, Sébastien Hantz, Florence Lot, Sabine Pereyre Emmanuel Bodoignet, Sébastien Fouéré, Delphine Rahib
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la direction générale de la Santé (DGS). 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 définie par la DGS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 26/09/2025
Actualisation	
Autres formats	

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

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

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

Sommaire

Introduction	5
1. Épidémiologie et diagnostic des IST bactériennes et parasitaires	7
1.1. Les infections à <i>C. trachomatis</i>	7
1.2. Les infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	9
1.3. Les infections à <i>Mycoplasma genitalium</i>	10
1.4. Syphilis	11
1.5. Les infections à <i>Trichomonas vaginalis</i>	13
1.6. Les infections à <i>Haemophilus ducreyi</i> (Chancres mou)	13
2. Épidémiologie et diagnostic des IST Virales	15
2.1. Les infections à herpes simplex virus	15
2.2. Les infections à <i>Monkeypox</i>	17
2.3. Les infections à papillomavirus humains	17
2.4. Les infections oro-fécales	18
3. Enjeux préventifs	19
3.1. Les outils préventifs et leur utilisation	19
3.2. Construire les interventions et les services avec les communautés	19
3.3. Développement des offres de dépistage pour les IST	19
3.4. Saisir les opportunités et simplifier les prises d'initiatives individuelles pour le dépistage	20
4. Approche populationnelle	22
4.1. Population générale	23
4.2. Les mineurs	24
4.3. HSH	24
4.4. Les personnes prenant la PrEP	25
4.5. Les chemsexuels	25
4.6. Les personnes usagères de drogues injectables (UDI, hors chemsex)	26
4.7. Les personnes migrantes ou en situation de précarité	26
4.8. Les personnes trans	27
4.9. Les travailleurs et travailleuses du sexe	27
4.10. Les personnes détenues	28
4.11. Les personnes victimes de violences sexuelles	28
4.12. Les personnes en situation de handicap	28
Participants	30
Abréviations et Acronymes	31

Introduction

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ont autrefois été dénommées « maladies sexuellement transmissibles », terme abandonné depuis plusieurs années en raison de leur caractère fréquemment asymptomatique.

Plusieurs définitions des IST existent :

- La définition classique, qui est une définition « large », est celle de toute infection transmise par un agent pathogène lors d'un rapport vaginal, anal ou oral, avec ou sans pénétration, sans que ce mode de transmission soit exclusif ;
- Une définition plus restrictive et moins répandue est celle liée à la présence d'un agent pathogène dans les sécrétions vaginales ou dans le sperme, transmissible lors des rapports sexuels ;
- Une définition plus consensuelle est celle d'une infection majoritairement transmise lors des rapports sexuels (au sens décrit dans la première définition), sans méconnaître la possibilité pour d'autres infections de se transmettre ainsi de manière plus occasionnelle.

Les IST décrites dans ce document répondent assez largement à cette dernière.

Elles sont un réel problème de santé publique en raison de leur fréquence, notamment chez les jeunes, de leur transmissibilité, des complications possibles sur la vie sexuelle et reproductive, de leur rôle dans la transmission du VIH et de l'existence de résistances aux antibiotiques pour plusieurs IST bactériennes.

Les agents responsables des IST sont divers.

Les principales bactéries sources d'IST sont *Chlamydia trachomatis* (Ct), *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) responsable de la gonococcie, *Mycoplasma genitalium* (Mg), et *Treponema pallidum* (Tp) responsable de la syphilis.

Les virus transmissibles lors de rapports sexuels sont notamment le VIH, mais également les papillomavirus humains (HPV pour Human Papilloma Virus), les Herpes simplex virus (HSV) et le virus de l'hépatite B (VHB). L'hépatite C n'est pas strictement une IST, même si sa transmission est possible lors de rapports sexuels traumatiques ou avec saignements. On peut ajouter à cette liste le virus *Monkeypox*, qui a émergé en mai 2022 en dehors des pays d'Afrique centrale et de l'Ouest, où il était cantonné jusque-là. Ces deux pathogènes ont été pris en compte dans le cadre de ces recommandations. Les virus des hépatites font l'objet d'un chapitre dédié.

Trichomonas vaginalis (Tv) est un parasite à l'origine des IST non virales les plus fréquentes.

Enfin, d'autres infections, bactériennes (Shigelles, Salmonelles, campylobacter...) ou virales (HAV, le virus de l'hépatite A), à transmission féco-orale notamment mais pas exclusivement (Méningococcies sexuellement transmissibles), peuvent être transmises lors des rapports sexuels, et donner lieu à des épidémies sporadiques.

En 2020, 374 millions de nouveaux cas annuels d'IST curables (gonococcie 82 millions, chlamydie 129 millions, syphilis 7,1 millions, trichomonose 156 millions), 648 millions de porteurs d'herpès simplex virus (HSV-1 et HSV-2) au niveau génital et 291 millions d'infections à HPV chez les femmes ont été recensés par l'OMS ^[1]. Ces IST sont à l'origine d'infections génitales hautes, de grossesses extra-utérines, de fausses couches, d'infertilité (chlamydie, gonococcie), de mortalité néonatale et d'infection congénitales (syphilis, herpès) et de cancers, soit dans la sphère ano-génitale (cancer du col de l'utérus ou cancer anal et HPV), soit à distance (carcinome de l'oropharynx et HPV). Elles peuvent aussi favoriser l'acquisition du VIH ^[2].

Les IST et leurs complications font partie des motifs les plus fréquents de consultation des adultes. L'amélioration de leur dépistage est primordiale pour permettre une prise en charge adaptée, éviter les complications à plus ou moins long terme et limiter leur transmission.

L'objectif de l'OMS à l'horizon 2030 est d'obtenir une réduction des IST de 90% en améliorant le dépistage et la surveillance dans les populations clés, l'accès au traitement et à la vaccination.

1. Épidémiologie et diagnostic des IST bactériennes et parasitaires

1.1. Les infections à *C. trachomatis* (Ct)

Le diagnostic des infections à Ct repose sur l'utilisation de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN). De nombreuses troupes sont commercialisées. La recherche de Ct est très souvent couplée à celle de Ng.

Un contrôle post-traitement n'est pas recommandé si le patient a été traité selon les recommandations en vigueur, sauf chez la femme enceinte. Le contrôle post-traitement doit être effectué au minimum 6 semaines après la fin du traitement.

La recherche d'anticorps anti-Ct est inutile pour le diagnostic d'une infection génitale basse et pour le suivi thérapeutique. Elle peut avoir une utilité pour le diagnostic d'une infection génitale haute, d'une arthrite, d'une suspicion de LGV quand celle-ci se résume à une adénopathie.

1.1.1. Quels sont les sites à dépister?

Les connaissances sur la contribution des sites extra-génitaux à la dynamique de l'infection et aux complications globales des infections à Ct sont de faible niveau de preuve. Sur la base des connaissances actuelles, le groupe recommande :

1. Chez les femmes et les hommes hétérosexuels, quel que soit leur âge: le dépistage en zone uro-génitale reste le dépistage à privilégier. Des prélèvements en sites extra-génitaux sont à envisager en cas d'infection répétée dans l'année ou de forte suspicion clinique . (Grade AE)
2. Pour les populations les plus exposées au VIH, un dépistage sur plusieurs sites peut permettre de réduire les transmissions à de nouveaux partenaires et réduire la vulnérabilité au VIH. (Grade AE)
3. Chez les HSH, les PSP/TDS, une recherche sur l'ensemble des sites doit être proposée. (Grade AE)

1.1.2. Quelle mise en oeuvre des recommandations de 2018 et les prérequis pour leur évolution ?

4. Le groupe d'experts recommande de maintenir les dispositions de dépistage de l'infection à Ct définies en 2018 pour le grand public. (AE)
5. Le dépistage des infections génitales asymptomatiques à Ct est à réaliser :
 - de manière opportuniste et systématique au niveau vaginal des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes ; (AE)
 - de manière opportuniste ciblée chez les hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge, des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant

des facteurs de risque, des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge¹ (Grade AE)

- lors des bilans d'hypofertilité (Grade AE)
 - lors d'une demande de bilan pour les IST, du souhait d'arrêter l'usage du préservatif ou de la prescription d'une première contraception (Grade AE)
 - Suite au diagnostic d'une autre IST au cours de l'année écoulée, si un test pour les infections à Ct n'a pas été réalisé depuis la dernière exposition. (Grade AE)
 - lors d'un bilan précédant l'initiation de la PrEP (Grade AE)
 - suite à une déclaration d'agression sexuelle, quel que soit le délai après l'agression et en l'absence de dépistage depuis celle-ci (Grade C)
 - auprès des personnes déclarant deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois (et en l'absence de dépistage préalable sur ces douze mois) (Grade C). Le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3-6 mois. (Grade AE)
 - auprès des personnes entrantes et sortantes de détention (Grade AE)
 - tous les 3 mois auprès des PSP/TDS tant que leur activité se poursuit (Grade AE)
 - tous les 6 mois pour les personnes utilisant la PrEP ou répondant aux indications de la PrEP, et de manière trimestrielle lorsque l'utilisateur est HSH ou une personne trans, ayant eu plus de deux partenaires au cours des trois derniers mois. (Grade AE)
6. Afin de compléter ces dispositions, le groupe soutient la possibilité de recourir aux tests de dépistage pour Ct sur demande pour les trois localisations, sans ordonnance et sans avance de frais en laboratoire de ville, comme cela a pu être développé pour le VIH, en favorisant la proposition d'auto-prélèvement pour ce faire. Le groupe recommande d'évaluer ce dispositif afin d'en mesurer les effets. (Grade AE)
7. Le groupe souligne l'importance de soutenir les initiatives de diversification des modalités de dépistage pour les populations spécifiques, avec une attention particulière aux interventions proposant :
- un délai d'accès au résultat réduit et compatible avec la période de rétention des populations (Grade AE)
 - des possibilités de planification des dépistages répétés offertes par les outils numériques et la proposition des différentes offres de dépistages existantes ou à développer, comme la diffusion de matériel d'auto-prélèvement par voie postale ou lors de contacts avec les associations dans des situations non propices à la réalisation d'un dépistage immédiat. (Grade B)

¹ Les facteurs de risque sont : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués d'une autre IST, **suite au diagnostic d'une autre IST au cours de l'année écoulée**, HSH, PSP/TDS.
ANRS MIE et CNS | Recommandation - Épidémiologie et Diagnostic biologique des infections sexuellement transmissibles – 8
Avril 2025

8. L'usage de TROD ou d'autotests pour le dépistage des infections Ct n'est pas envisagé, quelle que soit la population considérée, en raison des mauvaises performances diagnostiques actuellement constatées sur ces outils. Cependant de nouveaux tests de diagnostic rapide ou POC déjà commercialisés aux Etats Unis et au Royaume- Uni présentent des performances intéressantes et devront être évalués en France (28, 29). (Grade AE)
9. Enfin, la notification et le lien vers le dépistage des partenaires des patients positifs doit être encouragée et accompagnée. (Grade AE)

1.2. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* (Ng)

L'examen microscopique entre lame et lamelle (coloration au Bleu de Méthylène ou coloration de Gram) reste utile pour le diagnostic d'urétrite à partir de pus urétral chez l'homme.

Quant à la culture de Ng, elle reste l'examen de référence car elle permet d'isoler la souche et de réaliser la détermination de sa sensibilité aux antibiotiques¹.

Les TAAN permettent la détection de Ng. La plupart des kits commercialisés marqués CE-IVD détectent Ng en association avec Ct. La sensibilité des TAAN est supérieure à celle de la culture notamment dans les localisations extragénitales.

La sérologie ne permet pas le diagnostic d'une infection à Ng.

En cas de TOC, celui-ci peut être réalisé dès 3 semaines après la fin du traitement.

10. Le dépistage des infections génitales asymptomatiques à Ng est à réaliser :

- lors des bilans d'hypofertilité (AE)
- lors de diagnostic étiologique des arthrites (AE)
- lors d'une demande de bilan pour les IST, du souhait d'arrêter l'usage du préservatif ou de la prescription d'une première contraception (Grade AE)
- lors d'un bilan précédant l'initiation de la PrEP (Grade AE)
- suite à une déclaration d'agression sexuelle, quel que soit le délai après l'agression et en l'absence de dépistage depuis celle-ci (Grade C)
- auprès des partenaires sexuels de personnes ayant une gonococcie ou une autre IST diagnostiquée dans l'année écoulée (Grade C)
- auprès des personnes déclarant deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois (et en l'absence de dépistage préalable sur ces douze mois) (Grade C)
- auprès des personnes entrantes et sortantes de détention (Grade AE)
- tous les 3 mois auprès des PSP/TDS tant que leur activité se poursuit (Grade AE)
- tous les 3 à 6 mois pour les HSH vivant avec le VIH (Grade AE)

- tous les 6 mois pour les personnes utilisant la PrEP ou répondant aux indications de la PrEP, et de manière trimestrielle lorsque l'utilisateur est HSH ou une personne trans, ayant eu plus de deux partenaires au cours des trois derniers mois. (Grade AE)

Suite au diagnostic d'une autre IST au cours de l'année écoulée, si un test pour les infections à Ng n'a pas été réalisé depuis la dernière exposition. (Grade AE)

- dépistage des infections extra-génitales asymptomatiques à Ng (Grade AE)
- pour les HSH et les personnes Trans déclarant deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois (Grade AE)
- pour les personnes PSP/TDS tant que leur activité se poursuit (Grade AE)
- tous les 3 mois auprès des HSH et les personnes Trans utilisant la PrEP ou entrant dans les critères d'orientation de la PrEP (Grade AE)
- Chez les personnes ayant eu un diagnostic pour une autre IST dans l'année écoulée (Grade AE)

11. L'usage de TROD ou d'autotests pour les infections à gonocoques n'est pas envisagé, quelle que soit la population considérée, en raison des mauvaises performances diagnostiques constatées sur ces outils. Cependant de nouveaux tests de diagnostic rapide ou POC déjà commercialisés aux Etats Unis et au Royaume- Uni présentent des performances intéressantes et devront être évalués en France ^[29] (Grade AE)

12. Sur la base des mêmes considérations que pour l'infection à Ct, le groupe conseille d'expérimenter la possibilité de recourir aux tests de dépistage pour les infections à Ng en zone urogénitale pour les femmes et pour les trois localisations pour les hommes, sur demande, sans ordonnance et sans avance de frais en laboratoire de ville. Une information sur l'existence de cette offre sera à renforcer auprès des femmes vivant en Outre-mer. (Grade AE)

1.3. Les infections à *Mycoplasma genitalium* (Mg)

La culture de Mg, extrêmement fastidieuse et longue et nécessite le recours à des cultures cellulaires. De ce fait, la culture ne peut être utilisée comme méthode de détection de Mg en routine.

Les TAAN sont donc la seule méthode permettant la détection de Mg en pratique clinique. Il existe plusieurs kits commercialisés marqués CE-IVD. En raison de sa fréquence et de son utilité dans l'algorithme thérapeutique (cf. chapitres thérapeutiques de ces recommandations) la recherche moléculaire de la résistance à l'azithromycine est souvent couplée à celle de Mg lui-même.

13. Du fait de la problématique de la résistance croissante aux anti bactériens, de la fréquence des co infections en particulier avec Ct, de la fréquence des formes asymptomatiques et de la rareté des complications : Il est recommandé que seuls les patients symptomatiques et leurs partenaires soient considérés pour être dépistés et traités. La recherche de Mg chez des sujets asymptomatiques à des fins de dépistage n'est pas recommandée (Grade B)

14. Les symptômes devant conduire à la recherche de Mg comprennent :

- Chez l'homme : urétrite, épидidymite, orchite, rectite après exclusion de Ct et Ng (grade B)
- Chez la femme : cervicite, infections génitales hautes, dysurie sans autre étiologie évidente, douleurs pelviennes et méno-métrorragies sans autre étiologie évidente, rectite après exclusion de Ct et Ng (grade B).
- Il existe de rares localisations pharyngées dans les deux sexes, qui sont quasi systématiquement asymptomatiques. Elles ne doivent donc pas être recherchées (grade AE).
- Il existe de rares localisations non urogénitales et non rectales, telles que les infections oculaires et articulaires. Les infections oculaires sont principalement des conjonctivites, parfois néonatales. Les infections articulaires comprennent les arthrites réactionnelles acquises par voie sexuelles (ou SARA pour « *Sexually Acquired Reactive Arthritis* »). Leur recherche diagnostique et leur traitement nécessitent un avis spécialisé au cas par cas (grade AE).
- Le rôle de Mg dans l'infertilité est très discuté, nécessitant des études complémentaires. La recherche de Mg dans ce contexte ne peut donc faire l'objet d'une recommandation.
- L'ouverture du dépistage à la demande sans ordonnance ni avance de frais n'est pas à envisager pour cette infection chez les personnes asymptomatiques. (AE)

1.4. Syphilis

Dans le cadre du dépistage (sujet asymptomatique) la nomenclature des actes de biologie médicale française (JO 8 juin 2018) recommande l'utilisation d'un test tréponémique (TT) permettant la recherche des Ig Totales par technique EIA en première intention. En cas de positivité un test non tréponémique (TNT), avec titrage (VDRL, RPR) doit être réalisé afin de déterminer s'il s'agit d'une syphilis active, à traiter ou bien d'une cicatrice sérologique. En cas de TT positif et de TNT négatif, il peut s'agir d'un début de séroconversion et il faut réaliser un nouveau TNT 2 semaines plus tard.

Cet algorithme est dit « inversé » dans la littérature anglo-saxonne (aux Etats Unis en effet, on fait un TNT premier et s'il est positif un TT).

Dans le cadre du diagnostic d'une ulcération (syphilis primaire) le TNT peut exceptionnellement se positiver avant le TT : il est donc recommandé de faire d'emblée TT et TNT.

Dans le cadre du suivi thérapeutique, il faudra réaliser d'emblée un TNT avec titrage (si possible dans le même laboratoire que le TNT pré-thérapeutique).

15. Le dépistage de la Syphilis est à proposer par prise de sang en vue d'un TT permettant la recherche des Ig Totales:

- Systématiquement lors du premier examen prénatal au cours du 1er trimestre de la grossesse. Il doit être répété au 3ème trimestre chez les femmes à risque et les femmes résidant dans les DROM et après l'accouchement en l'absence de résultat de sérologie pendant la grossesse. Le groupe d'expert recommande de renforcer l'information aux

professionnels de santé intervenant lors du suivi de grossesse concernant la réalisation de ce dépistage mais aussi l'importance de la remontée d'information. (Grade AE)

- Systématiquement lors du diagnostic ou en cas d'antécédent dans les douze derniers mois de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH (Grade AE)
- Systématiquement auprès des personnes entrantes et sortantes de détention (Grade AE)
- Systématiquement après un viol, quel que soit le délai entre le viol et la prise en soin (Grade AE)
- Annuellement pour les PSP/TDS, voire plus fréquemment en cas de prise de risque (Grade AE)
- Au moins annuellement pour les HSH et personnes trans déclarant des rapports sexuels anaux ou oraux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois OU des épisodes d'IST dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à Chlamydia, primo-infection hépatite B ou hépatite C) OU plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 12 derniers mois OU un usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, cathinones) lors des rapports sexuels (Grade AE)
- tous les 6 mois pour les personnes utilisant la PrEP ou répondant aux indications de la PrEP, et de manière trimestrielle lorsque l'utilisateur est HSH ou une personne trans, ayant eu plus de deux partenaires au cours des trois derniers. (Grade AE)
- De manière opportuniste aux personnes ayant des rapports non protégés (y compris oro-génitaux) avec PSP/TDS (Grade AE)
- De manière opportuniste aux migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) (Grade AE)

16. Les TROD Syphilis (et les TROD Duplex Syphilis-HIV 1/2) peuvent avoir leur utilité dans l'augmentation de la couverture du dépistage, en particulier dans les situations « d'aller vers » ou dans le cadre de structures associatives permettant d'atteindre des populations éloignées du soin : PSP/TDS précarisées, migrants en particulier sans couverture sociale et membres de toutes autres communautés stigmatisées et/ou financièrement et/ou géographiquement précaires ne pouvant ou ne voulant pour ces raisons être dépistés dans les structures institutionnelles ou avec un taux de perdus de vue important.

Leur utilisation est soumise à la réalisation d'un entretien préalable avec le bénéficiaire qui devra rechercher l'existence d'une syphilis traitée par le passé et informer sur la fenêtre de validité du test.

Ils ne peuvent pas être utilisés comme un moyen de diagnostic en présence de signes cliniques. (Grade AE)

17. L'ouverture du dépistage à la demande sans ordonnance ni avance de frais en laboratoire de ville pourrait concerner la syphilis. En raison de la concentration de l'épidémie, cette offre devra être principalement promue auprès des HSH multipartenaires. (Grade AE)

18. Dans tous les cas, l'ouverture de ce dépistage à la demande devrait s'inscrire dans la démarche de déploiement de la notification aux partenaires, à la fois comme un recours pour les personnes notifiées, mais aussi afin de s'assurer que l'information et l'accompagnement permettant la notification sont assurés pour les personnes utilisant ce modalité de dépistage qui recevraient un résultat positif. (Grade AE)

1.5. Les infections à *Trichomonas vaginalis*

1.5.1.1. Sérologie

Aucune sérologie ne permet le diagnostic d'une infection à Tv.

1.5.2. Stratégie et algorithme de diagnostic

1.5.2.1. Chez les patients symptomatiques (diagnostic)

La recherche de Tv peut-être spécifiquement ciblée, si les signes cliniques apparaissent suffisamment évocateurs. Dans ce cas, l'examen direct de sécrétions génitales ou d'urines semble adapté en première intention, sous réserve qu'il soit réalisé par un personnel de laboratoire habilité et compétent. En pratique, il est souvent substitué par la détection moléculaire par PCR qui permet de s'affranchir, en partie, des problèmes de sensibilité liés à la fragilité du parasite pendant le transport de l'échantillon. De surcroît, lorsqu'elle est de nature multiplex, la PCR autorise la détection d'autres pathogènes uro-génitaux.

1.5.2.2. Chez les patients asymptomatiques (dépistage)

La recherche d'infection asymptomatique à Tv doit être systématiquement encouragée en cas de bilan d'IST, si le ou la (les) partenaire(s) sexuel(les) est (sont) connu(es) comme porteur(-ses), et répétée annuellement, en cas d'exposition à risque. Dans ce contexte, un auto-écouvillonnage vaginal pour les femmes et le premier jet d'urines pour les hommes apparaissent comme les prélèvements les plus confortables. Ensuite, le screening moléculaire par PCR multiplex, associant la détection de Tv à celle d'autres pathogènes du tractus uro-génital, semble le plus adapté, en première intention.

1.6. Les infections à *Haemophilus ducreyi* (Chancres mou)

1.6.1. Diagnostic direct

- Examen microscopique : il est effectué sur le frottis de l'ulcération coloré au bleu de méthylène et/ou coloration de Gram. Cet examen est rapide, facile, spécifique mais peu sensible (50%), avec un aspect de petits bacilles Gram négatif bipolaires regroupés en « chaînes de bicyclette » courtes ou longues ou en « banc de poissons » ^[117].

- La culture : Hd est un bacille à Gram négatif fastidieux qui requiert pour sa croissance des conditions spécifiques en matière de nutrition, d'atmosphère et de température. Pour cette raison, la capacité de culture ne peut être disponible que dans un nombre limité de laboratoires de microbiologie. Elle est peu sensible mais toujours considérée comme la technique de référence ^[117].

- Les TAAN permettent le diagnostic. Des PCR multiplexes permettant la détection de pathogènes responsables d'ulcérations comme *Tp*, et l'herpès simplex virus sont commercialisées ^[118, 119].

La détection de Hd par TAAN a une meilleure sensibilité que la culture parce qu'elle n'est pas affectée par la perte de viabilité des organismes associée à la collecte sur des sites éloignés du laboratoire de traitement.

L'utilisation de TAAN multiplexes détectant de manière combinée Hd, Tp et Hd est intéressante car elle permettra d'avoir une veille sur ce pathogène souvent oublié qui pourrait réapparaître dans les pays européens comme observé récemment avec le virus MPox.

La recherche d'Hd n'est pas à effectuer chez les personnes asymptomatiques

1.6.2. Sérologie

Aucune sérologie ne permet le diagnostic d'une infection à Hd.

2. Épidémiologie et diagnostic des IST Virales

2.1. Les infections à herpes simplex virus

19. Le diagnostic virologique de l'herpès génital est donc recommandé dans les situations suivantes (AE) :

- Confirmation d'un herpès génital suspecté cliniquement
- Présentation atypique d'un herpès génital (fissures anogénitales, érythème récurrent)
- Présentations extra-génitales d'un herpès génital (urétrite, cystite, douleurs radiculaires...)
- Diagnostic différentiel d'une autre IST (syphilis, chancre mou, Mpox) ou d'une dermatose ulcérée génitale (maladie de Behçet, eczéma, dermatose bulleuse auto-immune...)

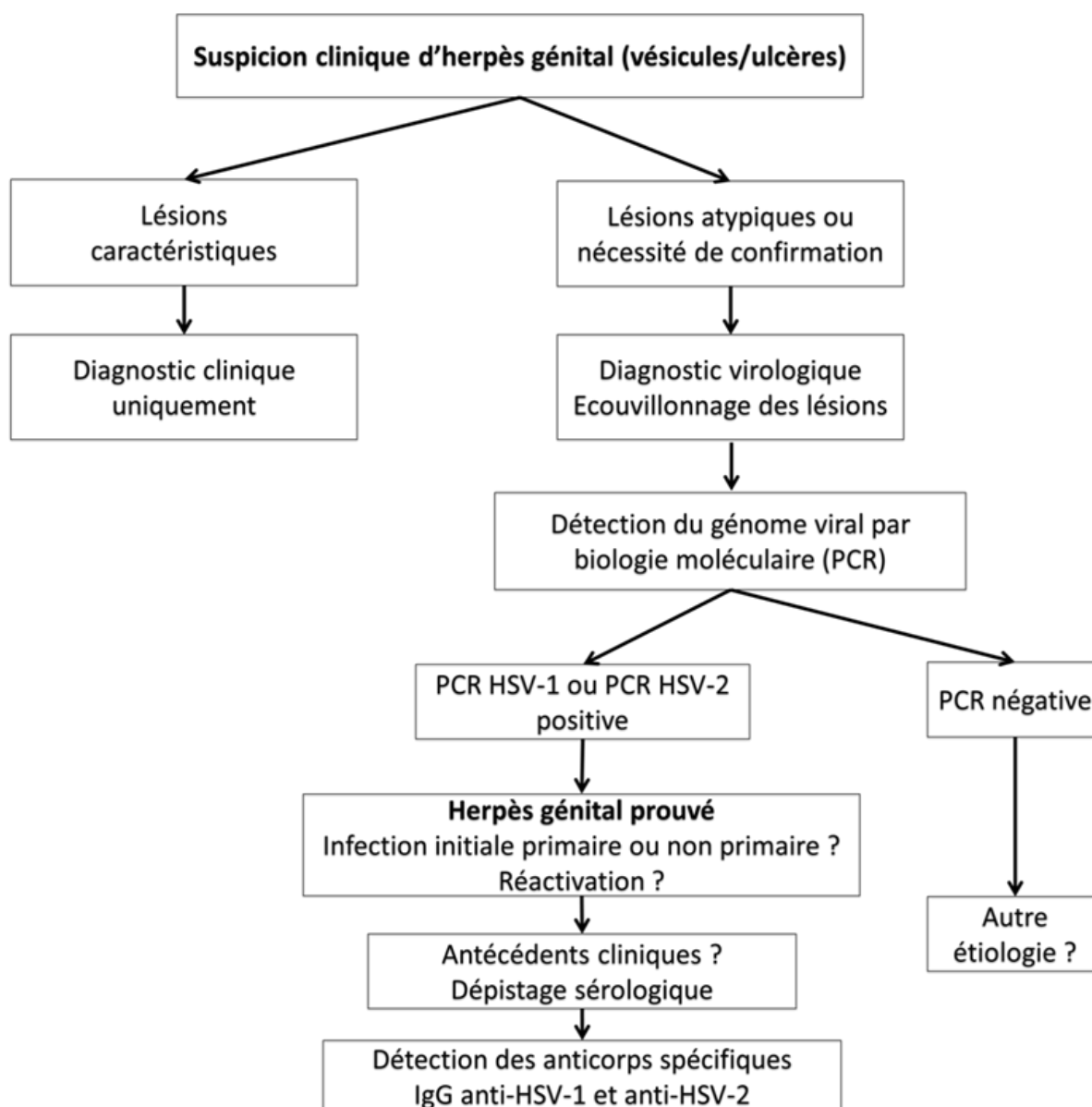


Figure 1: Démarche diagnostique virologique de l'herpès génital

2.2. Les infections à *Monkeypox*

20. Le contrôle de l'épidémie se base sur le repérage, l'isolement des cas, et la vaccination.

- La vaccination est recommandée en post exposition pour les personnes en contact avec une personne infectée. Elle est recommandée en prévention pour (Grade AE) :
- Les HSH ayant des partenaires sexuels multiples ; (Grade AE)
- Les personnes trans ayant des partenaires sexuels multiples ; (Grade AE)
- Les femmes vivant avec un HSH ayant des partenaires multiples ; (Grade AE)
- Les PSP/TDS ; (Grade AE)
- Les professionnels des lieux de consommation sexuelle, quel que soit le statut de ces lieux (bars, saunas...)(Grade AE)

2.3. Les infections à papillomavirus humains

21. Sur la base des recommandations émises en 2019 pour la HAS, ne sont pas éligibles au dépistage : (Grade B)

- les personnes asymptomatiques de moins de 25 ans et de plus de 65 ans ;
- les personnes n'ayant jamais eu de rapports sexuels ;
- les personnes ayant une absence de col de l'utérus, soit acquise (hystérectomie totale), soit congénitale (syndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser).

22. Chez les femmes et les hommes trans de 25 à 29 ans n'ayant pas eu d'hystérectomie: (Grade B)

- Réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle suivis d'un nouveau dépistage 3 ans plus tard si le résultat des deux premiers examens est normal.

Chez les femmes et les hommes trans de 30 ans à 65 ans n'ayant pas eu d'hystérectomie

- Réalisation d'un test HPV-HR tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. En l'absence d'examen cytologique antérieur un test HPV HR doit être réalisé dès 30 ans. (Grade B)

23. Pour les femmes ou les hommes trans n'ayant pas eu d'hystérectomie qui seraient immunodéprimés, sous traitement immunodépresseur, vivant avec le VIH ou exposées au diéthylstilbestrol (deuxième génération), une surveillance plus rapprochée peut être nécessaire. L'initiation du dépistage (HPV-HR) au niveau génital, doublé d'un dépistage au niveau anal, peut être avancée à l'année suivant les premiers rapports sexuels ou au moment du diagnostic VIH. Un renforcement de la surveillance est conseillé avec un frottis cytologique annuel les trois premières années de suivi, puis tous les trois ans. Pour les PVVIH, cet

espacement des dépistages ne sera considéré que si une charge virale indétectable est atteinte. (Grade AE)

- 24.** En accord avec les recommandations émises par la Société Nationale Française de Colo-Proctologie des Recommandations pour la Pratique Clinique ^[151], pour les HSH de plus de 30 ans vivant avec le VIH, un dépistage en région anale est à réaliser au moment du diagnostic. En cas d'absence d'anomalie, le dépistage sera répété tous les 5 ans. En cas d'anomalie, se reporter aux recommandations suscitées ^[151]. (Grade C)

2.4. Les infections oro-fécales

La recherche par TAAN d'une infection à HPV n'est aujourd'hui préconisée que dans le cadre de la prévention des cancers ano-génitaux induits par ces virus. Elle n'a aucune indication dans le cadre de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de condylomes ano-génitaux.

Certaines infections bactériennes à transmission oro-fécale, comme la shigellose ou l'hépatite A, peuvent être transmises lors des rapports sexuels oro-génitaux et oro-anaux. À ce titre, elles répondent à la définition classique d'une IST. Ces infections ont notamment donné lieu à de petites épidémies en Europe et en France chez les HSH ^[152, 153].

3. Enjeux préventifs

Les enjeux préventifs abordés dans ce chapitre sont les enjeux d'accès et de prévention comportementale. Les enjeux biomédicaux de la prévention de IST sont traités à part.

3.1. Les outils préventifs et leur utilisation

25. La mise à disposition de préservatifs gratuits via les acteurs locaux et/ou communautaires doit se poursuivre et être soutenue par les décideurs de santé publique. (Grade AE)

26. Le groupe d'experts soutient l'extension du rattrapage de la vaccination contre les HPV après 19 ans pour tous les publics.

Pour influencer favorablement la balance coût-efficacité de la stratégie de vaccination contre les HPV et envisager l'ouverture d'une prise en charge du coût de la vaccination après 19 ans, les scénarios permettant de réduire le coût de délivrance (en particulier des schémas à nombre réduit d'injections vaccinales) et, si possible le coût de production doivent être documentés et analysés. (Grade AE)

27. Le groupe d'experts recommande le développement des connaissances et des compétences favorables aux enjeux de santé sexuelle en amont de l'entrée dans la sexualité et tout au long de la vie. Il soutient la conception et la mise en œuvre d'un programme dédié sur le sujet et la formation des intervenants en milieu scolaire et en dehors. (Grade C)

3.2. Construire les interventions et les services avec les communautés

28. La construction d'une offre de santé adaptée aux communautés nécessite :

- La co-construction avec les populations concernées et l'investissement dans la construction de solutions décentralisées (Grade AE)
- L'introduction systématique de variables standardisées investiguant les déterminants de la santé et des inégalités sociales et leur report en clair dans les résultats des études (Grade AE)

3.3. Développement des offres de dépistage pour les IST

29. La mise en cohérence des recommandations de dépistages conjoints et des modalités d'accès aux dépistage pour les différentes IST rendrait plus lisible le comportement attendu des individus et plus acceptable sa mise en œuvre. Le groupe d'experts recommande le déploiement du dépistage sans ordonnance et sans avance de frais pour les infections à Ct et Ng pour tous, et pour la syphilis chez les hommes. Le type de prélèvements et le choix des tests à réaliser doivent être accompagnés. (Grade AE)

3.3.1. Les point of care tests

- 30.** Le groupe d'experts recommande de poursuivre ces expérimentations de développement des « point-of-care tests », en particulier au sein d'initiatives communautaires ou en lien étroit avec les structures communautaires, en milieu de soin ou dans le cadre d'actions hors les murs. (Grade AE)

3.3.2. Les tests réalisés « à distance »

- 31.** Le dépistage par voie postale du cancer du col de l'utérus a démontré son efficacité et sa plus-value par rapport à une invitation simple telle qu'elle est actuellement déployée en France. Cette stratégie permet d'améliorer les niveaux de dépistage et d'atteindre des personnes éloignées du soin, sans réduction des performances de détection ni perte de chance pour l'entrée en soin. A la lumière de ces données, le groupe rappelle que retarder la mise en place de cette modalité de dépistage pour les IST est délétère à la fois d'un point de vue individuel, et populationnel. (Grade B)
- 32.** Sur la base des expériences françaises ayant validé l'acceptabilité des offres en ligne s'appuyant sur ces dispositifs, des performances rapportées par les dispositifs étrangers et des recommandations de l'OMS sur les interventions d'autogestion de sa santé, le groupe d'experts appelle à un effort concerté permettant de lever les freins techniques et organisationnels qui perdurent dans le déploiement de ces offres, en particulier la validation des performances biologiques des tests dans des conditions de température extrêmes. (Grade AE)
- 33.** En relation avec les discussions scientifiques autour du dépistage des sujets asymptomatiques pour Ct et Ng, les connaissances sur l'appropriation de ces offres par les populations les plus exposées, en particulier les PSP/TDS ou les PVVIH multipartenaires sont à approfondir. Afin de prendre en compte les connaissances déjà acquises par les évaluations menées auprès des différentes populations, ces nouvelles connaissances pourraient être générées par l'analyse des performances de projets pilotes, soutenus hors du cadre de la recherche biomédicale, au niveau national ou régional. (Grade AE)

3.4. Saisir les opportunités et simplifier les prises d'initiatives individuelles pour le dépistage

- 34.** Les différentes offres doivent être accessibles universellement, mais une approche proportionnée des informations et des incitations à engager une démarche de dépistage doit être pensée, ciblant prioritairement les multipartenaires au cours des douze derniers mois (mineurs compris). (Grade AE)

RÉSUMÉ

OFFRE DE SOIN

- ▶ **Poursuivre la mise à disposition de préservatifs gratuits via les acteurs locaux (Grade C)**
- ▶ **Étudier / Approfondir l'extension du rattrapage de vaccination HPV après 19 ans (Grade AE)**
- ▶ **Rendre effective la proposition de dépistage par voie postale pour le dépistage HPV (Grade A)**
- ▶ **Co-construire les offres de santé avec les populations destinataires et investiguer des solutions de soins décentralisées (Grade AE)**
- ▶ **Soutenir la mise à disposition des dépistages par voie postale pour les autres IST que le VIH, en accord avec les orientations de gestion autonome de sa santé portées par l'OMS (Grade B)**

ÉDUCATION

- ▶ **Le développement des connaissances et des compétences favorables aux enjeux de santé sexuelle en amont de l'entrée dans la sexualité, en milieu scolaire et en dehors doit être promu (Grade B)**
- ▶ **Développer les modalités de notification aux partenaires pour l'ensemble des IST pour lesquelles cette démarche a été déterminée pertinente et leur accompagnement , en parallèle des travaux menés pour le VIH (Grade AE)**

RECHERCHE

- ▶ **Les scénarios permettant de réduire le coût de la diffusion du vaccin HPV doivent être étudiés (Grade AE)**
- ▶ **Introduire des mesures systématiques et standardisées des déterminants de la santé et des inégalités sociales dans la production de connaissance en s'appuyant sur des cadres conceptuels partagés (Grade AE)**
- ▶ **Poursuivre la production de connaissance sur l'utilisation de la biologie délocalisée en dehors de centres de soins, en particulier par les acteurs communautaires, au plus près de populations (Grade AE)**

4. Approche populationnelle

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

L'épidémiologie du VIH et des IST bactériennes est détaillée respectivement dans le chapitre « Epidémiologie » « Epidémiologie et déterminants sociaux de l'infection par le VIH » et « Epidémiologie, diagnostic et prévention des infections sexuellement transmissibles » du présent rapport, pour la population générale et les populations clés. Les paragraphes ci-dessous reprennent les grands points soutenant les recommandations de dépistage pour chaque population. Certaines recommandations sont justifiées dans l'argumentaire concernant les offres de dépistage du VIH ou les conditions de réalisation d'un dépistage du VIH (cf supra) ou dans le chapitre « Epidémiologie, diagnostic et prévention des infections sexuellement transmissibles ».

D'une manière générale,

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

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

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

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

4.1. Population générale

- 38.** L'ensemble des offres de dépistage, du VIH et des IST bactériennes doivent être accessibles universellement, et pour Mon test IST, au-delà de 25 ans révolus, afin de positionner cette offre dans une démarche globale de santé sexuelle. Toutefois, des incitations à engager une démarche de dépistage doivent être pensées dans une logique d'universalisme proportionné, ciblant prioritairement les personnes les plus concernées. (Grade AE)
- 39.** Pour le VIH et quand c'est possible et adéquat, pour les hépatites virales B et C et les IST bactériennes, il convient de favoriser toutes les opportunités de dépistage, surtout si la personne :
- n'a jamais réalisé de test (Grade C)
 - est un homme (Grade C)
 - réside dans un bassin de population plus concerné par les inégalités sociales de santé (Grade C)
 - réside dans un territoire ultramarin. (Grade C)
- 40.** Parmi les opportunités de dépistage, tout contact avec le soin primaire ou les urgences doit être une occasion, notamment lorsque la personne présente une indication (clinique ou appartenance à un groupe à risque) ou n'a jamais réalisé de dépistage. Dans ce cas, la proposition de dépistage peut être faite en opt-out (consentement implicite). Le résultat devra alors être rendu oralement. (Grade C)
- 41.** Lorsque la personne présente des symptômes pouvant évoquer une primo-infection, un dépistage du VIH doit systématiquement lui être proposé. Il doit reposer si possible sur un test ELISA de 4^{ème} génération ainsi qu'une quantification de l'ARN VIH-1 dès le premier prélèvement. (Grade A)
- 42.** Lorsque la personne présente des symptômes évocateurs de la phase chronique de l'infection à VIH ou des maladies fréquemment associées au VIH, un dépistage du VIH doit systématiquement lui être proposé. Parmi ces conditions indicatrices : IST, hépatites virales, tuberculose, lymphomes malins, dysplasie / cancer anal ou cervical, zona, syndrome mononucléosique, leucocytopénie ou thrombopénie > 4 semaines non expliquée, dermite séborrhéique sévère d'installation récente (Grade C)
- 43.** Aux femmes, il est recommandé de proposer un dépistage combiné du VIH, des hépatites B et C et IST bactériennes à l'occasion d'une grossesse, d'un projet de grossesse, d'une contraception ou d'une interruption volontaire de grossesse. (Grade AE)
- 44.** Une proposition systématique du même dépistage combiné du VIH, VHB, VHC et IST bactériennes doit être faite aux futurs pères, a fortiori auprès des populations et dans les territoires de plus forte prévalence. (Grade AE)

4.2. Les mineurs

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

- 45.** Le groupe d'experts conseille de faciliter l'accès au dépistage du VIH et des IST bactériennes sans autorisation du tuteur légal aux mineurs de 15 ans et plus, notamment dans le cadre des dispositifs VihTest et Mon test IST permettant le dépistage sans ordonnance et sans frais du VIH, du VHB et des IST bactériennes en laboratoire de biologie médicale. (Grade AE)
- 46.** A la suite d'un dépistage, le groupe d'experts est en faveur d'une exception au consentement parental pour la proposition des vaccinations aux mineurs susceptibles d'être exposés (VHA, VHB, HPV, Mpox, ...) ainsi que pour la proposition de la PrEP, notamment en CeGIDD. (Grade AE)
- 47.** Dans le cas de ces deux recommandations, le mineur pourra être assisté d'un adulte de confiance choisi par lui et l'information qu'il recevra devra être adaptée pour éclairer sa décision. (Grade AE)
- 48.** Il est indispensable d'intégrer dans les enquêtes menées auprès des mineurs, des items sur les connaissances des dispositions d'accès aux soins et aux services de prévention les concernant (gratuité des préservatifs, recours aux dépistages, etc.) (Grade AE)

4.3. HSH

- 49.** Un dépistage trimestriel du VIH est recommandé aux HSH multipartenaires. (HAS 2017) (Grade C)
- 50.** Le dépistage trimestriel du VIH et le dépistage régulier des IST doivent être soutenus par des systèmes de rappel ou de programmation des dépistages utilisant l'ensemble de l'offre de dépistage. L'accès aux offres de dépistage en autonomie (autotest VIH, autoprélèvements à domicile s'ils deviennent disponibles) doit être facilité pour favoriser les dépistages répétés. (Grade B)
- 51.** Les offres de dépistage en autonomie et les offres de dépistage avec un counseling pré-test limité doivent être connues du grand public pour atteindre des personnes éloignées du dépistage, de la communauté gay ou ne se reconnaissant pas comme gay. Il peuvent être un levier à l'accès au dépistage pour les personnes pour qui la sexualité ou le VIH sont des sujets complexes à aborder. (Grade C)
- 52.** Le groupe d'experts est favorable à l'utilisation des kits d'auto-prélèvement à domicile pour un dépistage combiné du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes, sur le modèle de l'étude Mémo-Dépistages qui a montré l'intérêt de ces kits pour un dépistage très régulier d'un public HSH très au fait de la prévention. (Grade B)
- 53.** Il est indispensable que le rendu d'un résultat négatif (oralement ou par écrit) s'accompagne d'information sur la prévention et l'accès à la PrEP. (Grade AE)

- 54.** Les HSH nés à l'étranger doivent pouvoir bénéficier très tôt après leur arrivée en France, et de façon renouvelée, d'une proposition de dépistage trimestriel du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes ainsi que d'une offre de prévention adaptée à leur exposition (PrEP, TPE réduction des risques liés au chemsex, etc.) (Grade AE)
- 55.** L'usage des TROD syphilis peut être envisagé auprès de la population HSH ou auprès de populations réticentes à réaliser des dépistages en milieu médical. L'interprétation du résultat du TROD et l'orientation vers les soins sont facilitées lorsque les antécédents d'infection sont connus. (Grade AE)
- 56.** La prescription d'un dépistage du VIH ou d'une IST bactérienne doit être l'occasion d'une vérification du statut vaccinal et d'un éventuel rattrapage vaccinal contre les hépatites B et A, pour les HPV pour les HSH de moins de 26 ans et pour le Mpox selon la situation épidémiologique. (Grade AE)

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

4.4. Les personnes prenant la PrEP

Le suivi et les recommandations de dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes sont présentés dans le chapitre « Prophylaxie pré-exposition ».

4.5. Les chemsexuels

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

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

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

4.7. Les personnes migrantes ou en situation de précarité

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

4.8. Les personnes trans

71. Un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes doit être proposé au moins une fois par an aux personnes trans multipartenaires, voire de façon trimestrielle selon leur exposition. (HAS 2017) (Grade C)
72. La proposition d'un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes lors d'actions communautaires, dans les lieux / espaces virtuels de convivialité ou de travail du sexe doit être favorisée.. (Grade AE)
73. Dans la mesure du possible, les autoprélèvements doivent être favorisés pour les dépistages vaginaux afin de réduire les éventuelles douleurs et l'inconfort. (Grade C)
74. Inclure, selon leur exposition, le dépistage régulier du VIH, des hépatites virales et des IST, et selon les besoins, la PrEP, dans une offre de santé trans adaptée aux besoins de ces personnes et aux différents temps de la transition et post-transition. Il sera important de sensibiliser les acteurs impliqués dans la santé des personnes trans, notamment les endocrinologues, au dépistage et la prévention. (Grade AE)

4.9. Les travailleurs et travailleuses du sexe

75. Selon l'utilisation de moyens de prévention et les conditions de précarité dans lesquelles vivent la personne, le dépistage du VIH doit être proposé au moins une fois par an, voire de façon trimestrielle. (Grade AE)
76. La proposition d'un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes lors d'actions communautaires sur les lieux de travail du sexe ou lors de maraude sur Internet doit être favorisées. (Grade AE)
77. Il est important d'aborder la prévention et notamment de proposer la PrEP aux personnes recevant un résultat négatif lors d'un dépistage du VIH (s'ils/elles ne sont pas déjà dans un programme de PrEP). (Grade AE)
78. Pour cette population notamment, il est indispensable d'offrir des modalités de dépistage accessibles en ligne (commande d'autotests VIH par exemple) et de soutenir les programmes délivrant de la prévention et de l'incitation au dépistage dans l'espace numérique (maraude des associations sur internet). (Grade AE)
79. Dans le cadre du dépistage du VIH et des IST sans ordonnance en laboratoire de biologie médicale (VihTest, Mon Test IST), assurer la possibilité de réaliser ces dépistages sans avance de frais aux personnes non assurées quel que soit leur âge. (Grade AE)
80. Il est recommandé de développer des liens entre les centres de santé sexuelle et les associations de santé communautaire pour orienter les offres de dépistage et de prévention vers les travailleur·ses du sexe, notamment ceux·celles isolé·es ou avec une forte mobilité. Quand cela est possible, des délégations de tâches pourront être établies pour faciliter encore l'accessibilité des soins. (Grade AE)

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

4.10. Les personnes détenues

Les recommandations pour la prévention et la prise en charge des personnes sous main de justice préconisent qu'un dépistage du VIH, VHB, VHC soit systématiquement proposé à l'entrée en détention, renouvelé au cours de la détention et à la sortie si la personne n'a pas bénéficié de ces dépistages récemment. Le dépistage des IST doit être proposé selon l'exposition ^[135].

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

4.11. Les personnes victimes de violences sexuelles

- 83.** Un dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST bactériennes doit être proposé après la révélation des violences sexuelles sans attendre et en favorisant les autoprélèvements locaux pour le dépistage des IST. Si les échanges s'y prêtent, la consultation peut être une opportunité pour vérifier le statut vaccinal pour le HPV et l'hépatite B. (Grade AE)
- 84.** Si la survenue des violences date de moins de 15 jours (6 semaines pour le VIH), un second dépistage devra être proposé 15 jours (6 semaines) plus tard. (Grade AE)
- 85.** Les interventions visant à un maintien dans le soin des victimes sont à développer afin de garantir la prise en soin des infections identifiées et pouvoir repropose un dépistage à distance de l'agression lorsque cela est nécessaire. Ce suivi peut s'élargir aux conséquences non-infectieuses des violences. (Grade AE)
- 86.** Les services qui reçoivent les victimes dans les suites immédiates de violences sexuelles doivent discuter de la pertinence de mettre en œuvre un traitement post-exposition du VIH (TPE). (Grade AE) (chapitre « Traitement préventif post-exposition au VIH »)

4.12. Les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap ont droit à une vie privée, intime, affective, sexuelle libre et épanouie, dans le respect de la loi et du consentement de chacun. Ce droit peut s'exercer au sein d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux comme rappelé par la circulaire du 5 juillet 2021.

- 87.** Les offres de dépistage, l'accès aux préservatifs, et si cela est adapté, à la PrEP doivent être proposés aux personnes en situation de handicap dans les mêmes conditions qu'en population générale. Selon la nature du handicap, des adaptations doivent être recherchées pour permettre d'offrir l'auto-prélèvement pour le dépistage des IST bactériennes. (Grade AE)
- 88.** La recherche de violences sexuelles au cours de la vie est à réaliser dans les mêmes conditions que pour la population générale et doit intégrer une recherche spécifique d'éventuelles violences au sein des institutions de résidence. (Grade AE)

Une approche globale des questions de vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en établissement et services sociaux et médico-sociaux est en cours de rédaction auprès de la HAS.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Coordination

Sous la coordination de Florence LOT (Santé publique France) pour les parties épidémiologie

Sous la coordination de Cécile Bébéar (Santé publique France) pour les parties Diagnostics biologiques

Groupe de travail

Anne-Sophie BARRET	Santé publique France
Béatrice BERÇOT	CNR IST bactériennes, Hôpital Saint-Louis, Paris
Nadjat BENHADDOU	CNR IST bactériennes, hôpital Cochin
Emmanuel BODOIGNET	Association AIDES
David BOUTOLLEAU	CNR Herpes virus, hôpital Pitié-Salpêtrière
Emilie CHAZELLE	Santé publique France
Guillaume DESOUBEAUX	CHU de Tours, INSERM
Nicolas DUPIN	CNR IST bactériennes, hôpital Cochin
Sébastien FOUÉRIÉ	Service de Dermatologie, Hôpital Saint-Louis, Paris
Philippe GRANGE	CNR IST bactériennes, hôpital Cochin
Sébastien HANTZ	CNR Herpes virus, CHU de Limoges, Inserm UMR1092
Quentin LEPILLER	CNR HPV, CHU Besançon
Olivia PEUCHANT	CNR IST bactériennes, CHU Bordeaux
Sabine PEREYRE	CNR des IST bactériennes, CHU de Bordeaux
Jean-Luc PRETET	CNR HPV, CHU Besançon
Delphine RAHIB	Santé publique France

Groupe de lecture

Ici le nom des participants sur 2 colonnes

Remerciements

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

Abréviations et Acronymes

ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
HAS	Haute Autorité de santé
ALD	Affections de longue durée
AME	Aide Médicale d'Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence Nationale de sécurité du médicament
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
APV	Auto-prélèvement vaginal
CE	Communauté européenne
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST)
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CIDDIST	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CMP	Centre médico- psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNR	Centre National de Référence
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
Comede	Comité pour la santé des exilés
COVARIS	Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Ct	Chlamydia trachomatis
DCIR	Données de consommation inter-régimes
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DO	Déclaration Obligatoire
DMDIV	Dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DROM	Départements et régions d'outre-mer
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EIA	Enzyme immuno-assay

ENP	Enquête nationale périnatale
HPV	Human papillomavirus (Papillomavirus humain)
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
Ig	Immunoglobulines
IST	Infections sexuellement transmissibles
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
LGV	Lymphogranulome vénérien
Mg	Mycoplasma genitalium
Mpox	Monkeypox
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
Ng	Neisseria gonorrhoeae
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
POC	« Point of care » = « près du patient »
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PPSMJ	Personnes placées sous main de justice
PSP	Personne en situation de prostitution
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDR	Réduction des risques
RPR	Rapid Plasma Reagine
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STC	Spécifications techniques communes
TAAN	Tests d'amplification de l'acide nucléique
TDR	Test de diagnostic rapide
TDS	Travailleuses et travailleuses du sexe
Tp	Treponema pallidum
TPHA	T. pallidum Hemagglutination Assay
TPPA	T. pallidum Particle Agglutination
TNT	Test non tréponémique

TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TT	Test tréponémique
UDI	Usagers de Drogues par voie Injectable
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHD	Virus de l'hépatite Delta
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPP	Valeur prédictive positive
VPN	Valeur prédictive négative

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
