



**REFERENTIEL  
MEDICAL  
CEGIDD 86**



**EDITION 2025**

## SOMMAIRE

Abréviations .....	P3
Introduction .....	P4
Principes généraux de prise en charge au CeGIDD .....	P5
<b>DIAGNOSTIC</b>	
Dépistage des IST.....	P6
Dépistage des cancers liés au Papillomavirus.....	P7
Chronologie des IST bactériennes .....	P8
Diagnostic biologique des IST .....	P9
Interprétation sérologie VHB.....	P10
Interprétation sérologie syphilis.....	P10
<b>PREVENTION</b>	
Vaccination contre les IST .....	P11
Contrôle de l'immunisation contre le VHB .....	P12
AES : risques selon types d'exposition.....	P13
Accidents d'exposition au risque viral : généralités .....	P13
AES : bilans biologiques .....	P14
AES : prophylaxie anti VIH .....	P14
AES : indications prophylaxie anti VIH après exposition sexuelle .....	P15
AES : indications prophylaxie anti VIH après exposition au sang .....	P16
AES : piqûres malveillantes .....	P17
AES : prophylaxie anti VHB .....	P17
PREP .....	P18
<b>TRAITEMENT</b>	
Prise en charge au CeGIDD d'une séroposivité VIH .....	P19
Traitement des IST virales .....	P20
Traitement des IST bactériennes .....	P21
Traitement des IST parasitaires et fongiques .....	P22
Contraception.....	P23
Gestion des allergies.....	P24

## ABREVIATIONS

- ◆ Ac : Anticorps
- ◆ AES : Accident d'exposition au sang / accident d'exposition sexuelle
- ◆ Ag : Antigène
- ◆ APV : Auto-prélèvement vaginal
- ◆ BU : Bandelette urinaire
- ◆ CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles
- ◆ CI : Contre-indication
- ◆ CSS : Centre de santé sexuelle
- ◆ CV : Charge virale
- ◆ DFG : Débit de filtration glomérulaire
- ◆ DIU : Dispositif intra-utérin
- ◆ HPV : Papillomavirus humain
- ◆ HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- ◆ Ig : Immunoglobuline
- ◆ IST : Infection sexuellement transmissible
- ◆ LCR : Liquide céphalo-rachidien
- ◆ PL : Ponction lombaire
- ◆ PREP : Prophylaxie pré-exposition
- ◆ TPE : Traitement post-exposition
- ◆ TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
- ◆ UDIV : utilisateur de drogue intraveineuse
- ◆ VHA, VHB, VHC : Virus des hépatites A, B et C
- ◆ VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

**Ce document porte uniquement sur la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles au CEGIDD 86. Sauf mention contraire, les traitements et les posologies indiqués concernent uniquement les sujets adultes. La posologie de certains antibiotiques est à adapter en cas d'insuffisance rénale ou hépatique. Les contre-indications et risques d'interactions médicamenteuses sont également à prendre en compte. Les circonstances et l'évolution des recommandations officielles peuvent conduire à utiliser d'autres choix que ceux proposés.**

Les IST constituent un phénomène cosmopolite et fréquent, avec environ 450 millions de cas chaque année dans le monde selon l'OMS concernant les IST guérissables : syphilis, gonorrhée, chlamydie, trichomonose... Le pronostic peut être fonctionnel (syndrome urétral, éruption, stérilité...), mais aussi vital. L'épidémiologie est dynamique, et connaît actuellement une bouffée épidémique en occident. Les IST favorisent la transmission sexuelle du VIH, et vice versa.

**La prise en charge d'une IST comporte toujours un dépistage** du patient et de son (ses) partenaire(s) pour l'IST concernée mais aussi les autres IST. Un suivi clinique et parfois microbiologique est nécessaire pour vérifier la guérison. En parallèle, une **démarche globale de promotion de la santé sexuelle** est indispensable : mesures d'éducation et de prévention vis-à-vis du risque d'IST (hygiène sexuelle dont usage du préservatif, vaccinations, PREP...) mais aussi de la contraception, ainsi que du dépistage des cancers induits par le papillomavirus (col utérin, anus). Un **soutien psychologique** et social est parfois également nécessaire.

**Les problématiques médico-juridiques**, incluant les situations de violence et/ou d'abus, sortent du cadre de ce document. Selon les cas, elles peuvent requérir des mesures urgentes (préservation de preuves, protection des personnes...), en lien si nécessaire avec les autorités compétentes.

**Lorsqu'on reçoit un mineur**, il est recommandé de s'assurer qu'il ne subit pas de violence dans le cadre de sa sexualité et que celle-ci est librement consentie. Toute atteinte sexuelle (viol si pénétration) commise par un majeur sur un mineur de quinze ans est réputée non consentie, sans avoir besoin qu'il y ait eu violence, contrainte, menace ou surprise, sauf si l'écart d'âge est inférieur à quatre ans. Si un mineur est exposé à des violences ou atteintes sexuelles, ou s'il est en danger dans le cadre de sa sexualité, il est obligatoire de prendre des mesures de protection : information préoccupante ou signalement direct au procureur en fonction du niveau de danger.

L'accueil au **CeGIDD 86** est assuré par une secrétaire : création du dossier, proposition d'anonymisation, programmation de la consultation d'annonce. Les consultations sont assurées par un médecin ou une sage-femme. Les sage-femmes peuvent être amenées si besoin à solliciter un avis médical ou une consultation médicale complémentaire (selon les cas infectiologie, gynécologue...) notamment dans les cas suivants : AES très récent (< 72h), patient symptomatique, certains résultats positifs, agression sexuelle ou pour tout questionnement ou difficulté particulière.

Au **CHU de Poitiers**, l'activité du CeGIDD 86 se situe porte 5 de la Vie La Santé sur le site du CHU en face des urgences (contact 05 49 44 39 05), le lundi de 9h à 12h30, le mardi de 12h30 à 19h, le mercredi de 9h à 12h et de 14h à 18h, le jeudi de 12h30 à 19h00 et le vendredi de 8h30 à 12h et de 13h à 16h.

Le **Groupe Hospitalier Nord Vienne** dispose sur chacun de ses deux sites d'une antenne du CeGIDD 86 : au **CH de Châtelleraut**, rue du Dr Luc Montagnier (contact 05 49 02 90 19), le mercredi de 11h30 à 19h ; au **CH de Loudun**, 3 rue des Visitandines (contact 05 49 98 44 72), sur rendez-vous.

**REDACTION** : Antoine ELSENDOORN

**VALIDATION** : Agnès BEBY-DEFAUX, Valentin GIRAUD, Takako IRI, Gwenaël LE MOAL

## PRINCIPES GENERAUX DE PRISE EN CHARGE AU CEGIDD

<p>Les CeGIDD ont pour mission de permettre un accès gratuit, confidentiel et de qualité à des services de prévention, de dépistage et de traitement des IST, du VIH et des hépatites virales.</p> <p>Leur approche globale, centrée sur la personne, favorise une prise en charge adaptée et efficace.</p>	
Éléments de prise en charge	Description
<b>Confidentialité et anonymat</b>	<p>Proposition d'un accueil confidentiel et anonyme, permettant de garantir sécurité et sérénité.</p> <p>Écoute active : attention particulière à l'écoute des besoins et des préoccupations des personnes.</p> <p>Non-jugement : accueil bienveillant, sans jugement ni stigmatisation, afin de favoriser une relation de confiance.</p>
<b>Accessibilité</b>	<p>Les services proposés par les CeGIDD sont gratuits, sans condition de ressources.</p> <p>Accès possible sans rendez-vous, facilitant ainsi le dépistage et l'accès aux soins pour tous, y compris les populations vulnérables. La prise de RDV est à privilégier néanmoins.</p>
<b>Dépistage et diagnostic</b>	<p>Propositions régulières de dépistages des IST, du VIH et d'autres infections.</p> <p>Les tests sont effectués rapidement et les résultats sont communiqués dans un délai raisonnable.</p> <p>Notification/dépistage des partenaires cf. p6.</p>
<b>Information et éducation</b>	<p>Sensibilisation sur les IST, les modes de transmission, la prévention (y compris l'utilisation de préservatifs et la vaccination), ainsi que sur d'autres sujets liés à la santé sexuelle, en particulier auprès des jeunes.</p> <p>Les CeGIDD distribuent gratuitement des préservatifs et d'autres moyens de contraception.</p> <p>Promotion des comportements à faibles risques.</p>
<b>Accompagnement psychologique</b>	<p>Propositions d'un soutien psychologique pour les personnes confrontées à des situations douloureuses liées à la sexualité.</p>
<b>Suivi médical</b>	<p>Mise en place d'un suivi médical adapté.</p>
<b>Prise en charge des co-infections</b>	<p>Gestion des co-infections (par exemple, VIH et hépatites) pour une prise en charge globale des patients.</p>
<b>Interdisciplinarité</b>	<p>Collaboration entre différents métiers de la santé (médecins, sage-femmes, infirmiers, psychologue, assistantes sociales, éducateurs de santé, associations...) pour une approche complète.</p> <p>Capacité de rediriger les patients vers d'autres professionnels de santé ou services (médecins spécialistes...) si besoin.</p>
<b>Respect des droits des patients</b>	<p>Prise en compte de la dignité et des droits des patients dans toutes les étapes de la prise en charge.</p> <p>La confidentialité des informations est strictement respectée.</p>
<b>Vaccination</b>	<p>Vaccinations contre les hépatites A et B, le papillomavirus et la variole du singe ± contrôle du calendrier vaccinal.</p>
<b>Liens généraux utiles</b>	<p><a href="https://www.cns.sante.fr/dossiers/dossier-experts/rapport-experts-2023/">https://www.cns.sante.fr/dossiers/dossier-experts/rapport-experts-2023/</a></p> <p><a href="#">Association de patients VIH et co-infections • Actions Traitements</a></p> <p><a href="#">Société Française de Lutte Contre le Sida</a></p> <p><a href="https://vihclic.fr/">https://vihclic.fr/</a></p> <p><a href="#">Haute Autorité de Santé - HAS - Professionnels</a></p> <p><a href="#">Haut Conseil de la santé publique</a></p> <p><a href="#">Accueil - SPILF - Infectiologie</a></p> <p><a href="#">Accueil   corevih</a></p>

## DEPISTAGE DES IST

En population générale : **dépistage conjoint VIH, VHB, VHC au moins une fois dans la vie** entre 15 et 70 ans. **Accès généralisé au dépistage sérologique du VIH dans tous les laboratoires** de biologie médicale sans ordonnance et avec **prise en charge à 100 %**. Elargissement du **dépistage sans ordonnance en laboratoire de biologie médicale à d'autres IST avec prise en charge du dépistage à 100 % pour les moins de 26 ans**.

**Adapter examens et périodicité selon particularités patients** (combinaisons possibles). Si **prise de risque récente cf. § AES p13**.

Ne pas oublier **indications usuelles** : signes cliniques d'IST, d'immunodépression ou de primo-infection VIH, tuberculose, prise de risque, rapport non consenti, incarcération...

Proposer **notification/dépistage partenaires** (sur les 6 derniers mois si Chlamydia ou gonocoque, 14j urétrite masculine à gonocoque ; si syphilis : 3 mois forme primaire, 6 mois secondaire, 1 an latente précoce : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-08/notification\\_aux\\_partenaires\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-08/notification_aux_partenaires_synthese.pdf).

**Dispositif d'aide à la notification anonyme aux partenaires** : Flasher le QRcode sur l'affiche (cf. lien ci-dessous) permet d'entrer sur ce dispositif. Il permet de faire envoyer un message anonymisé aux partenaires exposés les invitant à se faire dépister, avec un lien vers la carte de Sida Info Service®. Valable pour le VIH comme pour les IST. [https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/public/notification\\_aux\\_partenaires.jpg](https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/public/notification_aux_partenaires.jpg).

Profil du patient	Infections à dépister (modulable au cas par cas)					
	VIH	VHB	VHC	Syphilis	Chlamydia Gonocoque*	Périodicité (mois)
Hétérosexuel nouveau partenaire	X	X**	X***	X	X	-
Grossesse	X	X**	+/-	X	Age <25ans ou IVG	-
Hétérosexuel multipartenaires (au moins 2 partenaires dans l'année)	X	X**	X***	+/-	X	12 voire moins
HSH et personnes transgenres****	X	X**	X	X	1 <sup>er</sup> jet d'urines, anus et pharynx selon pratiques	12 voire moins *****
Travailleur du sexe, viol	X	X**	+/-	X	X	12 voire moins
Usager de drogues injectables	X	X**	X			12
Personnes présentant une IST	X	X**	X	X	X	Selon exposition

\*La HAS recommande qu'au moins un dépistage de *Chlamydia trachomatis* soit réalisé chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, dont femmes enceintes.

Si test négatif et rapports non protégés avec nouveau partenaire, dépistage répété chaque année. **Si test positif, un traitement est défini et dépistage répété à 3-6 mois**. Dépistage opportuniste ciblé à proposer aux populations suivantes : hommes sexuellement actifs avec facteurs de risque quel que soit l'âge ; femmes sexuellement actives de plus de 25 ans avec facteurs de risque ; femmes enceintes consultant pour IVG. Facteurs de risque : multipartenariat (au moins 2 partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST, antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol. \*\*Sauf antécédent dosage Ac anti-HBs >100UI/l ; si <10 discuter vaccination. \*\*\*Au moins une fois dans la vie, puis si risque d'exposition au sang : tatouage, piercing, transfusion ou soins médicaux sans usage de matériel stérile ou dans région à risque... \*\*\*\*Proposer dosage IgG anti-VHA (sauf antécédent positif connu) ; si négatif discuter vaccination. \*\*\*\*\*Dépistage VIH, VHC, Chlamydiae et gonocoque rapproché **au minimum tous les 3 mois si haut risque d'exposition** : rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois voire moins, épisodes d'IST dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à Chlamydia, primo-infection hépatite B ou hépatite C), plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition dans les 12 derniers mois, usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, méphédronne) lors des rapports sexuels.

## DEPISTAGE DES CANCERS LIES AU PAPILLOMAVIRUS

**La détection des HPV à haut risque (HR) = test HPV ne doit pas être effectuée dans le but de dépister une IST +++**

### **DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS :**

Eviter la prescription connectée. Bon spécifique à remplir commun à l'anapath et la virologie +++ et notamment la non opposition à la transmission des résultats et les résultats anatomopathologiques antérieurs : bien préciser résultats **cytologiques** ET **histologiques** antérieurs si dispos

<https://chu-poitiers.manuelprelevement.fr/DocumentNew.aspx?idDoc=14922>

● **De 25 à 29 ans révolus** : frottis cervical à la jonction exo-endocol avec brosse dédiée dans le milieu PRESERVCYT® (thinprep, HOLOGIC) adressé en Anatomopathologie (ACP) pour cytologie.

- Si cytologie ASC-US ou AGC, le test HPV sera fait de façon réflexe sur le même prélèvement : si positif, colposcopie à prévoir.

- Si cytologie anormale autre : colposcopie à prévoir.

- Rythme de réalisation : après deux cytologies normales à un an d'intervalle, une cytologie est effectuée à 3 ans en l'absence de symptôme (25, 26 et 29 ans idéalement, puis test HPV 3 ans après).

● **A partir de 30 ans** si la dernière cytologie date de plus de 3 ans ou si le dernier test HPV date de plus de 5 ans : même prélèvement cervical (frottis) dans le même milieu PRESERVCYT mais adressé en Virologie pour le test HPV (PCR HPV à haut risque ou HR).

- En cas de test HPV+, une cytologie réflexe sera faite sur le même prélèvement par l'ACP (transmis par la virologie).

- En cas de test HPV+ et d'anomalie cytologique, un RDV pour colposcopie sera proposé.

- Si test HPV négatif, prochain test 5 ans plus tard en l'absence de symptôme. La limite d'âge de 65 ans peut être dépassée si pas de dépistage antérieur.

Si la patiente refuse (ou si pas de matériel pour) le prélèvement cervical, possibilité de proposer un auto-écouvillonnage vaginal (APV) pour PCR HPV (milieu e-NAT : bouchon bleu, écouvillon floqué à demander à Natalie Charpentier, cadre, poste 43925). Bien expliquer à la patiente que dans ce cas, si le test HPV est positif, il faudra réaliser un frottis du col de l'utérus pour la cytologie qui ne peut être faite sur APV.

**Test HPV HR pour dépistage cancer anal** : hors CeGIDD (populations ciblées - autoprélèvement non recommandé en 2024 – prélèvement fait au CHU de Poitiers par proctologue, milieu PRESERVCYT et écouvillon et bon de prescription dédiés).

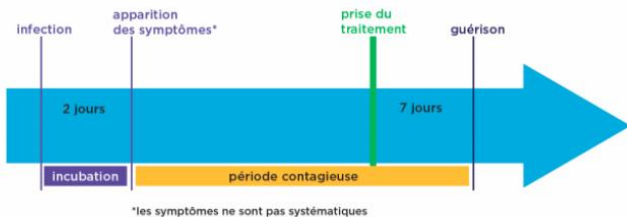
Indications à titre indicatif : HSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans, femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve, femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans. Femmes vivant avec le VIH de plus de 30 ans ayant un antécédent de cancer ou de lésion intra-épithéliale de haut grade du col (CIN2+).

<https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/03/Recommandations-pour-la-pratique-clinique-2022-texte-court.pdf>

[https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2024/06/VIH-Cancer\\_Recommandation\\_Rapport-dexperts\\_-20240521.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2024/06/VIH-Cancer_Recommandation_Rapport-dexperts_-20240521.pdf)

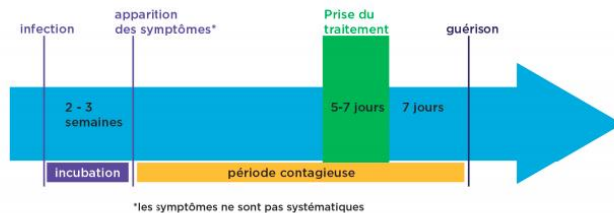
## Le gonocoque

### Le calendrier



## Le mycoplasme

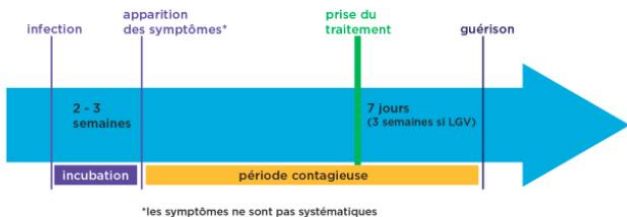
### Le calendrier



8

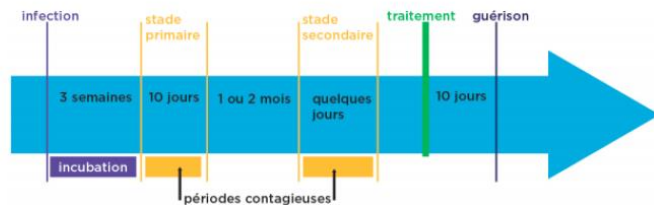
## La chlamydia

### Le calendrier



## La syphilis

### Le calendrier





**DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DES IST** (le CeGIDD assure le recensement déclaratif des cas de syphilis et gonocoque diagnostiqués ; diagnostic Mpx cf. p20)

Pathologie suspectée	Circonstances cliniques		Examens à réaliser	
<b>Urétrites/cervicites</b> Prélèvement impératif avant traitement pour : - Confirmer diagnostic - Réaliser antibiogramme si possible - Surveiller épidémiologie  <b>BIEN PRÉCISER SI SYMPTÔMES EN FAVEUR D'UNE IST OU NON +++</b> (ceci déclenche la recherche de la résistance aux macrolides de <i>M. genitalium</i> (Mg) et l'interprétation de la présence de <i>Ureaplasma urealyticum</i> (Uu) chez l'homme et <i>Mycoplasma hominis</i> (Mh) chez la femme) Utiliser écouvillons/milieux de transport adaptés Si infection urinaire possible faire ECBU	<b>Chez la femme :</b> - Si asymptomatique : APV (PCR) - Si symptomatique : prélèvement endocol ou APV (PCR) Si suspicion de vaginose le préciser (recherche spécifique)		Sur chaque prélèvement : PCR multiplex (7 germes) - Si pas de symptômes d'IST : PCR <i>C. trachomatis</i> (Ct), <i>N. gonorrhoeae</i> (Ng), <i>M. genitalium</i> (Mg) rendus, et si détection de <i>Trichomonas vaginalis</i> (Tv) sera rendu aussi  - <b>Si symptômes</b> : PCR (Ct, Ng, Mg (+ résistance) rendus ; si Tv : sera rendu ; si tout négatif et Uu présent chez homme ou Mh chez femme : seront rendus) ET tube pour culture pour recherche de Ng et antibiogramme (pas d'urines pour la culture+++)  <b>Si M. genitalium avec symptômes</b> : recherche mutations de résistances aux macrolides pour choix traitement sera faite automatiquement par labo si présence de symptômes précisée (± sensibilité FQ si échec, à discuter)	
	<b>Chez l'homme :</b> - Si pas d'écoulement : PCR sur premier jet urinaire (<10ml), si possible sans miction depuis au moins 2h - Si écoulement : <u>écouvillonnage méatique (+ goutte)</u> , sans désinfection préalable, ni miction depuis au moins 2h (pour la culture gonocoque) et 1 <sup>er</sup> jet urine (pour la PCR)			
	Selon pratiques sexuelles : écouvillon pharynx et/ou anus dans les 2 sexes			
<b>Hépatite A</b>	Hépatite aigue		IgM anti-VHA	
	Recherche d'exposition passée si indication vaccin, cf. p11		IgG anti-VHA (ou Ac totaux)	
<b>Hépatite B</b> Interprétation et contrôle d'immunité cf. p10 et 12 Sérologie inutile si sujet immunisé cf. p12	Dépistage sujet non vacciné   Sérologie complète = Ag HBs + Ac anti-HBc + Ac anti-HBs			
	Dépistage sujet vacciné   Ac anti-HBs seuls ; sérologie complétée automatiquement au labo si résultat ≤100UI/L			
	Si prise de risque < 12 semaines contrôler à S12 si non immunisé (en complétant vaccination en parallèle)			
<b>Hépatite C</b> Risque seulement si contact avec sang : menstruations, rapport sexuel traumatique ou anal, viol, toxicomanie, tatouage, piercing, soins dans pays à risque, AES professionnel...	Prise de risque < 12 semaines	Sérologie (+/- PCR si symptomatique) + contrôle à S12 de prise de risque si négative		
	Dernière prise de risque ≥ 12 semaines		Sérologie, pas de contrôle	
	Si sérologie antérieurement positive		Ne pas faire de sérologie, seule la PCR est indiquée pour détecter une ré-infection ou pour suivre une infection déjà connue	
	Si suivi AES exposant au sang et ARN VHC+ chez sujet source		Ajouter PCR qualitative à S6	
<b>VIH</b> (déclaration : laboratoire et infectiologue) Délai maximal positivation sérologie = 6 semaines (12 pour les TROD) Si test positif le Western Blot (WB) est réalisé sur le même prélèvement par le labo sans prescription Si ELISA et WB positifs, un 2 <sup>ème</sup> prélèvement est nécessaire pour vérification d'identité (test ELISA) Si ELISA positif et WB négatif : soit primo-infection soit faux positif le plus souvent ; contrôle alors nécessaire sérologie + ARN viral	Dernière prise de risque < 48h		Consultation médicale en urgence Sérologie +/- mise en route d'un TPE	
	Dernière prise de risque entre 48h et 6 semaines		Sérologie (+/- PCR si symptomatique) + contrôle à 6 semaines de la dernière prise de risque si négative sauf si symptômes ou si partenaire VVIH (dans ce cas faire ARN viral à partir de J10 après contage)	
	Dernière prise de risque ≥ 6 semaines		Sérologie, pas de contrôle	
	Si suspicion de primo-infection et sérologie négative		Recherche ARN viral (PCR) (se positive environ à 10 jours après contage)	
<b>Syphilis</b> (interprétation cf. p10) Si anomalies neuro- ou ophtalmologiques, syphilis tertiaire, latente tardive, échec traitement : discuter PL	Suspicion clinique	Test tréponémique (ELISA) ± test non tréponémique (RPR) si positif Si négatif : contrôle à 2-3 semaines des symptômes Si négatif : contrôle si besoin 6 semaines après dernière prise de risque (± S12 si risque élevé)		
	Dépistage	ELISA (± RPR si positif) à répéter si besoin 6 semaines après dernière prise de risque (± S12 si risque élevé)		
<b>Suspicion HSV génital</b>	Vésicules en bouquet ou érosions/ulcérations quand les vésicules sont rompues et si la personne n'a pas connaissance de son infection : prélever à l'écouvillon floqué en grattant lésions et mettre en milieu de transport e-NAT ou e-Swab pour PCR HSV. <b>Diagnostic différentiel : Mpx cf. p20.</b>			

### INTERPRETATION SEROLOGIE VHB

Si contrôle immunisation post-vaccinale, cf. p12.		
Profil sérologique	Interprétation	Conduite à tenir
Ag HBs – ; Ac anti-HBc – ; Ac anti-HBs – (et pas de prise de risque <12 semaines)	Sujet non vacciné : absence d'immunité	Vaccination complète
	Sujet incomplètement vacciné (< 3 injections)	Compléter schéma vaccinal et contrôler Ac anti-HBs 1 à 2 mois après
	Sujet complètement vacciné (≥ 3 injections)	Refaire 1 dose et contrôler Ac anti-HBs à 1 à 2 mois jusqu'à obtention d'un taux protecteur Pas plus de 6 doses en tout sauf cas particuliers
Ag HBs – ; Ac anti-HBc – ; Ac anti-HBs ≥ 10UI/l	Immunisation après vaccination	Rien si schéma vaccinal complet et/ou Ac anti-HBs >100UI/L, sinon compléter schéma
Ag HBs – ; Ac anti-HBc + ; Ac anti-HBs +	Infection ancienne guérie (possibilité de réactivation chez immunodéprimé : PCR ADN viral sanguin)	Discuter traitement si mise sous immunosuppresseur ou immunodépression
Ag HBs – ; Ac anti-HBc + ; Ac anti-HBs –	Infection ancienne guérie ou guérison en cours (dans ce cas IgM anti-HBc +) ou infection occulte ou faux positif de l'Ac anti-HBc : infection ancienne dans la plupart des cas après exclusion d'un éventuel résultat faux positif du dosage des Ac antiHBc par un second test ; possibilité de réactivation chez immunodéprimé (recherche par PCR ADN viral sanguin)	Pas d'indication vaccinale ni de PCR hors contexte particulier (immunodépression et grossesse) ; si PCR positive : avis spécialisé Discuter traitement si mise sous immunosuppresseur (possible réactivation)
Ag HBs + ; Ac anti-HBc + ; Ac anti-HBs –	Infection chronique si Ag HBs positif > 6mois	Avis spécialisé
Ag HBs + ; Ac anti-HBc – ; Ac anti-HBs –	Infection aigue récente ou vaccination récente	
Ag HBs + ; Ac anti-HBc + ; Ac anti-HBs +	Séroconversion HBs en cours probable (ou réactivation infection ancienne)	

### INTERPRETATION SEROLOGIE SYPHILIS (TT = test tréponémique (ELISA) ; TNT = test non tréponémique (RPR))

Sérologie	Interprétation	Conduite à tenir
TT -	- Absence de syphilis ? - Contamination récente ?	Contrôle après 2-3 semaines si symptômes Puis contrôle si besoin 6 semaines après dernière prise de risque (± S12 si risque élevé) + si contagé récent < 12 semaines discuter traitement systématique sans délai
TT + TNT -	- Cicatrice d'une syphilis tardive ou décapitée, ou tréponématose endémique ? - Très rare syphilis latente tardive à TNT négatif ? - Faux positif du TT (maladie auto-immune, maladie de Lyme, toxicomanie intraveineuse...) ?	Idem + recherche diagnostic différentiel
TT + TNT +	- Syphilis confirmée ; si grossesse vérifier spécificité par immunoblot : si négatif évoquer début de séroconversion ou faux positif et faire contrôle sérologique	Traitement puis contrôle TNT M3, M6, M12 (± M24 si VIH ou TNT M12 positif) NB : si le traitement est décalé de plus de 7j par rapport au TNT, refaire TNT le jour de l'injection car il varie rapidement

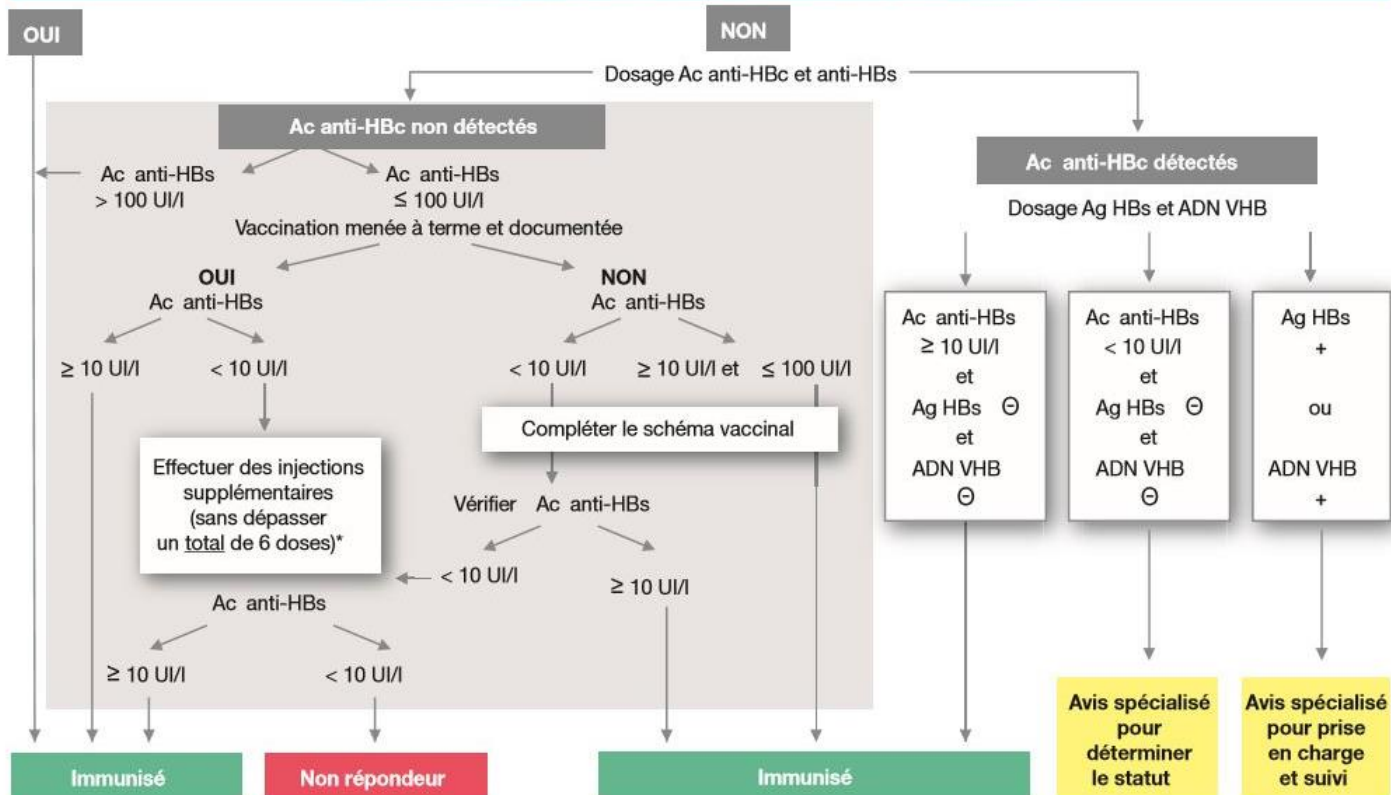
**VACCINATION CONTRE LES IST** [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\\_des\\_vaccinations\\_-2025.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_des_vaccinations_-2025.pdf)

Toutes les doses reçues comptent indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose dès lors que l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge sont respectés. Il n'est pas dangereux d'administrer des vaccins à une personne déjà immunisée vis-à-vis de cette maladie, et donc un rattrapage vaccinal est indiqué en cas de statut inconnu. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3148787/fr/fiche-synthese-rattrapage-vaccinal-population-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3148787/fr/fiche-synthese-rattrapage-vaccinal-population-generale). Contre-indications, précautions, administration : [https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2022/07/VACCINEWS\\_1.pdf](https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2022/07/VACCINEWS_1.pdf). Si administration non-simultanée, un délai de 4 semaines doit être respecté entre 2 vaccins vivants atténués viraux (Mpxv, ROR, varicelle, zona, fièvre jaune).

Infection	Schéma vaccinal		Indications particulières dans le cadre des IST		
<b>HPV (âge 11-14 ans)*</b>	GARDASIL 9® 0,5 : 1 injection IM + rappel après 6 mois		- Filles et garçons âgés de 11 à 14 ans		
<b>HPV (âge &gt;14 ans)*</b>	GARDASIL 9® 0,5 : 1 injection IM + rappel après 2 mois et après 6 mois		- Jeunes femmes et jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus si non vaccinés avant (rattrapage vaccinal) - HSH jusqu'à 26 ans inclus (non remboursé au-delà)		
<b>Hépatite A</b> (non pris en charge par l'assurance maladie)	VAQTA® 50UI : 1 injection IM + rappel après 6 à 12 mois		- HSH, sujet infecté par VIH, VHB ou VHC - Sujet contact d'un ou plusieurs cas d'hépatite A		
<b>Hépatite B</b>	<p>ENGERIX B® 20ug : 1 injection IM + rappel après 1 mois et après 6 mois. Alternative si nécessité d'obtenir immunisation rapidement : schéma accéléré : J0, J7, J21. Une 4<sup>ème</sup> injection est nécessaire après un an pour obtenir immunité durable</p> <p>Si vaccination antérieure douteuse ou incomplète, discuter dosage Ac anti-HBs 1 à 2 mois après injection pour confirmer ou non intérêt schéma complet (cf. p12)</p> <p>Si immunodépression ou hémodialyse : double dose = 40µg d'ENGERIX B20® à chaque injection schéma M0, M1, M2, M6</p>		<p>Pour les personnes non antérieurement vaccinées dans le cadre des recommandations générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs</li> <li>- Relations sexuelles avec des partenaires multiples</li> <li>- Usagers de drogues par voie parentérale</li> <li>- Personnes vivant sous le même toit qu'une personne infectée par le VHB</li> <li>- Partenaires sexuels d'une personne infectée par le VHB</li> <li>- Personnes détenues</li> </ul>		
<p><b>Mpxv/variole</b> : vaccins de 3<sup>ème</sup> génération</p> <p>Contre-indication : hypersensibilité protéines de poulet, benzonase, gentamicine ou ciprofloxacine, et au cas par cas pour grossesse et mineurs car données limitées</p>	<p>- Pré-exposition : IMVANEX® ou JYNNEOS® 2 injections SC espacées d'au moins 28 jours ; 3<sup>ème</sup> dose 28 jours plus tard si immunodépression ; 1 seule dose si personne immunocompétente déjà vaccinée avant 1980 par vaccin de 1<sup>ère</sup> génération</p> <p>- Rappel environ 2 ans plus tard</p> <p>- Post-exposition : de préférence avant J5, maxi J14</p>		<p>- HSH et personnes trans avec partenaires sexuels multiples, travailleurs du sexe, professionnels de lieux de consommation sexuelle</p> <p>- Partenaires occasionnels ou partageant le même lieu de vie que de ces personnes</p> <p>- Séjour en zone à risque au cas par cas</p> <p>- Pas d'indication pour sujets ayant déjà eu la maladie</p>		
<b>Schémas combinés possibles (injecter sur sites différents)</b>	Possibilité de réaliser jusqu'à quatre injections au cours d'une séance de vaccination ; utiliser des sites différents lors d'injections multiples, espacés d'au moins 2,5 cm, en privilégiant les deltoïdes				
	M0	M1	M2	M6	M8
VHA + VHB	VHA + VHB	VHB		VHA + VHB	
VHA + HPV	VHA + HPV		HPV	VHA + HPV	
VHB + HPV	VHB + HPV		VHB + HPV		VHB + HPV
VHA + VHB + HPV	VHA + VHB + HPV		VHB + HPV		VHA + VHB + HPV

\*La vaccination contre les infections à papillomavirus ne se substitue pas au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin, y compris chez les femmes vaccinées, mais vient renforcer les mesures de prévention. À partir de 25 ans, toutes les jeunes femmes vaccinées ou non vaccinées doivent continuer à bénéficier du dépistage selon les recommandations en vigueur cf. p6.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**NB : si immunodépression un contrôle peut être requis au cas par cas.**

## ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG / ACCIDENTS D'EXPOSITION SEXUELLE : RISQUES SELON TYPE D'EXPOSITION

Virus	Risque de transmission (si charge virale positive)		Risque selon le type de liquide biologique (listes non exhaustives)	
	Percutané	Muqueuse/peau lésée	Risque documenté	Risque nul en principe
VIH	Soignant : 0,32% UDIV : 0.67%	0,04%	Sang, liquides biologiques contenant du sang, sperme, sécrétions vaginales, LCR, LBA, liquide pleural, liquide amniotique, lait	Salive, urines, selles (sauf si souillées par du sang, lésion muqueuse...)
VHB	Jusqu'à 30-40% si non immunisé	40% si non immunisé	Sang, liquides biologiques contenant du sang, sperme, sécrétions vaginales, lait	Salive, urines, selles (sauf si souillées par du sang, lésion muqueuse...)
VHC	Soignant : 1,8% UDIV : important	Non quantifié mais plausible	Sang, liquides biologiques contenant du sang, liquide d'ascite	Sperme, sécrétions vaginales, salive, urines, selles (sauf si souillés par du sang, lésion muqueuse...)

### ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL : GENERALITES

[https://www.has-sante.fr/icms/p\\_3536916/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih-fiche-synthetique](https://www.has-sante.fr/icms/p_3536916/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih-fiche-synthetique)

**SI EXPOSITION AU SANG SOINS LOCAUX IMMEDIATS** : Ne pas faire saigner. Nettoyage zone lésée à l'eau et au savon. Rincer et sécher. Appliquer ou faire tremper pendant au moins 5 minutes dans un antiseptique (DAKIN® ou à défaut polyvidone iodée). Ne pas utiliser la FHA. Si projection muqueuse, rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 5min). Si possible utiliser rinces-oeil. Si lentilles de contact, les retirer, les jeter et rincer.

**Ne pas conserver ou envoyer de matériel souillé** (aiguilles...) au laboratoire (non pertinents et risque de blessure lors des manipulations).

**PRIORITE = EVALUATION SEROLOGIQUE DU SUJET SOURCE +++** (prescription immédiate par médecin en charge du sujet source ongles CYBERLAB AES) :

- **Si AES professionnel à risque et sujet source connu** cocher « Patient source pour AES URGENT (avec intention de traiter) » dans onglet « AES professionnel Patient source » : comprend **sérologie VIH** (possible en urgence si besoin : à **Châtelleraut résultat rapide par TROD VIH appeler dès décision le labo au 9487 pour prévenir de l'AES (acheminer tubes rapidement)**, à Loudun **TROD VIH réalisable au centre de soins non programmés** ; si séropositivité VIH connue discuter charge virale VIH ± en urgence avec biologiste), **antigénémie HBs** (utile seulement si sujet exposé non immunisé ; à **Châtelleraut résultat rapide possible par TROD VHB via appel labo au 9487**), **sérologie VHC** (± PCR sans urgence si positive ou source possiblement en cours de séroconversion). **A défaut faire prescription papier.**

- **Si AES sexuel chaque protagoniste (si présents) est potentiellement à la fois sujet source et sujet exposé** donc cocher à la fois les éléments nécessaires dans onglet « AES sujet exposé et/ou AES sexuel » cf. bilan J0 p14 mais aussi « Patient source pour AES URGENT (avec intention de traiter) » dans onglet « AES professionnel Patient source » en plus des éléments requis dans onglet « AES sujet exposé et/ou AES sexuel » : **résultat VIH/VHB urgent si besoin cf. supra.**

- **Si contexte ou symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH** (sujet source ou exposé, initialement ou pendant suivi), prescrire **ARN viral VIH** et mentionner la suspicion de primo-infection, quel que soit le délai, la sérologie pouvant alors être prise en défaut. De même les autres IST doivent être recherchés plus tôt si symptôme clinique évocateur.

**EVALUATION SEROLOGIQUE DU SUJET EXPOSE** (prescription possible sur onglet CYBERLAB dédié aux AES) : cocher éléments nécessaires dans onglet « AES sujet exposé et/ou AES sexuel » cf. bilan J0 p14 ; **résultat en général non urgent**, l'attente du résultat ne doit pas faire différer début TPE urgent si indiqué.

**INDICATIONS TPE (ANTI VIH / ANTI VHB) SELON NATURE DE L'EXPOSITION ET STATUT SEROLOGIQUE SUJET EXPOSE ET SUJET SOURCE** cf. p15-17 : **si TPE anti VIH indiqué le débiter le plus rapidement possible (au plus tard dans les 48h) : première prise délivrée immédiatement** par l'équipe médicale en remettant kit AES. Devant une situation intermédiaire, mieux vaut traiter par excès que par défaut. Si décision prophylaxie aux urgences, organiser rendez-vous de réévaluation par médecin référent avant J5 : consigne au patient de prendre RDV au plus vite via secrétaires en précisant motif AES. Si âge <15 ans, avis pédiatre systématique. Cas particulier paludisme ou autre agent infectieux à risque connu chez patient source : avis spécialiste.

**Autres mesures** : Prise en charge médico-légale en urgence si rapport non consenti. **Discuter contraception d'urgence** si nécessaire. **Rapports sexuels protégés et éviction don d'organes, de sang ou de lait** jusqu'aux résultats finals du suivi sérologique. Après AES sexuel discuter ensuite **mise sous PREP selon niveau de risque.**

**Si accident du travail rédiger certificat médical pour déclaration dans les 48h (informer cadre si CHU) par agent qui contactera SST avant J8 pour encadrer suivi.**

## ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL : BILANS BIOLOGIQUES

Délai	Examens à réaliser chez le sujet exposé selon type d'AES et éventualité d'un TPE anti-VIH (en général 2 bilans suffisent : 1 initial et 1 final)			
	Exposition au sang		Exposition sexuelle	
<b>J0</b> si <b>TPE</b> (sinon ≤ J7)	Sérologies VIH, VHB si risque*, VHC, ALAT ± β-hCG Créatinine <i>si possible indication de TPE</i>		Sérologies VIH, VHB si risque*, VHC, syphilis, ALAT ± β-hCG PCR chlamydia et gonocoque (auto-écouvillonnage vaginal, premier jet d'urines si pénis, anus et pharynx selon pratiques) Créatinine <i>si possible indication de TPE</i>	
	Exposition au sang sans TPE	Exposition au sang avec TPE	Exposition sexuelle sans TPE	Exposition sexuelle avec TPE
<b>S4</b>				<i>Si enchaînement avec PREP : 1 unique bilan type « pré-PREP » complet (± ARN VIH) à S4 post AES puis suivi type PREP cf. p18</i>
<b>S6</b>	<i>Si sujet source ARN VHC positif : charge virale VHC Si patient ne souhaitant pas attendre S12 : sérologie VIH</i>	<i>Si sujet source ARN VHC positif : charge virale VHC</i>	<i>Si pas de risque VHB* ou VHC** : Sérologie VIH et syphilis PCR chlamydia et gonocoque</i>	
<b>S10</b>		<i>Si patient ne souhaitant pas attendre S12 : sérologie VIH</i>		<i>Si pas de risque VHB* ou VHC** : Sérologie VIH et syphilis PCR chlamydia et gonocoque</i>
<b>S12</b>	Sérologie VIH <i>si pas faite à S6-10</i> Sérologie VHB <i>si risque VHB*</i> Sérologie VHC		Sérologies VIH et syphilis <i>si pas faites à S6-10</i> PCR chlamydia et gonocoque <i>si pas faites à S6-10</i> Sérologie VHB <i>si risque VHB*</i> Sérologie VHC <i>si risque VHC**</i>	

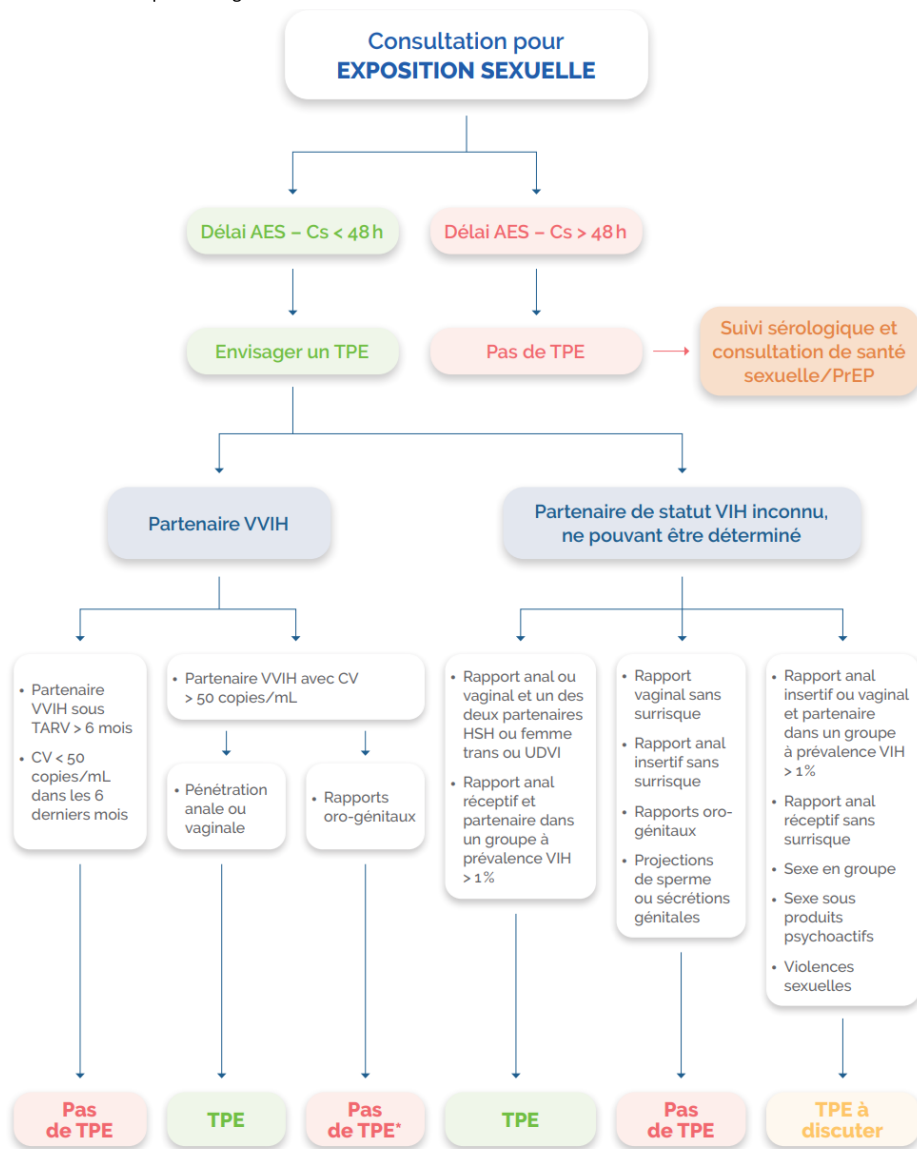
\*Pas de risque hépatite B si : sujet exposé immunisé immunocompétent (cf. p12). \*\*Risque hépatite C après exposition sexuelle : pratique anale potentiellement traumatique, source usager de drogues intraveineuses, chemsex, rapport non consenti, source ARN VHC positif ou inconnu à risque ± contact sang-muqueuse/peu lésée...

## ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL : PROPHYLAXIE ANTI VIH (vérifier systématiquement si interactions : <https://www.hiv-druginteractions.org/checker>)

Traitement de première intention, posologie, durée	Alternatives (pour les TPE alternatifs hors kit, contacter pharmacie)
Association doravirine/ténofovir/emtricitabine (DELSTRIGO®) 1/j 30j. Contre-indications : DFG <50ml/min, allergie, grossesse, allaitement, enfant <12 ans, poids <35 kg, interactions à vérifier systématiquement cf. fiche info : <a href="https://actions-traitements.org/wp-content/uploads/2020/08/57_DELSTRIGO.pdf">https://actions-traitements.org/wp-content/uploads/2020/08/57_DELSTRIGO.pdf</a> . Les kits de prophylaxie contiennent chacun un traitement pour 3j avec une fiche d'information patient. Remettre au patient 1 à 2 kits en attendant réévaluation par médecin référent, selon délai prévisible cf. p13.	<u>Fiches info patient</u> : <a href="https://actions-traitements.org/infos-retroviraux/">https://actions-traitements.org/infos-retroviraux/</a> - <i>Si grossesse ou allaitement</i> : association dolutégravir (TIVICAY®) 50 mg 1/j + ténofovir/emtricitabine (TRUVADA®) 1/j 30j. - <i>Si 30 ≤ DFG &lt; 50 ml/min/1,73m2</i> : association bictégravir/ténofovir/emtricitabine (BIKTARVY®) 1/j 30j. - <i>Si DFG &lt;30 mL/min/1,73m2</i> : association dolutégravir (TIVICAY®) 50 mg 1/j + doravirine (PIFELTRO®) 100 mg 1/j 30j (seule association à n'avoir aucune activité contre le VHB donc si risque VHB discuter sérum en plus du vaccin). - <i>si enfant avant 12 ans ou poids de moins de 35 kg</i> : association bictégravir/ténofovir/emtricitabine (BIKTARVY® forme pédiatrique) 1/j 30j.
<b>Si le sujet source est traité et porteur d'une charge virale détectable, un avis spécialisé est souhaitable pour le choix du traitement.</b>	

## INDICATIONS PROPHYLAXIE ANTI VIH APRES EXPOSITION SEXUELLE

Penser à contraception d'urgence si nécessaire.

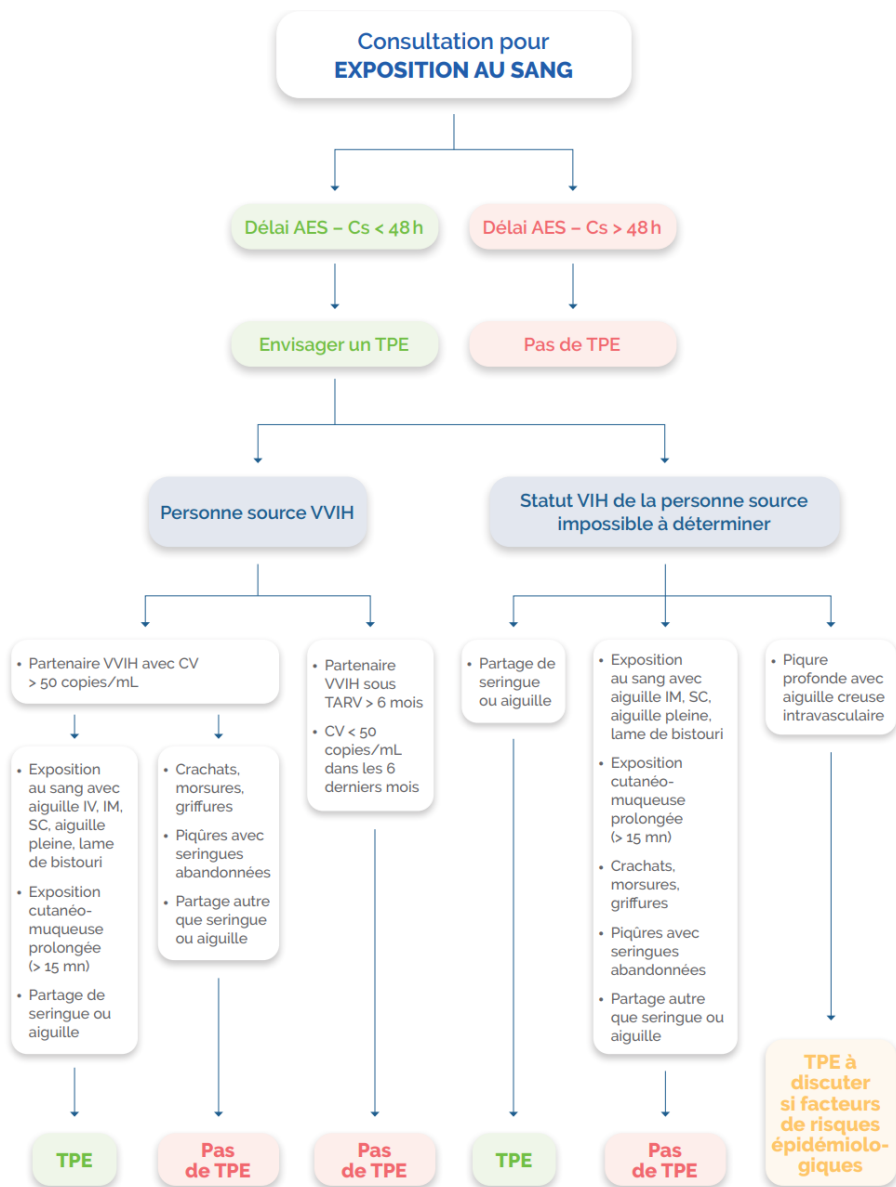


\* Sauf fellation réceptive et charge virale documentée > 1 000 copies/mL chez le sujet source

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

## INDICATIONS PROPHYLAXIE ANTI VIH APRES EXPOSITION AU SANG

Penser si nécessaire à prévention du tétanos si nécessaire (aiguille souillée milieu tellurique...).



Facteurs de risque épidémiologique d'infection VIH : personne source originaire de zone de haute endémie (prévalence  $\geq 1\%$ , dont certains pays d'Afrique subsaharienne, et la Guyane)\*, usager de drogue intraveineuse  $\pm$  multi-partenaires...

\*Liste des pays d'origine à risque classés par ordre de prévalence du VIH : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS>



## ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL : PIQURES MALVEILLANTES

<https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/public/2024-07/Protocole%20piq%C3%BBres%20Malveillantes%20en%20milieu%20festif%20-NA-VF-juin%202024.pdf>

Vérifier risque tétanos, glycémie capillaire, recherches IST. TPE généralement non recommandé si pas de rapport sexuel (se méfier d'une soumission chimique), compléter si besoin immunisation VHB. Discuter bilan toxicologique sanguin +/- urinaire « conservatoire » avec formulaire labo (dans CYBERLAB onglet AES), certificat médical initial descriptif, numériser dans dossier photographies des lésions, remettre document d'information, inciter au dépôt de plainte, prévoir suivi sérologique. Déclaration ARS.

## ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL : PROPHYLAXIE ANTI VHB

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3536916/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih-fiche-synthetique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536916/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih-fiche-synthetique)

Le VHB est **hautement infectieux**, et le reste au moins 7j dans l'environnement. Peut être transmis suite à exposition à sang ou autre liquide biologique à risque par voie transcutanée (piqûre par une aiguille ou blessure, contact/projection sur peau lésée) ou muqueuse, par contact direct ou par objet contaminé...

**Pas de prophylaxie ni suivi sérologique VHB si sujet exposé immunocompétent et immunisation documentée (cf. p12) ou si sujet exposé porteur de l'Ag HBs.**

**Dans tous les cas une mise à jour rapide du statut vaccinal est à envisager le cas échéant.**

Si un TPE contre le VIH incluant du ténofovir (actif aussi sur le VHB) est mis en route on peut s'abstenir de l'administration d'immunoglobulines, sauf si sujet source infecté par le VHB avec virémie positive (ADN VHB plasmatique détectable par PCR).

### Options thérapeutiques

Immunoglobulines spécifiques anti-VHB associées, pour les sujets non ou incomplètement vaccinés, à une injection de vaccin.

Immunoglobulines seules chez les sujets non répondeurs à la vaccination malgré un total de 6 injections.

### Modalités d'administration des immunoglobulines

Les immunoglobulines spécifiques anti-VHB doivent être administrées **le plus rapidement possible, de manière préférentielle dans les 1 à 3j, au maximum 7j après exposition**. La posologie est de **500UI par voie IM (30UI/kg chez l'enfant, jusqu'à 500UI)**.

En raison du risque de réaction immédiate, une **surveillance est nécessaire au moins pendant l'heure suivante**.

### Modalités de la vaccination

L'injection d'une 1<sup>ère</sup> dose de vaccin, si nécessaire, doit être pratiquée le plus tôt possible, **dans les 7 jours**.

Elle peut être faite au même moment que l'injection d'immunoglobulines, en un **site d'injection séparé**.

Les **injections ultérieures** du vaccin, si nécessaires, doivent être faites selon le **schéma vaccinal habituel**.

Un **contrôle des Ac anti-HBs** sera effectué 1 à 3 mois après la dernière injection de vaccin.

**Indications de la prophylaxie anti-VHB si sujet exposé non immunisé non infecté, selon statut sujet source**

SUJET SOURCE		SUJET EXPOSE	
AgHBs	PCR VHB	Immunoglobulines spécifiques	Vaccin
+	+	Oui	Oui
+	-	Non si TPE contenant ténofovir	Oui
Inconnu		Non si TPE contenant ténofovir	Oui

**PREP** [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3536924/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih-recommandations](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536924/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih-recommandations)

A évoquer pour **tous les adultes exposés à un haut risque de contracter le VIH**. L'usage du **préservatif** reste à privilégier dans la mesure du possible.  
**FormaPrEP** : <https://www.formaprep.org/>. Guide « La PrEP mode d'emploi » à télécharger en version numérique : <https://www.aides.org/prep>.  
**Applications** : *My PrEP* : <https://myprep.app/>; *AT PrEP* - Android : at prep – Applications Android sur Google Play ; iOS : AT-PrEP dans l'App Store (apple.com).

<b>Généralités</b>	<b>Première prescription</b> et renouvellement d'ordonnance pouvant être réalisé par tout médecin, en ville ou à l'hôpital. Remboursable à 100% par la Sécurité sociale dans l'indication de l'AMM. La PrEP ne doit pas être débutée sans <b>consultation médicale préalable</b> (partage ou échange de comprimés, achat sur Internet...) compte tenu des risques associés à l'utilisation de ce traitement et à la mise en œuvre des mesures d'accompagnement de la prescription.
<b>Indications</b>	<b>HSH et personnes transgenres multipartenaires non protégées par préservatif, femmes et hommes hétérosexuels avec contexte relationnel de forte prévalence ou forte exposition au VIH, usagers de drogues intraveineuses avec échange de matériel d'injection, partenaires de PVVIH non protégées par préservatif dans l'attente d'une charge virale indétectable...</b> Toute demande de mise sous PrEP provenant de la personne sera discutée, quel que soit le niveau d'exposition déclaré ou identifié. La décision d'initier ou pas la PrEP se fera dans une démarche de <b>décision partagée</b> entre la personne et le médecin.
<b>Contre-indications (PrEP orale)</b>	<b>Séropositivité VIH</b> ou sérologie VIH inconnue ; <b>présence de signes ou symptômes d'infection aiguë</b> par le VIH ; <b>troubles rénaux</b> avec débit de filtration glomérulaire <50 mL/min (prudence si 50-60) ou tubulopathie, <b>hypersensibilité</b> TDF ou FTC, âge <12 ans.
<b>Bilan initial et suivi</b>	Le bilan initial doit inclure <b>ALAT, créatinine, phosphore, sérologies VHA (anticorps totaux), VHB, VHC, syphilis, PCR gonocoque et chlamydia ± test de grossesse</b> ; vérifier le <b>statut vaccinal</b> et le <b>mettre à jour</b> pour les IST (VHA, VHB, HPV, Mpox) ± calendrier vaccinal : dTPca, ROR, méningocoque, varicelle... La prescription de la PrEP <b>nécessite une évaluation récente (moins de 15 jours) du statut sérologique pour le VIH (± ARN VIH si doute sur primo-infection)</b> . <b>Suivi un mois</b> après début du traitement <b>puis tous les 3 à 6 mois</b> : sérologie VIH, ALAT, créatinine, phosphore, et tous les 3 à 12 mois selon risque : sérologies syphilis, hépatites B et C, PCR Clamydiae/gonocoque. <b>Si symptômes, tester sans délai ± PCR VIH</b> .
<b>Modalités du traitement</b>	Emtricitabine/ténofovir disoproxil (dans cet ordre) (= TRUVADA®) à heure fixe avec nourriture. Fiche d'info : <a href="https://actions-traitements.org/wp-content/uploads/2022/11/65_PREP_FR.pdf">https://actions-traitements.org/wp-content/uploads/2022/11/65_PREP_FR.pdf</a> . Risque rénal : hydratation, limiter néphrotoxiques (AINS...). Prescription initiale limitée à 1 mois puis tous les 3 à 6 mois. <b>2 Schémas possibles</b> : - <b>Prise continue</b> : 1 cp par jour. Début de préférence par 1 <sup>ère</sup> prise de 2 cp pour efficacité rapide (2 h après la prise chez les hommes et les personnes transgenres ayant des rapports anaux). La protection n'est efficace qu'à partir de 7 jours de prise quotidienne chez les femmes cisgenres et les personnes transgenres ayant des rapports vaginaux réceptifs. <b>Si arrêt</b> : au moins 2j après dernier rapport pour hommes cisgenres et personnes transgenres ayant rapports anaux, et 7j autres cas. Pas d'arrêt si infection VHB. - <b>Prise discontinuée</b> (hors AMM, éviter si infection VHB ou hormones féminisantes) : . Chez hommes et transgenres ayant des rapports anaux : 1 <sup>ère</sup> prise de 2 cp en même temps entre 2 et 24h avant le rapport sexuel, 2 <sup>ème</sup> prise 1 cp environ 24h (+/-2h) après la 1 <sup>ère</sup> prise, 3 <sup>ème</sup> prise 1 cp environ 24h (+/-2h) après la 2 <sup>ème</sup> prise. Si rapports répétés, poursuivre à 1 cp par jour jusqu'à 2j après dernier rapport à protéger. . Chez personnes ayant des rapports vaginaux réceptifs : discutable au cas par cas, idem mais poursuite 7j après dernier rapport.
<b>Articulation PrEP et TPE anti-VIH si oublie Gestion d'une séroconversion VIH sous PrEP</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536924/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih-recommandations">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536924/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih-recommandations</a> p20-21.
<b>Si contre-indication emtricitabine/ténofovir discuter Cabotegravir LP (sauf grossesse)</b>	Dose de charge initiale (2 injections IM à M0 et M1), puis tous les 2 mois avec un délai de ± 7 jours pour les dates d'injections ; contrôle ARN VIH systématique dans les 7 jours avant le début et 1 mois après puis tous les 2 mois jusqu'à la 5 <sup>ème</sup> injection (M7), puis tous les 4 mois ensuite.
<b>Doxycycline en prévention des IST bactériennes</b>	Envisageable sur décision partagée chez HSH et femmes trans si le dépistage ne permet pas de couvrir le risque de façon satisfaisante : doxycycline 200mg 1 prise po au plus tôt après rapport non protégé (jusqu'à 72h), sans dépasser 3 par semaine.

## PRISE EN CHARGE AU CEGIDD D'UNE SEROPOSITIVITE VIH

<https://vihcliv.fr/>

[https://www.has-sante.fr/icms/p\\_3058431/en/infection-par-le-vih](https://www.has-sante.fr/icms/p_3058431/en/infection-par-le-vih)

Principes généraux d'aide à la consultation d'annonce, à adapter aux particularités de chacun	
<b>Téléphoner à infectiologue en amont de la consultation d'annonce pour programmer une orientation et un traitement rapide</b>	<p>Infection VIH-1 = ELISA + Western Blot positifs ou ELISA et ARN viral positif ou ARN viral positif isolément.</p> <p>Discuter modalités d'annonce (sage-femme ? médecin ?) : en général au CeGIDD mais avec <b>remise d'emblée du RDV spécialisé</b> si possible.</p> <p>Proposer levée d'anonymat et <b>selon avis de l'infectiologue</b> et délai de RDV proposé, réaliser ou non le même jour un <b>test de contrôle</b> (« Ac. Anti-HIV 1 + HIV 2 contrôle » = <b>identitovigilance</b>) sur deuxième prélèvement ± <b>bilan paraclinique</b> initial complet ou partiel (CD4 ?...).</p> <p>La déclaration ARS sera faite par l'infectiologue (+ virologue).</p>
<b>Laisser s'exprimer le patient et répondre à ses premières interrogations</b>	<p><b>Même espérance de vie.</b></p> <p><b>Traitement simple</b> avec effets indésirables faibles.</p> <p>Possibilité d'avoir des <b>enfants</b>.</p> <p>Pas de contre-indication à la poursuite des activités professionnelles.</p> <p>Sexualité possible.</p> <p>Information de l'entourage non urgente et peut être faite avec l'aide d'un professionnel de santé.</p>
<b>Possibilité au cas par cas d'aborder entre autres les thèmes suivants</b>	<p>Bénéfice des <b>traitements antirétroviraux : efficaces et simples.</b></p> <p>Importance de l'<b>observance</b> du traitement pour réduire le risque de transmission.</p> <p>Infecte des <b>cellules chargées de la défense immunitaire</b> de l'organisme.</p> <p>Maladie <b>chronique, espérance de vie similaire.</b></p> <p>Importance de l'<b>information aux partenaires sexuels</b> pour leur permettre un dépistage et une prise en charge rapide : <b>notification aux partenaires</b> cf. infra.</p> <p><b>Risques de transmission</b> considérés comme <b>nuls après 6 mois de traitement efficace avec charge virale indétectable.</b></p> <p>Orientation vers les <b>associations de patients.</b></p>
<b>Bilan para clinique selon avis infectiologue : ne doit pas retarder la consultation hospitalière</b> Sera donc généralement <b>organisé directement par l'infectiologue</b>	<p><b>Quand ELISA et Western Blot positifs (le blot est effectué automatiquement par le labo quand ELISA positif sur le même sérum) = infection VIH : nécessité d'un contrôle sur un deuxième prélèvement pour identitovigilance : test de contrôle (ELISA)</b></p> <p>Puis, selon avis de l'infectiologue et délai de RDV proposé : <b>charge virale VIH</b> = dosage ARN viral plasmatique, <b>taux de CD4/CDB, sérologies hépatites A, B, et C, sérologie syphilis, PCR Chlamydia et gonocoque</b> urinaire/vaginal, +/- anal et pharyngé selon circonstances, NFS, transaminases, gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine, créatininémie, glycémie à jeun, cholestérol total, HDL et LDL, triglycérides, phosphorémie, recherche d'une protéinurie sur échantillon avec dosage créatinurie...</p>
<b>Dispositif d'aide à la notification anonyme aux partenaires</b>	<p>Flasher le QRcode sur l'affiche (cf. lien ci-dessous) permet d'entrer sur ce dispositif. Il permet de faire envoyer un message anonymisé aux partenaires exposés les invitant à se faire dépister, avec un lien vers la carte de Sida Info Service®. Valable pour le VIH comme pour les autres IST. <a href="https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/public/notification_aux_partenaires.jpg">https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/public/notification_aux_partenaires.jpg</a>.</p>

## TRAITEMENT DES IST VIRALES

Discuter dépistage et/ou traitement partenaire(s). Si grossesse, avis spécialisé souhaitable (gynécologue +/- infectiologue).		
Diagnostic, remarques	Traitement de première intention, posologie, durée	Alternatives
<b>Condylomes</b> : discuter avis dermato / gynéco / proctologique... <b>Cf. recommandations</b> :	<i>Si anus/vagin</i> : imiquimod (ALDARA®) appliquer 3 x par semaine (suppo/tampon) avant l'heure du coucher, laisser au contact de peau 6 à 10h. Poursuite jusqu'à disparition des verrues visibles ou pendant au maximum 16 semaines par épisode de verrues.	Cryothérapie (combinaison possible). Laser CO2. <i>Si muqueuse externe (hors grossesse)</i> : podophylotoxine (CONDYLINE®) 0,5% 2 x par jour 3j, répéter chaque semaine pour maximum 5 semaines successives. Changer applicateur à chaque utilisation.
<a href="https://ansr.fr/wp-content/uploads/2024/12/prise-en-charge-therapeutique-des-patients-atteints-de-condylomes-ano-genitaux-recommandations.pdf">https://ansr.fr/wp-content/uploads/2024/12/prise-en-charge-therapeutique-des-patients-atteints-de-condylomes-ano-genitaux-recommandations.pdf</a>		
<b>Primo-infection herpès génital non grave</b>	<i>Cas général</i> : valaciclovir 500mg x 2/j 5j ± aloe vera topique 5j si échec à J5 (seul ou combiné) ; <i>si immunodépression sévère</i> : 1000mg x 2/j 10j	<i>Si primo-infection ou récurrence avec voie orale impossible ou forme sévère</i> : discuter aciclovir iv initial
<b>Récurrence herpès génital non grave</b>	<i>Cas général</i> : valaciclovir 2000mg x 2/j 1j, ou aloe vera topique 5j ; <i>si grossesse</i> : valaciclovir 500mg x 2/j 3j, puis jusqu'au partum à partir de 36ème SA (32 si risque prématurité ou grossesse gémellaire) ; <i>si immunodépression sévère (dont PVIH si CD4&lt;200/mm³)</i> : valaciclovir 1000mg x 2/j 5j ou jusqu'à la guérison ; <i>si récurrences ≥4/an impactant qualité de vie ou risque de transmission</i> : discuter ensuite traitement suppressif pour valaciclovir 500 mg x1/j réévalué tous les 6 à 12 mois (2 doses/j si échec ou immunodépression).	
<i>Expliquer physiopathologie HSV : réactivations, possibilité de transmission lors de ces réactivations souvent asymptomatiques, préservatif si grossesse de la partenaire et couple sérodiscordant.</i> <a href="https://ansr.fr/wp-content/uploads/2024/12/prise-en-charge-therapeutique-du-patient-atteint-herpes-genital-recommandations.pdf">https://ansr.fr/wp-content/uploads/2024/12/prise-en-charge-therapeutique-du-patient-atteint-herpes-genital-recommandations.pdf</a> .		
<b>Mpox/variole du singe</b> (vaccination cf. p.11)	<b>Avis infectiologue dès suspicion ± déclaration ARS (± EOH/SST)</b> : (tél. : 0809400004 ; fax : 0567767012 ; courriel : <a href="mailto:ars33-alerte@ars.sante.fr">ars33-alerte@ars.sante.fr</a> ). Fiche Monkeypox pour les SOIGNANTS : <a href="https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20240912-fichempox-soignant.pdf">https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20240912-fichempox-soignant.pdf</a> <b>Patient contagieux</b> du début des symptômes jusqu'à guérison complète des lésions (puis jusqu'à 8 semaines de plus par voie sexuelle) : - Patient : privilégier la prise de RDV au site du CHU, masque chirurgical + hygiène des mains + couvrir lésions cutanées. - Soignant, préleveur, <b>précautions CONTACT et AIR</b> => SHA, masque FFP2 adapté et ajusté - Fit check, lunettes, gants, protection de la tenue avec surblouse à manches longues ± tablier si contact rapproché. Le préleveur doit être entraîné aux procédures d'habillage et de déshabillage, cette dernière étant à risque d'auto-contamination. - Traitement des surfaces : détergent-désinfectant. - Déchets de soins et EPI : filière DASRI. - Aération des locaux régulière (risque minimisé quand patient masqué). <b>Prélèvement cutanéomuqueux et oropharynx</b> : systèmes ESwab®, préparation étiquettes avant de prélever (identification patient et localisation exacte du site de prélèvement), décontaminer surface des tubes de prélèvement avant <b>triple emballage</b> avec bon de demande rempli et mis à l'extérieur du sachet, acheminement immédiat sécurisé en prévenant laboratoire. Prélever avec un écouvillon (+/- imbibé avec une goutte de sérum physiologique stérile si la lésion est sèche) en frottant au niveau de la lésion ; prélever des cellules et donc de gratter les lésions ; crever la vésicule et gratter en tournant l'écouvillon sur le plancher de la vésicule ; si biopsie au punch mettre dans pot stérile (protéger de la lumière) ; si collection fermée : à l'aide d'une seringue et d'une fine aiguille stérile, récupérer du liquide ± compléter ensuite à 1mL de sérum physiologique en rinçant la seringue pour les petits volumes. Cf. procédure institutionnelle et <a href="https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20240906-fichemonkeypox-prelevements-coreb.pdf">https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20240906-fichemonkeypox-prelevements-coreb.pdf</a> . <b>Signes de gravité nécessitant hospitalisation</b> : éruption majeure (plus de 100 vésicules), formes digestives, ORL avec compressions locales, atteinte cornéenne, signes encéphaliques, sepsis, surinfection, pneumopathie. Populations plus à risque de formes graves : immunodéprimés, grossesse, enfants (forme plus sévère). <b>Traitement symptomatique</b> (hors exceptionnel traitement spécifique des formes sévères en hospitalisation au cas par cas) : antalgiques paliers 1 à 3 (pas d'anti-inflammatoire), xylocaïne, laxatifs selon besoins... cf. <b>fiche d'aide au diagnostic et au traitement dermatologique</b> : <a href="https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/fichedermatomkp-v9-juin22.pdf">https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/fichedermatomkp-v9-juin22.pdf</a> + <b>fiche d'information à remettre au patient</b> : <a href="https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20240820-fiche-patient-virus-mpox-coreb-1.pdf">https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20240820-fiche-patient-virus-mpox-coreb-1.pdf</a> .	
VHB, VHC	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3324682/fr/prise-en-charge-des-personnes-infectees-par-les-virus-de-l-hepatite-b-c-ou-d">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3324682/fr/prise-en-charge-des-personnes-infectees-par-les-virus-de-l-hepatite-b-c-ou-d</a>	
VIH	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058431/en/infection-par-le-vih">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058431/en/infection-par-le-vih</a>	

**TRAITEMENT DES IST BACTERIENNES** [Recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST : rapport d'experts | CNS-Santé](#)

- Si grossesse, avis spécialisé souhaitable (gynécologue ± infectiologue).
- Dépistage ± traitement systématique simultanément à discuter pour tout partenaire risquant d'être contaminé (traitement à proposer même si testé négatif si exposition récente : moins de 14j précédents si gonocoque ou Chlamydia, 3 mois si syphilis même si rapport protégé).
- Abstinence ou préservatif (pour tout type de rapport) jusqu'à résolution symptômes ET fin du traitement doxycycline ou 7j après dernière dose de ceftriaxone ou azithromycine ; cas particulier syphilis : jusqu'à cicatrisation complète si chancre ET 7j suivant début traitement (14j si pas de chancre visible).
- Consultation à J7 à discuter : contrôle clinique si symptomatique, adaptation traitement aux résultats d'antibiogramme si nécessaire, gestion partenaire(s)...
- Si poursuite des prises de risque chez le sujet traité, un test de recherche de réinfection asymptomatique est recommandé entre 3 et 6 mois.

Diagnostic, remarques	Traitement de première intention, posologie, durée		Alternatives
<b>Infection génitale haute (IGH)</b>	Ceftriaxone* 1-2g/j + doxycycline** 200mg/j ± métronidazole + avis spécialisé : chirurgie, adaptation aux résultats, durée, suivi		
<b>Traitement probabiliste urétrite</b>	Traitement combiné <i>N. gonorrhoeae</i> + <i>C. trachomatis</i> cf. : différer ou non au résultat selon sévérité (penser à ECBU si doute)		
<b>Infection génitale à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> non compliquée</b> (avis spécialisé si complication, CMI ceftriaxone >0.125mg/L, séjour Asie/Pacifique)	Ceftriaxone* 1g IM 1 dose	Gentamicine 240mg IM, ou ciprofloxacine 500mg po 1 cp (si CMI<0.06mg/L)	
	Contrôle culture à envisager si symptômes persistent après J3 (conseiller de rappeler si besoin) Contrôle PCR J14 si symptôme persistant, traitement alternatif, CMI C3G >0.125mg/L, séjour Asie/Pacifique		
<b>Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> non compliquée</b> (avis spécialisé si complication, rectite ou adénopathie évoquant LGV (lymphogranulomatose vénérienne nécessitant de demander typage : génotype L ?))	Doxycycline** 200mg/j 7j (10j si orchio-épididymite ou IGH)		Azithromycine 250mg 4cp en 1 prise, <u>sauf <i>Mycoplasma genitalium</i> associé cf.</u>
	Contrôle PCR 28j après fin traitement si symptômes persistent, grossesse, traitement alternatif utilisé pour infection rectale ou LGV, ou si suspicion de LGV sans possibilité de réalisation du génotypage de CT. Recherche recontamination systématiquement par PCR à M3 à M6.		
<b>Urétrite à <i>Mycoplasma genitalium</i></b> (traiter seulement si symptômes patient ou partenaire : traitement concomitant ; rechercher au préalable résistance macrolides ; traiter 1 <sup>er</sup> les co-infections (NG, CT ou TV), puis MG si reste symptomatique)	Forme non compliquée, sensible aux macrolides : azithromycine 1000mg x 1/j J1 puis 500mg x 1/j de J2 à J3		
	Si mutation de résistance aux macrolides : moxifloxacine*** 400mg x 1/j 7j, voire 14j si complication		
	Si forme compliquée, contre-indication ou échec prendre avis spécialisé : durée 14j ? options alternatives ? Contrôle PCR à envisager si symptômes persistent 21j après fin traitement		
<b>Syphilis</b> : « Grande simularitrice », recrudescence, y penser devant toute dermatose - Si grossesse, complication neurologique, oculaire, vestibulo-cochléaire, cardio-vasculaire : avis spécialisé ± traitement iv si complication - Suivi TNT M3, M6, M12 (± M24 si VIH ou TNT M12 positif) ; NB : si traitement plus de 7j après TNT, le refaire juste avant car varie rapidement	Forme précoce (<1 an) : benzathine pénicilline G 2,4MU 1 dose IM****		Doxycycline** 200mg/j 14j
	Forme tardive (≥1 an) ou non datable : idem mais 3 doses J1, J8, J15		Doxycycline** 200mg/j 28j
	Si risque de réaction d'Herxheimer (grossesse, forme secondaire profuse ou compliquée) : discuter hospitalisation pour surveillance ± prednisone 0,5mg/kg la veille et les 3 premiers jours ; paracétamol si symptômes. Pour tout partenaire récent (<3mois) proposer traitement concomitant même si sérologie négative, impératif si grossesse ; alternative = protection stricte et dépistage J0, S6, M3 ± M6 ± traitement si positif. Pour partenaires non récents (>3mois) : surveillance clinique et sérologique à J0, M3 et M6.		
<b>Chancre mou à <i>Haemophilus ducreyi</i></b>	Ceftriaxone 500mg IM 1j	Azithromycine 250mg 4cp dose unique ou ciprofloxacine 500mg x 2/j 3j	

\*Possible d'associer lidocaïne 1% 2mL pour limiter douleurs. Situations permettant ceftriaxone IM sous anticoagulants (avec compression manuelle de 5 min) : - AVK, si INR < 4 ; préférer injection dans les 12h avant la prochaine prise. Si INR ≥ 4, contre-indiqué. - AOD : injection >4h après dernière prise dans les 12h avant la prochaine. - HBPM biquotidiennes : si possible décaler injection du matin et faire IM dans les 12h avant injection du soir. Alternative = voie iv. \*\*Avec grand verre d'eau, debout ou assis y compris 1h après, interactions (dont calcium et produits laitiers à espacer >1h...), conseiller photoprotection, contre-indication relative grossesse trimestres 2 et 3 et allaitement... \*\*\*Contre-indications : grossesse, allaitement, épilepsie, troubles neuropsychiques, risque QT long... Conseiller photoprotection et arrêt si douleur tendineuse. \*\*\*\*Dans muscle fessier, ou deltoïde si prothèses fessières ; 1 injection de 2,4 MU ou 2 injections de 1,2 MU UI dans chaque fesse ou deltoïde ; pour limiter douleur remplacer diluant par lidocaïne 1% sans adrénaline (0,5mL voire tout le volume prévu de diluant) ± marcher pendant 30min. Surveiller 30min risque allergique.

## TRAITEMENT DES IST FUNGIQUES ET PARASITAIRES

<https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2022/10/5-2022-OCT-LA-Mycoses-partie1-VF-197-1.pdf>

<https://ansr.fr/wp-content/uploads/2024/12/prise-en-charge-du-patient-atteint-dinfection-a-trichomonas-vaginalis-recommandations.pdf>

<https://ansr.fr/wp-content/uploads/2024/12/prise-en-charge-du-patient-atteint-de-pthirose-recommandations.pdf>

[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20122209\\_conduitegale.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20122209_conduitegale.pdf)

Discuter traitement partenaire(s) concomitant. Si grossesse, avis spécialisé souhaitable (gynécologue +/- infectiologue).		
Diagnostic, remarques	Traitement de première intention, posologie, durée	Alternatives
<b>Candidose génitale</b> - Facteurs favorisants : macération, obésité...	<i>Atteinte cutanéomuqueuse</i> : antifongique topique (par ex : éconazole x2/j) 21j sous forme de crème, émulsion, lait... <i>Si atteinte vulvo-vaginale</i> : associer ovule intravaginal (par ex : éconazole LP 150mg) à renouveler si besoin. <i>Si atteinte chronique</i> : discuter traitement séquentiel par fluconazole 150mg (OROFLUCO®) 1gel/sem pendant 4 semaines	
<b>Trichomonose</b> - Rapports protégés et éviction alcool pendant traitement	<i>Cas général (sauf allaitement)</i> : métronidazole per os 500mg 2/j 7j. <i>Si observance thérapeutique attendue médiocre (sauf si PVVIH ou grossesse)</i> : préférer métronidazole ou secnidazole ou tinidazole 2g en dose unique.	Si allergie prouvée aux 5-nitroimidazolés discuter ovule d'acide borique ou paromomycine crème intra-vaginale.
	<i>Si échec 1 ligne</i> : renouveler métronidazole 500mg 2/j. <i>Si échec 2 lignes</i> : discuter métronidazole 1000mg 2/j ou tinidazole 2 à 3 g/j 7j.	Ovule tinidazole 500mg 2/j 7j ou ovule d'acide borique 600mg 2/j ou paromomycine crème intra-vaginale (6,25%) 2/j. Hors AMM.
<b>Phtirose pubienne</b> Mesures associées : - Dépilation zones atteintes - Retrait lentes au peigne fin et/ou pince à épiler. - Lavage vêtements et literie à 60°C. - Contrôle clinique à la fin	<i>Cas général</i> : perméthrine crème 5% (TOPISCAB®) à appliquer à J0 et J7-10 sur peau lavée et séchée, sur toutes les zones suspectées puis rincer après 10 minutes. Hors AMM. <i>Si échec première ligne</i> : essai diméticone. Hors AMM. <i>Si forme profuse ou échec de 2<sup>ème</sup> ligne</i> : ivermectine cp 3mg (STROMECTOL®) 200µg/kg à J0 et J8, en une seule prise, rester à jeun 2h avant et 2h après chaque prise. CI relative si grossesse, préférer si possible traitement topique. 36-50kg : 3cp ; 51-65 kg : 4cp ; 66-79kg : 5cp ; ≥80kg : 6cp. Hors AMM.	Diméticone lotion : à appliquer à J0 et J7-10 sur peau lavée et séchée, sur toutes les zones suspectées, temps d'application variable (habituellement 10-15 minutes, se référer aux recommandations du fabricant), puis rincer. Hors AMM.
<b>Phtirose ciliaire</b> Mesures associées : cf. supra	Retrait manuel des lentes et des adultes + application vaseline 2/j au niveau des cils pendant 10j.	Ivermectine cf. supra
<b>Gale commune</b>	Perméthrine crème 5% (TOPISCAB®)* A appliquer à J0 et J8 sur toute la surface corporelle sauf visage et muqueuses, temps de contact de 8h	Ivermectine cp 3mg (STROMECTOL®) 200µg/kg à J0 et J8, en une seule prise, rester à jeun 2h avant et 2h après chaque prise. CI relative si grossesse, préférer si possible traitement topique. 36-50kg : 3cp ; 51-65 kg : 4cp ; 66-79kg : 5cp ; ≥80kg : 6cp
	<i>Voir aussi procédures institutionnelles gale sur Intranet avec prise en charge et fiches d'information type</i> <i>Si observance thérapeutique prévisible douteuse ou gale hyperkératosique</i> : associer traitement local et oral ± avis spécialisé	

\*Conseils pratiques : Prendre une douche chaude et effectuer hygiène des mains et des ongles : ongles courts et propres. Appliquer l'équivalent d'un tube de TOPISCAB® sur toute la surface corporelle sauf visage et muqueuses, si besoin à l'aide d'une compresse ou d'un pinceau large en fine couche sur la peau, de façon uniforme sur l'ensemble du corps (dont le cou, la nuque, la paume des mains et la plante des pieds). Attention particulière espaces interdigitaux des mains et des pieds, zones situées sous les ongles, poignets, coudes, aisselles, organes génitaux externes, fesses. Application inutile sur tête (cuir chevelu), oreilles et visage, sauf si cette zone présente des lésions scabieuses ou si âge >65 ans. Eviter contact avec muqueuses (lèvres, bouche, narines, zone génitale, yeux) ou plaies ouvertes. Chez les enfants, ne pas appliquer la crème autour de la bouche pour éviter une ingestion du produit par léchage, le port de gants peut être envisagé. Afin d'éviter contamination entre patients, utiliser 1 tube par patient. Laisser agir 8h puis prendre une douche. S'il arrive que les mains ou d'autres zones de peau traitées (fesses, organes génitaux externes) soient lavées au cours des 8h, appliquer de nouveau crème sur ces zones. Utiliser du linge de toilette et de lit propre. Changer de vêtements, de draps et de serviettes tous les jours et les laver à au moins 60° pendant une période de 14j. Conserver les articles qui ne peuvent pas être lavés à au moins 60°C (vêtements) dans un sachet plastique fermé pendant quelques jours, passer l'aspirateur énergiquement sur les tapis et les coussins. Appliquer spray textile antiparasitaire type A-par® sur surfaces ne pouvant être lavées ou mises dans un sac.

## CONTRACEPTION

Préservatif
Les préservatifs des marques « Be loved® », « Eden® » et « Sortez couverts !® » (préservatifs externes) et « Ormelle » (préservatifs internes) peuvent être pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans prescription médicale pour les jeunes de moins de 26 ans (60 % après), sans minimum d'âge. Pour obtenir une boîte de préservatifs gratuitement en pharmacie, les personnes majeures doivent présenter leur carte Vitale ou une attestation de droits (téléchargeable sur <a href="#">le compte ameli</a> ) ou à défaut une pièce d'identité. Les titulaires de l'aide médicale d'État (AME) peuvent également en bénéficier, en présentant leur carte AME, de même que les ressortissants de l'Union européenne en présentant leur carte européenne d'assurance maladie. Pour les mineurs, une simple déclaration sur l'honneur suffit à justifier âge ou statut d'assuré social (ou de bénéficiaire de l'AME). Il est possible de demander le secret de la délivrance. Possibilité de se procurer des préservatifs internes / externes à AIDES.

Contraception d'urgence	Traitement de première intention	Alternative
<b>Prise en charge à 100 %, sans prescription, pour toutes les femmes</b> <b>Contre-indications et précautions d'emploi cf. dictionnaire VIDAL</b> <b>NB : interactions médicamenteuses avec certaines anti-rétroviraux...</b>	Ulipristal acétate (ELLAONE®) 30mg : 1cp le plus tôt possible, et au plus tard 120h (5j) après dernier rapport à risque	Levonorgestrel (NORLEVO®) 1,5mg : 1 dose unique au plus tard à 72h du dernier rapport à risque* Si vomissements dans les 3h suivant la prise du comprimé, un autre comprimé doit être pris immédiatement CI si hépatopathie sévère Pose d'un DIU très efficace dans la semaine qui suit le rapport non protégé

\*Le métabolisme du lévonorgestrel est accéléré par la prise de médicaments inducteurs hépatiques : anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine), rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, Hypericum perforatum (millepertuis)... : l'efficacité peut être diminuée en cas de prise associée.

Contraceptifs disponibles en dotation au CSS (gratuité de la contraception pour les jeunes femmes jusqu'à 25 ans inclus)		
<b>Oestroprogestatifs</b>		
OPTILOVA OP®	2ème génération monophasique 21cp + 8 placebos	EE 20 Y+ Lévonorgestrel 100Y
OPTIDRIL OP®	2ème génération monophasique 21cp + 8 placebos	EE 30 Y+ Lévonorgestrel 100Y
<b>Microprogestatif</b>		
CERAZETTE®	Microprogestatif	Désogestrel 0,075mg
<b>Contraception d'urgence</b>		
ELLAONE®	Contraception d'urgence 1cp	Acétate d'ulipristal 30mg
<b>DIU</b>		
MONA LISA CUT 380 A QL®	DIU au cuivre 380mm	Durée ≥ 10 ans
UT SHORT®	DIU au cuivre 380mm	Durée ≥ 5 ans
MO NA LISA NT CU 380®	DIU au cuivre 380mm	Durée 5 ans
MIRENA®	DIU au lévonorgestrel 52mg	Durée 5 ans
JAYDESS®	DIU au lévonorgestrel 13,5mg	Durée 3 ans
<b>Implants</b>		
NEXPLANON®	Etonogestrel 68mg implant sous cutané	Durée 3 ans

## GESTION DES ALLERGIES

[https://www.sfm.org/upload/consensus/rfe\\_anaphylaxie\\_sfm2016.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/rfe_anaphylaxie_sfm2016.pdf)

1- **Reconnaître rapidement l'anaphylaxie** probable quand l'une de ces **deux situations cliniques** apparaît **brutalement** :

- Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une atteinte cutanéomuqueuse urticarienne ET au moins un éléments suivants :
  - a. Atteinte respiratoire
  - b. Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes

OU

- Au moins deux des éléments suivants apparaissant rapidement après un traitement (minutes à quelques heures) :
  - a. Atteinte cutanéomuqueuse
  - b. Atteinte respiratoire
  - c. Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes
  - d. Signes gastro-intestinaux persistants

### 2- Appeler le 15

3- **Conduite à tenir urgente en cas d'anaphylaxie** en attendant le SMUR :

- **Position adaptée** à l'état du patient :

- si dyspnée prépondérante : position demi-assise
- si malaise mais conscient : décubitus dorsal avec jambes surélevées
- si trouble de conscience : position latérale de sécurité

- **Injecter adrénaline**, pour un adulte ou pour un enfant :

- posologie : 0,01 mg/kg de poids, avec un maximum de 0,5 mg (alternative = seringue préremplie type ANAPEN ou EPIPEN 300µg® ; si poids > 25kg)
- voie d'administration : intramusculaire
- site d'injection : tiers moyen de la cuisse, au niveau de la face latéro-externe, même en cas de traitement anticoagulant (comprimer)

- **Laisser le patient à jeun en position** adaptée à son état dans l'attente des secours, sous surveillance, **rassurer** le patient et l'entourage

- Si asthme ± associer bêta2miméthique inhalé

- Si possible administrer oxygène, perfusion ± remplissage sérum salé...

- **Répéter adrénaline si besoin** après 5-10 minutes

4- Le **médicament suspect est immédiatement suspendu** jusqu'à avis allergologique. Si l'équipe soignante constate un effet indésirable après un traitement une **déclaration de pharmacovigilance** est à envisager.

