
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH

Validé par le Collège le 25 juillet 2024

Descriptif de la publication

Titre	Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC) - Label
Objectif(s)	Savoir poser les indications d'un traitement pré-exposition (PrEP) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), prescrire les traitements et les examens de suivis, accompagner les personnes sous PrEP
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : Toute personne à risque d'exposition avéré au VIH Professionnels concernés par le thème : Tous les professionnels de santé intervenant dans le champ de la santé sexuelle Association d'usagers et association représentant les patients
Demandeur	Conseil national du SIDA et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Promoteur(s)	Haute autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel (CNS, ANRS MIE), M. Alexandre Pitard (HAS)
Recherche documentaire	Dr Stéphane Tuffier (rédacteur des chapitres PrEP et TPE) – M. Aurélien Dancoisne (documentaliste HAS)
Auteurs	Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes – Pilote du Groupe PrEP - TPE Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d'Agenais Dr Éric Cua, infectiologue, CHU de Nice M. Paul-Emmanuel Devez, représentant associatif, Sida et Hépatites Info Service, TRT-5 CHV M. Hugues Fischer, représentant associatif, Act-Up Paris, TRT-5 CHV M. Etienne Fouquay, représentant associatif, AIDES, TRT-5 CHV Dr Pauline Penot, interniste, CeGGID, CH de Montreuil Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark Dr Jérémy Zeggagh, infectiologue, AP-HP Hôpital St Louis, Paris
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site

<https://dpi.sante.gouv.fr>. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.

Validation	Version du 25 juillet 2024
Actualisation	
Autres formats	

Sommaire

Préambule	5
1. Qu'est-ce que la PrEP du VIH ?	7
2. Quelles sont les indications de la PrEP du VIH ?	8
3. Quelles sont les situations où la PrEP du VIH ne doit pas être prescrite ?	10
4. Quelles sont les bonnes modalités de prescription de la PrEP du VIH ?	11
5. Comment organiser la consultation initiale d'une personne pour qui va être prescrite une PrEP du VIH ?	14
6. Quel bilan prescrire avant la mise sous PrEP du VIH ?	15
7. Quelles vaccinations ou traitement proposer en association à une PrEP du VIH ?	16
8. Comment organiser le suivi d'une personne sous PrEP du VIH ?	17
9. Comment arrêter et reprendre la PrEP du VIH ?	19
10. Comment articuler PrEP et traitement post-exposition au VIH ?	20
11. Comment diagnostiquer et gérer la découverte d'une infection VIH chez une personne sous PrEP ?	21
12. Quelles sont les situations particulières devant être prises en compte dans le cadre de la PrEP du VIH ?	23
13. Quelles sont les ressources d'accompagnement disponibles dans le cadre de la PrEP du VIH ?	26
14. Quelles évolutions pourraient faciliter l'accès à la PrEP du VIH ?	27
15. Participants	28
15.1. Coordination	28
15.2. Groupe de travail	28
15.3. Auditions	28
15.4. Groupe de lecture	28
15.5. Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH	29
15.6. Remerciements	30
16. Abréviations et acronymes	31

Préambule

Contexte

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) consiste à proposer aux personnes à risque de s'infecter par le VIH un traitement préventif médicamenteux qui va les protéger contre l'infection. Elle s'intègre dans le concept de « prévention diversifiée » qui consiste à permettre aux personnes exposées au risque de s'infecter par le VIH d'adopter au moins un outil efficace parmi une palette de moyens de prévention ayant démontré leur efficacité, dont la PrEP. A ce titre, on pourrait la comparer à la chimioprophylaxie du paludisme qui est proposée aux personnes amenées à séjourner en zone impaludée, en complément de l'utilisation de répulsifs et de moustiquaires.

Enjeux

Enjeux pour les personnes

En l'absence de traitement curatif efficace de l'infection par le VIH et en l'absence de vaccin malgré d'intenses recherches, l'enjeu pour les personnes est de ne pas contracter une maladie chronique qui à ce jour nécessite un traitement à vie, et peut évoluer vers des complications graves si elle n'est pas diagnostiquée suffisamment précocement. Le défi est de pouvoir suivre un traitement préventif de façon prolongée, tant que le risque d'exposition existe.

Enjeux de santé publique

La diminution de nombre de nouvelles infections est essentielle pour attendre les objectifs de la lutte contre le SIDA et le VIH, avec une fin de l'épidémie en 2030. Seule une diminution drastique du nombre de nouvelles infections permettra d'infléchir l'épidémie de façon significative.

Personnes concernées

Toutes les personnes exposées à un risque avéré d'infection par le VIH (risque sexuel et sanguin).

Professionnels concernés

Tous les professionnels du soin primaire. Les professionnels plus particulièrement en charge d'accompagner la vie sexuelle de la population : spécialistes en médecine générale, en gynécologie, sage-femmes, professionnels exerçant en centre de santé sexuelle (CSS), en espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissible (CeGIDD), pharmaciens et biologistes. Tout professionnel de santé amené à proposer un accompagnement et une prise en charge en cas d'infection sexuellement transmissible, notamment en sus des professions déjà citées, infectiologues et dermatologues. Les acteurs associatifs qui facilitent l'accès à l'information et au traitement post-exposition.

Objectifs de la recommandation

Les objectifs des recommandations sont les suivants :

- Permettre aux professionnels de santé concernés d'accompagner les personnes à risque avéré d'infection par le VIH et de leur prescrire un traitement préventif.
- Mettre les professionnels de santé en capacité d'informer la population sur les avantages et les limites de la PrEP, de poser les indications de PrEP, de prescrire et de surveiller le traitement.

- Mettre les acteurs associatifs en capacité d'informer la population sur les avantages et les limites de la PrEP.

Questions

- Quelles sont les indications de la PrEP du VIH ?
- Quelles sont les situations où la PrEP du VIH ne doit pas être prescrite ?
- Quelles sont les bonnes modalités de prescription de la PrEP du VIH ?
- Comment organiser la consultation initiale d'une personne pour qui va être prescrite une PrEP du VIH ?
- Quel bilan prescrire avant la mise sous PrEP du VIH ?
- Quelles vaccinations proposer en association à une PrEP du VIH ?
- Comment organiser le suivi d'une personne sous PrEP du VIH ?
- Comment arrêter et reprendre la PrEP du VIH ?
- Comment articuler PrEP et traitement post exposition (TPE) au VIH ?
- Comment diagnostiquer et gérer la découverte d'une infection VIH chez une personne sous PrEP du VIH ?
- Quelles sont les situations particulières devant être prises en compte dans le cadre de la PrEP du VIH (transidentité, addictions, insuffisance rénale, grossesse et allaitement, mineurs, couples sérodifférents, travail du sexe, vie en lieu de privation de liberté) ?
- Quelles sont les ressources d'accompagnement disponible dans le cadre de la PrEP du VIH ?
- Quelles évolutions pourraient faciliter l'accès à la PrEP du VIH ?

1. Qu'est-ce que la PrEP du VIH ?

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) du VIH est un traitement médicamenteux antirétroviral pris de façon préventive par une personne séronégative pour prévenir le risque d'infection par le VIH.

La PrEP est un outil à part entière de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH.

Son efficacité a été initialement démontrée dans des études portant sur des primates non-humains.

Les études sur la PrEP ont montré son efficacité dans différentes populations :

- Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et chez les femmes transgenres (Grade A)
- Chez les hommes et chez les femmes dans les couples hétérosexuels sérodifférents, et en population générale fortement exposée (Grade A)
- La PrEP est également efficace chez les personnes utilisatrices de drogues par voie intraveineuse (Grade B)

La PrEP par ténofovir disoproxil fumarate/emtricitabine (TDF/FTC) est le traitement de 1^{re} intention.

La PrEP par cabotégravir d'action prolongé (CAB-LP) par voie IM tous les 2 mois constitue une offre complémentaire de prévention pour pallier les limites d'utilisation de la PrEP par TDF/FTC, notamment chez les individus ayant une contre-indication ou une observance compromise à la PrEP orale.

2. Quelles sont les indications de la PrEP du VIH ?

L'identification des personnes exposées à un risque majoré d'acquisition du VIH pour lesquelles la PrEP est adaptée nécessite une approche individualisée qui tient compte des expositions passées et futures. Toute personne ayant un haut risque d'exposition au VIH doit pouvoir bénéficier de la PrEP.

Ces personnes sont notamment :

- Les HSH ou les personnes transgenres ayant plusieurs partenaires, quelle que soit la manière dont ils ou elles définissent leur orientation sexuelle, rapportant des situations d'exposition au VIH présentes, passées ou futures. (Grade A)
- Les femmes et les hommes hétérosexuels présentant :
 - Un contexte de forte prévalence ou de forte exposition au VIH :
 - Personne ou partenaire(s) originaires de pays à forte endémie (en particulier l'Afrique subsaharienne, les Caraïbes et l'Amérique du sud) (Grade A)
 - Partenaires multiples et/ou partenaires concomitants (Grade B)
 - Travailleurs du sexe (TDS) ou sexe transactionnel (AE)
 - Un contexte relationnel de forte exposition au VIH :
 - Partenaires de statut VIH inconnu ou perçu comme à risque d'acquisition du VIH (AE)
 - Partenaire VVIH avec un ARN VIH plasmatique (charge virale) détectable (Grade A) ou dont la quantification de la charge virale est inconnue
 - Femmes évoquant une exposition possible au VIH ou à des violences sexuelles, y compris femmes enceintes ou allaitantes (AE)
 - Frein du ou des partenaires à l'utilisation d'autres moyens de protection (AE)
 - Rapports sexuels avec utilisation de produits psycho-actifs (chemsex)
 - Des situations individuelles peuvent orienter le praticien vers une discussion autour des expositions et conduire à présenter la PrEP (AE) :
 - Non utilisation du préservatif lors de rapports vaginaux ou anaux
 - Marqueurs évoquant une exposition (autres IST, IVG...)
 - Antériorité ou dans les suites d'un traitement post-exposition (TPE) au VIH
 - Les usagers de produits psycho actifs injectables avec échanges de seringues (Grade C) :
 - Partenaire sexuel ou d'injection de statut VIH inconnu ou perçu comme à risque d'infection du VIH
 - Partenaire d'injection VVIH
 - Partage du matériel d'injection.
 - Pratique d'injection de produits psycho-actifs en contexte sexuel (« Slam »)

Les situations ne doivent pas être utilisées comme des critères de sélection mais servent à guider la discussion avec la personne et à l'aider à prendre une décision éclairée quant à l'utilisation de la PrEP. La demande exprimée pour des motifs d'amélioration de la qualité de vie sexuelle doit

notamment être entendue. Toute demande de mise sous PrEP provenant de la personne sera discutée avec le médecin, quel que soit le niveau d'exposition déclaré ou identifié.

La décision d'initier ou pas la PrEP se fera dans une démarche de décision partagée entre la personne et le médecin.

La PrEP par TDF/FTC est recommandée en 1^{re} intention. Le CAB-LP constitue une alternative en 2^e intention.

Une PrEP par TDF/FTC est fortement recommandée chez les HSH et personnes transgenres ayant plusieurs partenaires ayant des relations anales non protégées par le préservatif passées ou présentes, (Grade A) chez les personnes s'injectant des drogues intraveineuses avec échange de matériel d'injection, (Grade C) chez les partenaires séronégatifs de PVVIH dans l'attente que leur charge virale soit indétectable en cas de relations non protégées par préservatif. (Grade A)

La PrEP par TDF/FTC peut être prescrite, en schéma continu uniquement (cf. question 4), chez les sujets porteurs chroniques du virus de l'hépatite B, en tenant compte du risque d'hépatite aiguë grave à l'arrêt du traitement. (Grade C)

La PrEP par TDF/FTC peut être prescrite, en schéma continu (cf. question 12), chez la femme enceinte, allaitante ou sous contraception hormonale. (Grade B)

La PrEP par CAB-LP injectable peut être proposée en alternative en cas de contre-indication à la PrEP par TDF/FTC (notamment insuffisance rénale) ou quand la PrEP orale ne peut être utilisée dans de bonnes conditions. (Grade A) Cependant, compte-tenu du risque de sélection de virus résistants aux inhibiteurs de l'intégrase (INI) en cas d'échec, des difficultés du diagnostic en cas d'infection incidente, et de la différence de coût de traitement entre CAB-LP et TDF/FTC en 2024, la PrEP injectable reste une indication de seconde intention. (AE)

3. Quelles sont les situations où la PrEP du VIH ne doit pas être prescrite ?

Il y a peu de contre-indications à la PrEP.

La prescription de la PrEP nécessite une évaluation récente (moins de 15 jours) du statut sérologique pour le VIH.

La PrEP ne doit pas être prescrite chez une personne dont la sérologie VIH est positive ou en cas de suspicion de primo-infection VIH. (Grade A)

La PrEP par TDF-FTC est contre indiquée :

- en cas de débit de filtration glomérulaire <50 mL/min/1,73m²
- en cas d'hypersensibilité au TDF ou au FTC

Dans ces deux derniers cas, les personnes relevant de la PrEP peuvent avoir accès au traitement préventif par CAB-LP. (Grade A)

4. Quelles sont les bonnes modalités de prescription de la PrEP du VIH ?

Il existe deux modalités de prescription de la PrEP orale par TDF/FTC :

Le schéma continu :

– Administration de TDF/FTC :

- un comprimé par jour tous les jours. (Grade A)

Un délai de 7 jours de prise est recommandé avant le premier rapport sexuel à protéger pour que la PrEP soit considérée comme efficace. (Grade C)

Chez l'homme cisgenre et les personnes transgenres ayant des rapports anaux, ce délai de 7 jours peut être réduit par la réalisation d'une dose de charge de deux comprimés, permettant une efficacité dès le 1^{er} jour, 2 h après la prise. (Grade A)

Nous recommandons de toujours débiter le traitement par une prise de 2 comprimés le 1^{er} jour pour uniformiser les schémas d'une part et pour obtenir les concentrations muqueuses efficaces le plus tôt possible d'autre part, en gardant à l'esprit que 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 car la dose de charge n'a pas démontré son efficacité dans cette population. (AE)

Le schéma discontinu (hors AMM) :

Le schéma discontinu correspond à une prise ciblée autour des rapports sexuels à risque d'exposition au VIH. Ce schéma est validé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et peut être proposé également aux hommes hétérosexuels. (Grade A) Par extension, ce schéma peut également être proposé aux personnes transgenres ayant des rapports anaux. Compte-tenu de la diffusion plus faible du ténofovir disoproxil fumarate au niveau vaginal, ce schéma n'est pas recommandé chez les personnes ayant des rapports vaginaux réceptifs. (Grade C)

Ce schéma ne doit pas être utilisé chez les personnes porteuses chroniques de VHB. (AE)

– Administration de TDF/FTC :

- deux comprimés en une prise entre 2 h et 24 h avant le rapport sexuel à protéger
- puis un comprimé 24 h (+/- 2 h) après la 1^{re} prise
- puis un comprimé 24 h (+/- 2 h) après la 2^e prise

En cas de rapports répétés, poursuivre avec un comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel. (Grade A) En cas d'expositions rapprochées, il est donc possible de passer du schéma discontinu au schéma continu, sous réserve de bien prendre les 2 jours de traitement après le dernier rapport à protéger.

Choix entre schéma continu et discontinu :

Pour les personnes éligibles aux deux schémas, le meilleur est celui qui leur permet ne pas oublier leurs prises et qui convient le mieux à leur vie sexuelle du moment.

PrEP injectable

La PrEP par CAB-LP par voie injectable est une indication de seconde intention, en cas de contre-indication ou d'impossibilité d'utiliser la voie orale avec TDF/FTC. Elle peut notamment être utilisée en 1^{re} intention en cas d'insuffisance rénale. (Grade A)

Elle s'administre par injections intra-musculaires avec une dose de charge initiale (2 injections à 1 mois d'intervalle à M0 et M1), puis tous les 2 mois ensuite (M3, M5, M7...) avec un délai de +/- 7 jours pour les dates d'injections.

Schéma en prise continue orale de TDF/FTC

Pour toute personne



Toujours commencer par **2 comprimés**.
Chez les personnes ayant des rapports vaginaux réceptifs, la protection est assurée à partir du **7^e jour**.

Un comprimé par jour tant qu'il y a des rapports à protéger
Poursuivre **7 jours** après le dernier rapport à protéger

Chez l'homme cisgenre et les personnes trans ayant des rapports anaux



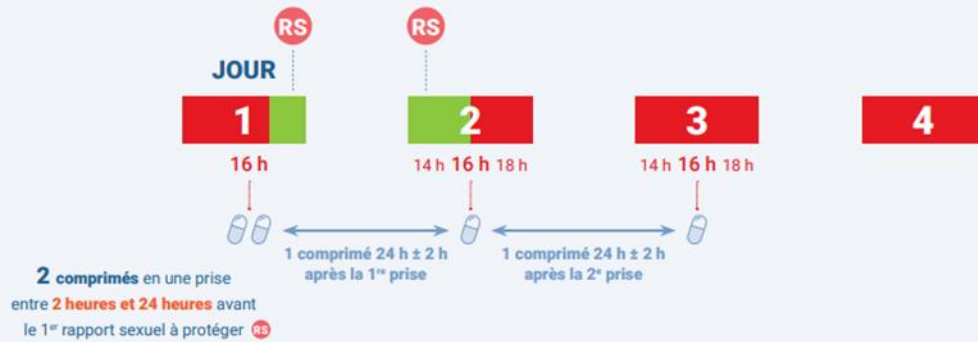
2 comprimés en une prise entre **2 heures et 24 heures** avant le 1^{er} rapport sexuel à protéger **RS**

Poursuivre **2 jours** après le dernier rapport à protéger

Schéma en prise discontinue orale de TDF/FTC

(uniquement chez les hommes cisgenres ou les personnes transgenres ayant des relations anales exclusives, et hors infection chronique par le VHB)

Rapport(s) uniquement dans les 24 h suivant la première prise (ex. de 1^{re} prise à 16 h)



Poursuite des rapports au-delà de 24 h après la première prise



5. Comment organiser la consultation initiale d'une personne pour qui va être prescrite une PrEP du VIH ?

Les modalités de prescription de la PrEP et les modalités de suivi des personnes sous PrEP sont simples et peuvent être mises en œuvre par tout médecin ou dans le cadre d'un protocole de coopération médecin/infirmier ou médecin/sage-femme. (AE)

La consultation initiale doit s'attacher à vérifier l'indication de la PrEP, l'absence d'une des rares contre-indications. Elle permet de choisir avec la personne les modalités d'administration qui sont le plus adaptées à sa vie sexuelle et de lui fournir une explication sur les modalités de prise de la PrEP, de l'importance du suivi et de la prise correcte du traitement pour assurer son efficacité.

L'examen clinique permet de rechercher d'autres IST en cours ou des signes de primo-infection VIH qui contre-indiqueraient l'initiation de la PrEP. (AE)

Un bilan biologique est nécessaire (cf. question 6).

Cette consultation initiale doit permettre de proposer un bilan santé sexuelle plus global avec :

- Évaluation de la demande de contraception chez les femmes
- Évaluation de la santé mentale et de l'exposition aux violences sexuelles, facilitation de l'accès à une consultation d'addictologie pour une demande de suivi ou de sevrage en cas de chemsex/slamsex.

Un entretien communautaire avec un membre d'une association impliquée dans le conseil aux personnes sous PrEP peut être proposé afin de mieux accompagner la personne sous PrEP.

6. Quel bilan prescrire avant la mise sous PrEP du VIH ?

Le bilan biologique doit permettre d'écarter une infection VIH déjà présente, de s'assurer de l'absence d'insuffisance rénale, de définir le statut vis-à-vis des hépatites et les nécessités de vaccination, de rechercher d'autres IST, de connaître le statut des femmes vis-à-vis d'une éventuelle grossesse non encore diagnostiquée et de connaître le niveau de transaminases avant le début du suivi. (AE)

Il est recommandé qu'un bilan biologique soit toujours réalisé avant de débuter ou de renouveler la PrEP.

Le bilan initial comprend de façon systématique :

- Sérologie VIH
- Évaluation du DFG
- ALAT

En cas de doute sur une primo-infection, la quantification de l'ARN VIH plasmatique est l'examen permettant de détecter une infection VIH le plus précocement. (AE)

La charge virale ARN VIH-1 sera réalisée de façon systématique au bilan initial dans les 7 jours avant le début d'une PrEP par CAB-LP. (AE)

Il est complété selon les résultats biologiques antérieurs, l'anamnèse vaccinale et le type d'exposition par :

- Sérologie VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)
- Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive)
- Sérologie VHA (IgG)
- Sérologie syphilis
- PCR gonocoque et *Chlamydia trachomatis* (sites pharyngé, anal, urinaire ou vaginal en fonction des pratiques)
- β -hCG chez la femme en l'absence de contraception

Les TROD ne sont pas adaptés à l'évaluation de l'éligibilité à la PrEP ni au suivi d'une personne sous PrEP, du fait de leur valeur prédictive négative insuffisante en début d'infection. (AE)

Il n'est pas recommandé de proposer un dépistage de l'HPV chez les HSH non infectés par le VIH. En pratique, il n'est donc pas recommandé de proposer de dépistage systématique de l'HPV chez les personnes sous PrEP si elles ne font pas partie des populations à haut risque d'évolution vers un cancer du canal anal telles que définies dans les recommandations de la société française de colo-proctologie, réactualisées en 2022¹. (AE)

¹ <https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/03/Recommandations-pour-la-pratique-clinique-2022-texte-court.pdf>

7. Quelles vaccinations ou traitement proposer en association à une PrEP du VIH ?

En l'absence de marqueurs d'infection ancienne, il est recommandé de proposer une vaccination contre le VHB chez toute personnes non-immunisée, (Grade A) et contre le VHA chez les HSH. (Grade B)

Il est recommandé de proposer une vaccination contre les HPV. (Grade A) Nous recommandons une extension de l'âge de prise en charge jusqu'à 26 ans également chez les femmes. Au-delà de 26 ans, les données actuelles de la littérature ne permettent pas de faire de recommandations vaccinales.

Compte tenu du contexte épidémiologique, Il est actuellement recommandé de vacciner les personnes sous PrEP contre les Poxvirus, (Grade C) avec un schéma à deux injections avec un vaccin de 3^e génération (AMM européenne pour Imvanex® et Jynneos®) en l'absence d'antécédent de vaccination contre la variole dans l'enfance, et avec une seule injection en cas de vaccination antérieure.

Compte tenu des données de la littérature, il n'est pas recommandé de vacciner contre le méningocoque B dans une visée anti-gonococcique. (Grade B)

La doxycycline 200 mg en monodose prise dans les 72 h suivant un rapport sexuel non protégé par un préservatif a montré son efficacité sur l'incidence des IST (syphilis et Chlamydia trachomatis) chez les HSH et femmes transgenres vivant avec le VIH ou sous PrEP et ayant un diagnostic d'IST dans les 12 derniers mois. (Grade A) L'efficacité sur les infections symptomatiques et les complications secondaires n'est pas connue mais probablement très faible dans une population bien dépistée. L'impact à long terme de son utilisation en prophylaxie, notamment sur les résistances bactériennes, est encore mal connu.

Il n'est donc pas recommandé de mettre en œuvre un traitement post exposition par doxycycline 200 mg en prévention des IST bactériennes. (AE)

Il est toutefois possible d'envisager sa prescription dans une démarche de décision partagée, chez les HSH et femmes transgenres ayant un risque élevé (plus de 2 IST dans les 12 mois précédents) lorsque le dépistage ne permet pas de couvrir ce risque de façon satisfaisante. Les modalités d'utilisation sont alors celles des essais cliniques : doxycycline 200 mg en 1 prise orale au plus tôt après un rapport sexuel sans préservatif, et jusqu'à 72 h après celui-ci, sans dépasser 3 prises par semaine. (AE)

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

8. Comment organiser le suivi d'une personne sous PrEP du VIH ?

Il est recommandé de réaliser une consultation de suivi à un mois, puis de façon régulière (en fonction des besoins du patients, tous les 3 à 6 mois). Cette consultation comporte l'évaluation de la tolérance et de l'efficacité de la PrEP, la recherche de symptômes d'IST et un entretien avec la personne concernant ses expositions sexuelles au VIH et aux autres IST. (AE)

Il est recommandé de vérifier un mois après l'initiation de la PrEP :

- La tolérance clinique et biologique du traitement
- La bonne compréhension du schéma de prise
- La sérologie VIH, car une séroconversion a pu échapper au bilan initial s'il a été prélevé pendant la fenêtre sérologique. Une charge virale VIH sera également réalisée en cas de PrEP par CAB-LP.

Le rythme de suivi biologique est fonction de la fréquence et du type de rapports sexuels des personnes. Il est recommandé de rechercher les IST bactériennes (gonocoque, chlamydia et syphilis) tous les 3 à 4 mois chez les HSH qui ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours du trimestre. (AE) Ce rythme de suivi peut être espacé chez les personnes peu exposées, avec néanmoins au moins un bilan tous les semestres.

Le bilan biologique de suivi comprend le dépistage du VIH, l'évaluation du DFG si PrEP par TDF/FTC, le dosage des ALAT, ainsi que la recherche des IST en fonction des rapports sexuels décrits par la personne sous PrEP. (AE)

Il est recommandé de surveiller la survenue ou la recontamination par l'hépatite C uniquement lorsque les personnes sous PrEP rapportent des rapports sexuels anaux traumatiques ou la consommation de drogues par voie nasale ou l'injection de drogues. (AE)

Il est recommandé de réaliser un bilan de suivi avant chaque renouvellement de PrEP. Le soignant peut renouveler le traitement avant les résultats du bilan s'il s'assure de les récupérer et de pouvoir recontacter si nécessaire la personne suivie. (AE)

Il est recommandé de rappeler aux personnes sous PrEP par TDF/FTC les risques liés à l'utilisation concomitante de médicaments néphrotoxiques notamment de la famille des AINS compte tenu des risques de toxicité rénale liée au TDF. (AE)

Il est recommandé d'évaluer régulièrement la santé mentale des personnes sous PrEP pour notamment repérer des conduites addictives et une exposition éventuelle à des violences sexuelles et mettre en place, le cas échéant, les mesures appropriées.

En cas de PrEP par CAB-LP, il est donc recommandé de faire un dépistage par recherche de l'ARN VIH-1 plasmatique dans la semaine précédant l'initiation de la PrEP, et un suivi sous PrEP par mesure de la charge ARN VIH-1 plasmatique à 1 mois, puis tous les 2 mois jusqu'à la 5^e injection (M7), puis tous les 4 mois ensuite, pour rechercher une éventuelle infection par le VIH-1. (Grade C)

Il est recommandé que le suivi d'une personne sous PrEP soit fait par un médecin ou dans un protocole de coopération par infirmier, une infirmière, un ou une sage-femme. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité, son mode et son lieu d'exercice, peut suivre une personne sous PrEP. (AE)

Le suivi s'organise en présentiel et peut parfois s'effectuer en téléconsultation, en l'absence de symptômes et si l'organisation du soignant ou de la structure de soins le permet, et si cela convient au patient.

En CeGIDD, la consultation de suivi, le bilan et la délivrance de traitement doivent être gratuits pour les personnes qui n'ont aucune couverture sociale, et sans reste à charge pour les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé.

9. Comment arrêter et reprendre la PrEP du VIH ?

Modalités d'arrêt et de reprise de la PrEP du VIH

Arrêt :

Il est recommandé de prendre un comprimé de TDF/FTC par jour pendant les 2 jours qui suivent le dernier rapport sexuel pour les hommes cisgenres et personnes transgenres ayant des rapports anaux, et un comprimé de TDF/FTC par jour pendant 7 jours pour les autres populations (Grade A pour les hommes, AE pour les femmes)

En cas de portage du VHB, un avis spécialisé est nécessaire avant l'arrêt de la PrEP, avec une surveillance des transaminases. Le patient doit être informé du risque d'hépatite aiguë grave.

Tout arrêt doit s'accompagner d'une mise en garde, avec rappel de l'importance des autres moyens de prévention, notamment du préservatif. La poursuite des consultations de santé sexuelle et de dépistage est recommandée pour les personnes dont l'exposition sexuelle persiste.

Reprise :

Reprendre de la même façon que lors de la prescription initiale (cf. question 3).

Toute reprise de PrEP doit être précédée d'un contrôle du statut sérologique (avec charge virale en cas de risque de primo-infection en cours). La reprise de la PrEP se fait avec une dose de charge de deux comprimés pour la 1^{re} prise (cf. questions 3. et 9.).

Modalités d'arrêt et de reprise de la PrEP du VIH par CAB-LP

Arrêt :

Il convient de rappeler que du fait de la très longue demi-vie du CAB-LP (taux plasmatique infra-thérapeutique pouvant être détectés jusqu'à 12 mois), une autre modalité de prévention de l'infection VIH doit être mise en place en cas d'arrêt de la PrEP par CAB-LP chez une personne à risque d'exposition (relais par PrEP orale par TDF/FTC ou préservatifs).

Reprise :

Si le délai depuis la dernière injection est >3 mois, il est recommandé de refaire une dose de charge avec 2 injections à 1 mois d'intervalle, comme lors de la prescription initiale.

10. Comment articuler PrEP et traitement post-exposition au VIH ?

En dehors des expositions professionnelles, en cas de prescription d'un traitement post exposition (TPE) chez une personne n'étant pas encore sous PrEP, il est recommandé d'envisager la PrEP à l'issue du TPE, si l'on estime que le risque d'exposition va se répéter. Dans ce cas, la PrEP peut être administrée dès la fin du TPE, après un contrôle de l'ARN VIH plasmatique si le risque d'exposition était considéré comme élevé. (AE)

En cas de défaut de prise de la PrEP et d'exposition rapportée, un TPE est indiqué si :

- **En schéma continu** : la PrEP a été prise moins de 6 fois dans les 7 derniers jours (rapports vaginaux réceptifs) ou moins de 4 fois dans les 7 derniers jours (rapports anaux).
- **En schéma discontinu** :
 - La prise initiale s'est faite moins de 2 h avant l'exposition ;
 - Le premier comprimé post exposition n'a pas été pris dans les 28 h suivant la prise initiale (4 h après l'heure recommandée) ;
 - Au-delà de cette 2^{de} prise, la marge de tolérance (au-delà de 4 h suivant l'heure de prise recommandée) est plus importante et la nécessité du TPE doit être discutée au cas par cas en fonction de l'importance du décalage, en prenant si nécessaire l'avis d'un service expert. (AE)

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

En cas de défaut d'injection de CAB-LP :

Si la dernière injection a été réalisée depuis moins de 10 semaines, il est proposé de refaire une injection de CAB-LP. Si le délai de la dernière injection est supérieur à 10 semaines, il est conseillé en prendre un TPE selon les modalités en vigueur, et de n'envisager la reprise de la PrEP par CAB-LP qu'à la fin du TPE, après avoir éliminé la possibilité d'une primo-infection (ARN VIH). (AE)

11. Comment diagnostiquer et gérer la découverte d'une infection VIH chez une personne sous PrEP ?

Séroconversion VIH confirmée chez une personne ayant déjà pris de la PrEP TDF/FTC

Pression de sélection possible sur le virus = la personne a été exposée au TDF/FTC après la dernière sérologie VIH négative	Pas de pression de sélection sur le virus = la personne n'a pas pris de TDF/FTC depuis la dernière sérologie VIH négative
--	--

Prélèvement d'un WB, d'une CV VIH-1, d'un génotype viral

Génotypage sur ADN proviral si CV indétectable

Instauration rapide d'un traitement comportant 2 classes thérapeutiques hors inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase <ul style="list-style-type: none"> • DRV/r 800/100mg + DTG 50 mg • Si risque d'interaction : BIC/FTC/TAF 	Instauration rapide d'un traitement antirétroviral selon les recommandations en cours
Adaptation secondaire selon le génotype avec surveillance virologique rapprochée après simplification (M1, M3, M6)	Charge virale et adaptation médicamenteuse à M1 en fonction du génotype

En cas de découverte d'une sérologie VIH positive chez une personne sous PrEP, une confirmation de l'infection VIH doit être réalisée au plus vite par la réalisation d'une 2^e sérologie ELISA, d'un Western-blot (ou immunoblot) et d'une quantification de l'ARN VIH plasmatique. Une recherche d'ADN VIH pourra être proposée en complément en cas de négativité de l'ARN VIH plasmatique.

Une analyse de l'anamnèse, de la prise du traitement et des événements survenus depuis le dernier test sérologique négatif doit être réalisée.

En cas d'infection VIH confirmée chez une personne exposée au TDF/FTC depuis la dernière sérologie négative (prise incomplète du traitement), il est recommandé de débiter rapidement un traitement associant DTG (50 mg/j) et DRV/r (800/100 mg/j) dans l'attente du test génotypique de résistance et d'adapter le traitement secondairement. (AE) En cas de contre-indication à l'utilisation du ritonavir, un traitement par BIC/FTC/TAF peut être prescrit en attendant les résultats du génotype. (AE)

En cas d'infection VIH chez un patient ayant reçu une PrEP injectable par CAB-LP, l'association TDF/FTC (245/200 mg) + DRV/r 800/100 mg pourra être proposée compte-tenu du risque de sélection de mutations aux INI.

La rareté et la spécificité des infections VIH sous PrEP justifient le recours systématique à l'avis d'un centre de référence.

12. Quelles sont les situations particulières devant être prises en compte dans le cadre de la PrEP du VIH ?

Effets secondaires

La PrEP par TDF/FTC peut entraîner certains effets secondaires légers et temporaires, principalement des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, épigastralgies, ainsi qu'une sensation d'asthénie ou des céphalées. Dans de très rares cas, la PrEP peut occasionner des effets secondaires plus sévères : altération de la fonction rénale ou diminution de la densité minérale osseuse.

Il est essentiel de noter que la plupart de ces effets secondaires sont transitoires et régressent à l'arrêt de la PrEP. La plupart des personnes sous PrEP par TDF/FTC ne présentent aucun effet secondaire.

Transidentité

Le PrEP est un outil essentiel de prévention pour la population transgenre. Les personnes transgenres ayant des rapports anaux exclusifs peuvent bénéficier du schéma par TDF/FTC continu, (Grade A) ou discontinu. (Grade B) En l'absence de données solides, il est recommandé que les personnes transgenres ayant des rapports vaginaux utilisent le schéma continu. (Grade B) Compte tenu de possibles interactions entre hormones féminisantes et PrEP par TDF-FTC, il est recommandé aux femmes transgenres sous ce type de traitement hormonal d'utiliser plutôt le schéma de PrEP continu. (Grade C) La PrEP par CAB-LP est une alternative pour les personnes transgenres compte tenu des vulnérabilités cumulées auxquelles elles sont exposées. (Grade A)

Addictions, Chemsex

La population des personnes pratiquant le chemsex est à haut risque d'infection par le VIH. La PrEP doit être proposée à ces personnes, chez qui elle a montré son efficacité. (Grade B) En cas d'injections intraveineuses de produits liés au chemsex, le risque est majoré et la PrEP doit rentrer dans une démarche globale de réduction des risques liés à la sexualité et aux pratiques d'injection. (Grade B)

Insuffisance rénale

La PrEP par TDF/FTC est contre-indiquée en cas de DFG <50 mL/min/1,73m². (Grade A) Chez les personnes ayant un débit de filtration entre 50 et 60 mL/min/1,73m², la prescription d'une PrEP par TDF/FTC discontinu est préférable quand elle est indiquée, et en cas de nécessité de PrEP sous forme continue, elle doit s'accompagner d'une surveillance renforcée de la fonction rénale. (Grade B)

Des doses réduites de TDF/FTC en situation de PrEP n'ont pas été étudiées, et il ne paraît pas raisonnable de proposer un traitement préventif potentiellement néphrotoxique en cas de débit de filtration glomérulaire <50 mL/min/1,73m².

Le CAB-LP pouvant être prescrit même en cas d'insuffisance rénale sévère, il est recommandé d'utiliser cette molécule en 1^{re} intention chez les personnes en indication de PrEP et ayant une insuffisance rénale.

Grossesse et allaitement

La grossesse et l'allaitement sont des périodes à risque accru d'infection par le VIH en cas d'exposition. La grossesse n'est pas une contre-indication à la PrEP par TDF/FTC, (Grade A) et les modalités de la PrEP sont les mêmes chez les femmes enceintes ou non enceintes (schéma continu). La PrEP par TDF/FTC peut être utilisée en cas d'allaitement, (Grade A) sans surveillance spécifique de l'enfant. La PrEP par CAB-LP peut également être utilisée en cas d'allaitement si une alternative au TDF/FTC est nécessaire. (AE)

Mineurs

La PrEP par TDF/FTC peut être prescrite chez les mineurs pour lesquels il existe une indication, et l'utilisation de l'association TDF/FTC dispose d'une AMM en France à partir de l'âge de 12 ans en thérapeutique. Cependant, la mention du remboursement de ce traitement pris par le mineur sur les décomptes de l'assurance maladie pose un problème de confidentialité. Cette rupture de confidentialité vis-à-vis des parents ne peut actuellement être évitée qu'en CeGIDD où le traitement peut être délivré et le suivi assuré sans facturation. Le groupe recommande que des mesures soient prises pour faciliter l'accessibilité de la PrEP aux mineurs (cf. question 12).

Lorsqu'on reçoit un mineur pour une PrEP, il est recommandé de s'assurer qu'il ne subit pas de violence dans le cadre de sa sexualité et que celle-ci est librement consentie. Toute atteinte sexuelle (viol si pénétration) commise par un majeur sur un mineur de moins de quinze ans est réputée non consentie, sans avoir besoin qu'il y ait eu violence, contrainte, menace ou surprise, sauf si l'écart d'âge est inférieur à quatre ans².

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 danger³.

Couples sérodifférents pour le VIH

Il n'y a pas d'indication à la PrEP pour le partenaire séronégatif, au sein d'un couple sans autre partenaire, et dont le partenaire séropositif a un ARN VIH plasmatique indétectable régulièrement contrôlé. (Grade A) En cas de sérodifférence au moment du diagnostic d'une infection VIH, il y a une indication à la PrEP du partenaire séronégatif dans l'attente que son partenaire ait été traité 6 mois, avec un ARN VIH plasmatique indétectable, si les rapports sexuels ne sont pas protégés par préservatif. (Grade A) Si la charge virale du partenaire est non contrôlée ou non contrôlable, il y a également une indication de PrEP. (Grade A)

Travail du sexe

Un travail avec les associations communautaires est nécessaire afin de donner un accès à la PrEP à davantage de travailleurs et travailleuses du sexe et de lutter contre leur stigmatisation, frein majeur à la mise et la rétention sous PrEP. (Grade C). La PrEP injectable par CAB-LP peut faciliter la prévention du VIH dans cette population.

Lieux de privation de liberté

L'accès à la prévention des IST, dont le VIH, est faible dans les lieux de privation de liberté. D'importants efforts doivent être fait par l'administration pénitentiaire, avec le support des USMP, pour donner aux détenus un meilleur accès à l'information sur la santé sexuelle et

² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043403203>

³ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137055

aux outils de réduction de risque dont la PrEP. Compte tenu des facteurs de risque des personnes incarcérées, notamment en cas de risque de reprise de pratiques d'injections à la sortie, une information sur la PrEP devrait être proposée. (AE)

Santé mentale

Compte tenu de leur vulnérabilité, les personnes atteintes de troubles mentaux devraient pouvoir bénéficier d'un accès facile à la PrEP notamment dans les centres de soins dédiés à la santé mentale. (AE). La PrEP injectable par CAB-LP peut faciliter la prévention du VIH dans cette population.

13. Quelles sont les ressources d'accompagnement disponibles dans le cadre de la PrEP du VIH ?

Les principales ressources d'accompagnement

HAS :

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par TDF/FTC dans le cadre de l'urgence sanitaire – 15 avril 2021

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco_435_reponse_rapide_prep_au_vih_150421_cd_vudoc_am_pg_vd_mel_v0.pdf

Formation en ligne :

Plateforme de e-learning dédiée à la PrEP – validé par la SFLS et la Société Française de Pharmacologie Thérapeutique : <https://www.formaprep.org/>

<https://www.guideline.care/formation/prep-en-medecine-generale/>

Guide en ligne :

Guide « La PrEP mode d'emploi »

à télécharger en version numérique: <https://www.aides.org/prep>

à commander gratuitement en version papier en écrivant à documentation@aides.org

Guide de l'Enipse : <https://www.enipse.fr/le-petit-guide-de-la-prep>

Applications :

My PrEP : <https://myprep.app/>

AT PREP

- Android : [at prep – Applications Android sur Google Play](#)
- iOS : [AT-PrEP dans l'App Store \(apple.com\)](#)

14. Quelles évolutions pourraient faciliter l'accès à la PrEP du VIH ?

- **Impliquer directement les sage-femmes dans la prescription de PrEP**

Les sage-femmes accompagnent les femmes dans la prévention et le traitement des IST, la prévention des grossesses non choisies, le suivi des grossesses physiologiques et du post-partum. Elles ont une position privilégiée pour identifier les femmes exposées au VIH. Il serait logique de leur permettre de prescrire la PrEP, quel que soit leur modalité d'exercice, et sans nécessité de protocole de coopération.

- **Rendre effectif l'accès de la PrEP aux mineurs**

Une clarification sur l'autorisation pour tout médecin, quel que soit son lieu et mode d'exercice, de prescrire la PrEP à un mineur sans majeur accompagnant serait nécessaire.

Il faudrait pouvoir faire chez les mineurs, y compris en dehors des CeGIDD :

- La prescription et délivrance de PrEP
- Le bilan biologique initial et de suivi
- La prescription, la délivrance et l'injection des vaccins

Ces mesures devraient être assorties d'une garantie pour le bénéficiaire mineur qu'aucun décompte ne sera envoyé à l'assuré, et aucune information délivrée aux parents.

- **Rendre effectif l'accès de la PrEP aux populations qui cumulent les vulnérabilités**

La médiation en santé permet l'accès effectif à la PrEP pour les personnes dont la vulnérabilité n'est pas circonscrite aux pratiques sexuelles. Son passage à l'échelle implique de créer le référentiel métier des médiateurs en santé, de mettre en place des formations qualifiantes et de financer la médiation à la hauteur des besoins.

Une approche pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale, devrait permettre d'appréhender les vulnérabilités cumulées (administrative, résidentielle, financière, sexuelle) des personnes exposées au VIH. L'ouverture de droits devrait être systématiquement proposée et l'accès à la PrEP devrait être inconditionnel, c'est-à-dire possible pour les personnes en situation irrégulière et sans droits ouverts à l'assurance maladie.

En cas de contre-indication ou d'intolérance à la PrEP par TDF/FTC, le CAB-LP est la seule alternative actuellement validée, notamment en cas d'insuffisance rénale avérée. De nouvelles recommandations concernant l'utilisation des formes de PrEP à longue durée d'action seront émises au fur et à mesure de l'obtention des AMM.

- **Mettre à jour la réglementation du TDF/FTC pour la PrEP en schéma discontinu**

Actuellement, l'AMM et le remboursement du TDF/FTC ne concernent que le schéma de PrEP continu, alors qu'en pratique le schéma discontinu est largement utilisé chez les hommes. Nous recommandons une mise à jour de la réglementation qui valide explicitement le schéma discontinu.

15. Participants

15.1. Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

15.2. Groupe de travail

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

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

Dr Éric Cua, infectiologue, CHU de Nice

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

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

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

Dr Pauline Penot, interniste, CeGGID, CH de Montreuil

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

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

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

15.3. Auditions

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

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

Dr Patrice Muret, pharmacologue, CHU de Besançon

15.4. Groupe de lecture

Dr Clotilde Allavena, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Jonathan Béasse, médecin généraliste, sexologue, Irodouër

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

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe

Dr Ophélie Dos Santos, infectiologue, CH de Chambéry

Dr Cédric Etienne, infectiologue, CeGIDD, CH de Grasse

Dr Guillaume Fatscher, médecin généraliste, Paris

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

Dr Pierre Gantner, virologue, CHU de Strasbourg

Dr Mélanie Goument, urgentiste, CHU de Nantes

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

15.5. Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH

Dr Fanny Alby-Laurent, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris
Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes
Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans
Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux
Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny
Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny
Pr André Cabie, infectiologue, CHU de la Martinique
Dr Karen Champenois, épidémiologiste, Inserm, Paris
Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de la Guadeloupe
Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d'Agenais
Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm, Toulouse
Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)
Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris
Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act Up Paris, TRT-5 CHV
Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre
Dr Christine Jacomet, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand (jusqu'au 01/12/2022)
Dr Marie Lachatre, infectiologue, AP-HP Hôpital Cochin et Hôpital Necker, Paris
Pr Fanny Lanternier, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Marianne L'Henaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV
Dr Florence Lot, épidémiologiste, Santé publique France
Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier
Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes
Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris
Dr Olivier Paccoud, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris
Mme Hélène Pollard, représentante associatif, Sol En Si, TRT-5 CHV
Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg
Dr Quentin Richier, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris
Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM Hôpital de la Timone, Marseille
Dr Cathia Soulie, virologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark

15.6. Remerciements

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

16. Abréviations et acronymes

Ac	Anticorps
Ag	Antigène
AINS	Anti-inflammatoires non-stéroïdiens
ALAT	Alanine amino-transférase
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviraux
BIC	Bictégravir
CAB-LP	Cabotégravir de longue durée d'action
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
CV	Charge virale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DRV/r	Darunavir boosté par le ritonavir
DTG	Dolutégravir
EVARS	Espace vie affective, relationnelle et sexuelle
FDA	Food and drug administration
FTC	Emtricitabine
HAS	Haute autorité de santé
hCG	Hormone chorionique gonadatrope
HPV	Papillomavirus humains
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IgG	Immunoglobulines G
IM	Intramusculaire
IST	Infection sexuellement transmissible
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
IVG	Interruption volontaire de grossesse

PrEP	Prophylaxie Pre Exposition
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
TAF	Tenofovir alafenamide
TARV	Traitement anti-rétroviral
TDF	Tenofovir disoproxyl fumarate
TDS	Travailleurs et travailleuses du sexe
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UDIV	Usager de drogue intraveineuse
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

