

***Recommandations diagnostiques et thérapeutiques
pour les
Maladies Sexuellement transmissibles***

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



DÉPISTAGE DES MST / IST

*Ch. Vernay-Vaisse, N. Spenatto, C. Derancourt, J. Timsit, S. Fouéré, A.L. Pinault
et la Section MST de la SFD*

Février 2016

(Erratum – avril 2016)

Le dépistage des différentes MST/IST est envisagé par le clinicien dans différentes situations. Cette démarche de dépistage est évidente lorsque le motif de consultation est une prise de risque sexuel ou une pathologie génitale. Elle doit également pouvoir être effectuée chez les consultants asymptomatiques dans certaines situations lors de recours aux soins.

Par ailleurs, tout patient ayant une MST doit bénéficier d'un dépistage VIH et des autres MST. La chronologie et la répétition des examens de dépistage seront adaptées au contexte clinique et épidémiologique.

D'une manière générale le dépistage des MST est proposé :

- en cas de suspicion ou de diagnostic de MST ou d'infection par le virus VIH,
- en cas d'un diagnostic de MST ou d'infection VIH chez le partenaire,
- dans certaines situations (demande de contraception, grossesse...),
- en cas de prise de risque (rapports sexuels non protégés) avec :
 - un partenaire ayant une MST documentée,
 - un partenaire HSH ou transgenre,
 - plusieurs partenaires,
 - un(e) utilisateur de substances psycho-actives,
 - un(e) partenaire de passage,
 - une personne prostituée,
 - un(e) partenaire migrant,
 - un partenaire ayant des rapports non protégés avec d'autres partenaires,
- en population générale en fonction des recommandations.

Nous envisagerons les dépistages d'abord par approche populationnelle puis de façon synthétique suivant le type d'infection à dépister :

Principaux dépistages proposés :

En populations générale :

- dépistage VIH, à chaque changement de partenaire et si multi partenariat tous les ans (le proposer lors de tout recours aux soins en cas d'absence de recours au dépistage),
- sérologie VHB en l'absence de vaccination (Ag Hbs, Ac antiHbs, Ac antiHbc),
- sérologie VHC si elle n'a jamais été faite, à répéter en cas de risque sanguin,
- tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour CT par auto prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25/30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels (RS) non protégés avec un nouveau partenaire et dans le 1^{er} jet urinaire chez les hommes de moins de 30 ans.
- la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (PVH) est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec rattrapage jusqu'à 19 ans révolus,.
- frottis cervical (recommandé, après 2 frottis normaux à un an d'intervalle, tous les trois ans entre 25 et 65 ans en l'absence de pathologie).

Lors de la consultation, outre l'accompagnement dans la prévention (entretien motivationnel si possible), la proposition de dépistage en fixera ses limites :

- délai de séroconversion des différentes infections, en fonction de la date de la dernière prise de risque, proposition de renouveler certains dépistages,
- pour l'infection VIH, un test négatif (Elisa de 4^{ème} génération) permet de rassurer à 6 semaines (ou plus) après un risque ou une exposition potentielle. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de 3^{ème} génération ou les autotests seulement après 3 mois (ou plus). Cependant il est préférable de proposer un dépistage immédiat quitte à le renouveler dans les délais vus plus haut, car il ne faut pas surestimer la dernière prise de risque par rapport aux plus anciennes. De plus la cinétique des anticorps est variable. Les délais recommandés sont larges (???). Pour les hépatites B et C le délai recommandé pour affirmer une absence de contamination est de 3 mois avec les mêmes réserves que pour l'infection VIH.
- absence de conclusion sur le ou les partenaires en cas de résultat négatif d'où la nécessité du dépistage du ou des partenaires.

Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les patients transgenre :

Outre l'infection VIH, on recommande une attention particulière pour la syphilis (y compris pour des rapports non protégés bucco-génitaux), les hépatites virales (VHB mais aussi VHA et VHC), ainsi que pour la gonococcie (recherchée en sus du prélèvement urinaire par prélèvement anal et pharyngé du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique). Il

n'y a pas encore actuellement de recommandation officielle pour la vaccination contre les infections à PVH.

- sérologies VIH, syphilis, VHC tous les ans au moins (renouveler les dépistages VIH),
- sérologie VHB et VHA et vaccination si sérologies négatives,
- recherche de gonocoques et chlamydias par TAAN (1er jet urinaire, anus, pharynx) tous les ans. L'auto-prélèvement anal rend cet examen plus facilement renouvelable.

Pour les personnes migrantes ;

Outre, les recommandations en population générale, il est nécessaire de renouveler le dépistage de l'infection VIH, de la syphilis et de la sérologie VHC et VHB en l'absence de vaccination.

Au décours de la prise de substances psychoactives, des prises de risques sexuels surviennent souvent (d'anamnèse difficile en raison des épisodes amnésiques associés). En conséquence, un dépistage large des MST est conseillé, associé à un dépistage renouvelé de l'infection par le VHC (risque sanguin lors du partage de matériel lors de l'injection ou du sniff).

Patients infectés par le VIH

Les indications de dépistage en cas de prise de risque sont identiques à celles préconisées pour les personnes immunocompétentes. Cependant, les MST favorisent la transmission du VIH et l'infection VIH peut favoriser l'expression de certaines MST.

En raison de la recrudescence de la syphilis, on recommande un dépistage systématique au minimum annuel chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, infectés par le VIH.

Quinze pour cent des patients consultant pour une urétrite gonococcique sont infectés par le VIH. On insiste sur la recherche, dans le contexte de rapports buccogénitaux non protégés, d'un foyer oro-pharyngé de gonocoques présent dans plus de 20 % des cas et le plus souvent asymptomatique. On recherchera également un foyer ano-rectal. Ce dépistage par TAAN couplé CT/NG permet également de dépister les porteurs asymptomatiques ano-rectaux de chlamydias qu'il faudra, en cas de recherche positive, typer pour les sérovars L1, L2 ou L3 responsables de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).

La surveillance clinique annuelle des femmes séropositives (examen gynécologique et frottis) est recommandée en raison de la fréquence élevée des néoplasies intra épithéliales cervicales (CIN).

En raison de la fréquence des néoplasies intra épithéliales anales (AIN) chez les femmes et les hommes ayant des relations sexuelles anales, particulièrement en cas d'infection VIH associée, la région anale fera l'objet d'une surveillance particulière, dont la fréquence et les modalités restent à déterminer. Il faudra renforcer le dépistage du cancer anal chez les HSH, chez toute personne ayant des antécédents de condylomes et chez les femmes ayant eu une dysplasie ou un cancer du col utérin. Ce dépistage doit être effectué par un examen proctologique associant un examen de la marge anale, un toucher rectal et une anoscopie à l'œil nu qui permettra de faire le diagnostic de cancer de l'anus ou de lésion(s) précancéreuse(s) macroscopique(s).

En cas d'anomalie sur le bilan initial, le dépistage doit être effectué sur un rythme au minimum annuel. En l'absence d'anomalie, il appartiendra au gastro-entérologue, proctologue de définir la périodicité du suivi de chaque patient. Concernant le dépistage des lésions intra-épithéliales précancéreuses de haut grade par cytologie anale et anoscopie de haute résolution, les données sont insuffisantes à l'heure actuelle pour recommander un algorithme décisionnel (rapport Morlat 2013).

Patients greffés d'organe

La surveillance annuelle ano-génitale systématique des patients greffés de rein est recommandée, en raison de la fréquence des CIN de haut grade et également du rôle des PVH oncogènes muqueux dans la carcinogénèse non seulement muqueuse mais aussi cutanée chez ces patients. Chez les jeunes filles devant bénéficier d'une greffe, la vaccination contre les PVH est proposée dès l'âge de 9 ans.

Situations particulières

Accident d'exposition aux virus (cf : chapitre correspondant)

Grossesse (cf : chapitre correspondant)

On rappelle que les dépistages de la syphilis et de l'hépatite B sont obligatoires. Le dépistage de l'infection VIH doit être systématiquement proposé à la consultation de déclaration de grossesse. Le dépistage du partenaire sera également systématiquement proposé.

Demande de contraception

Lors de ces consultations, le conseil est primordial avec proposition de dépistage des MST en particulier infection VIH, infection à *Chlamydia trachomatis* et dépistage du partenaire. Ce

dépistage est accessible dans les centres d'éducation et de planification familiale (Loi Calmat).

Milieu carcéral

La fréquence de l'infection VIH, de la syphilis, des hépatites virales et des MST dans ce milieu ainsi que la méconnaissance fréquente de rapports sexuels non protégés, parfois forcés, incitent à une proposition de dépistage large des MST et un accès facilité à la prévention.

Rapport sexuel forcé

Approche multidisciplinaire :

- prise en charge psychologique,
- prise en charge sur un plan médico-légal,
- proposition d'un dépistage large des MST (différent de celui fait sur un plan légal qui a pour but le suivi judiciaire et non le traitement immédiat de la personne),
- en fonction du délai, proposition d'un traitement prophylactique et d'une contraception d'urgence.

Retour d'un voyage en pays tropical

A côté des MST « classiques » le diagnostic des MST rares, donovanose, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne, amibiase génitale doit être envisagé.

Les dépistages selon l'infection à dépister :

Le dépistage de l'infection VIH :

En France on estime que 150 000 personnes seraient infectées par le VIH dont 30 000 l'ignorent. Les personnes séropositives qui s'ignorent seraient responsables de plus de la moitié des nouvelles contaminations. 25 à 30 % des nouveaux patients dépistés positifs le sont à un stade tardif. De plus 10 000 personnes se sachant infectées par le virus VIH ne sont pas traitées.

Ceci entraîne un double préjudice :

- pour le patient, car le traitement de l'infection à un stade précoce permet de diminuer le risque de progression vers le stade Sida et diminue le risque de décès.
- pour la collectivité, car toutes les études montrent que les personnes traitées efficacement ont un risque de transmission du virus considérablement diminué.

Il n'y a pratiquement plus de nouvelles contaminations chez les usagers de drogue injectables depuis la politique de réduction des risques mais ceci reste à surveiller en

fonction des nouvelles pratiques (apparition récente de pratiques d'injection intraveineuse entre autres de cathinones ou *slam* dans un but récréatif « *chemsex* »).

L'incidence de l'infection VIH reste importante chez les HSH et chez les personnes originaires d'Afrique sub-Saharienne et des DFA.

Le dépistage du virus VIH a profondément évolué dans les dernières années avec l'apparition du concept de prévention combinée. Il est recommandé de passer d'une stratégie de l'*opt-out* à une stratégie de l'*opt-in* c'est-à-dire de proposer le dépistage VIH lors de tout motif de recours au système de soins. L'accord de la personne au dépistage reste bien sûr toujours respecté.

Les tests Elisa de 4^{ème} génération dépistent antigène et anticorps. Ils peuvent se positiver dès le 10^{ème} jour après une contamination. Leur négativité 6 semaines après un risque permet de rassurer.

Les TROD et des autotests facilitent l'accès au dépistage pour les personnes éloignées du système de soins standard même si ces tests sont moins performants pour dépister les séroconversions puisqu'ils ne recherchent que les anticorps. Leur négativité n'est rassurante que 3 mois après un risque.

La charge virale VIH peut se positiver dès le 6^{ème} jour (voir chapitre PI)

Le dépistage facilité combiné à l'utilisation des préservatifs et la prise de traitements (traitement de l'infection VIH, traitement d'urgence post exposition au mieux dans les 4 premières heures, au maximum 48h et éventuellement traitement pré exposition) font intégralement partie de la prévention combinée.

Il faudra également savoir reconnaître les signes cliniques d'une primo infection VIH, 10 à 15 jours après le contage, situation où la personne est alors très contagieuse et où la prise en charge la plus rapide possible est nécessaire (cf chapitre dédié).

Éléments devant amener à prescrire un test de dépistage / diagnostic du VIH :

Selon les populations : Certaines populations devraient se voir offrir, à une fréquence régulière au minimum annuel, un test de dépistage du VIH :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH),
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois,
- les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes,
- les usagers de drogues injectables (UDI),
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne,

- les personnes en situation de prostitution,
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH,
- les populations en situation de précarité qui consultent par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- l'entourage familial de Personnes Vivant avec le VIH (conjoint et enfant(s) de femmes enceintes).

Selon les circonstances : Un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières :

- suspicion ou diagnostic de MST ou d'hépatite B ou C,
- suspicion ou diagnostic de tuberculose,
- projet de grossesse et grossesse (la proposition systématique de dépistage doit être effectuée lors de la première consultation prénatale et être réitérée au 6^{ème} mois de grossesse aux femmes négatives exposées à un risque viral ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4^{ème} mois),
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- première prescription d'une contraception,
- viol,
- à l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.

Sur la base des données cliniques ou biologiques particulières :

- cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermite séborrhéique,
- asthénie chronique, syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique
- lymphopénie, thrombopénie,
- amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée.

Le dépistage des hépatites virales B et C

Le dépistage des hépatites virales B et C s'adresse aux individus à risque asymptomatiques. Par le dépistage, il s'agit de diagnostiquer précocement l'hépatite virale chronique B ou C pour prévenir la survenue de cirrhose hépatique ou de carcinome hépato-cellulaire, c'est-à-dire pour réduire la morbi-mortalité des hépatites virales chroniques.

Cependant, un nombre important de personnes infectées par le VHC ou le VHB ne sont pas dépistés avec les stratégies actuelles, alors que des traitements permettant de guérir (VHC) ou de contrôler efficacement (VHB) les infections, sont disponibles. De nouveaux outils de dépistage (TROD) sont en cours de validation. Outre, son intérêt chez le patient lui-même, le

renforcement du dépistage et du traitement devrait permettre de réduire le « réservoir » de ces virus chez l'homme et donc les risques de transmission.

Les recommandations 2014 du rapport Dhumeaux :

- **Poursuivre une stratégie de dépistage ciblé** des infections virales B et C en fonction des facteurs de risque de contamination comme cela est actuellement recommandé (cf infra).
- **Elargir les stratégies de dépistage** aux populations suivantes :
 - hommes âgés de 18 à 60 ans,
 - femmes enceintes dès la première consultation prénatale, en évaluant régulièrement ces stratégies.
- Associer dans tous les cas **la recherche des trois virus** VHB, VHC, et VIH.
- Associer les **trois marqueurs recommandés** (Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc) pour le dépistage de l'hépatite B dans la nomenclature des actes de biologie avec remboursement.
- Faire que les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) développés pour les infections virales B et C favorisent le dépistage des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques.
- Conseiller les personnes dépistées dont les tests sont négatifs, en les informant des possibilités de contamination en cas de poursuite des conduites à risques et en leur proposant, selon leurs facteurs de risque, une vaccination contre l'hépatite B.

Le dépistage de l'hépatite B

On estime que 280 000 personnes âgées de 18 ans et plus sont atteintes d'une infection par le virus de l'hépatite B (VHB) en France, soit une prévalence de l'Ag HBs de 0,65 %. L'exposition sexuelle constitue le principal facteur de contamination par le VHB. Le nombre annuel de décès associés au VHB est estimé à 1 500. Les personnes infectées ne connaissant pas leur statut sont estimées à 55 % des porteurs chroniques d'Ag HBs en 2004 soit 160 000 personnes.

La recherche simultanée des 3 marqueurs (Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc) est la stratégie qui permet de déterminer, en un seul temps, le statut immunitaire exact de la personne vis-à-vis du VHB (6). Après une contamination, l'Ag HBS est le premier à apparaître (6 semaines), les anticorps à 3 mois.

Le dépistage est recommandé pour:

- Les femmes enceintes : le dépistage de l'Ag HBs est obligatoire et doit être systématique au cours du 6^e mois de grossesse, quel que soit le risque d'infection par le VHB.

• Les personnes à partir de l'âge de 16 ans, non vaccinées et exposées (ou susceptibles de l'avoir été) au risque d'infection par le VHB :

- personnes nées, ayant résidé ou étant amenées à résider dans des pays ou zones à risque d'exposition au VHB, de forte endémicité (Afrique subsaharienne, Asie) ou de moyenne endémicité (DROM-COM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud),
- entourage d'une personne infectée par le VHB (famille vivant sous le même toit),
- partenaires sexuels d'une personne infectée par le VHB,
- patients susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe, etc.),
- usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra-nasale,
- personnes qui séjournent ou qui ont séjourné en milieu carcéral,
- personnes séropositives pour le VIH, le VHC ou ayant une MST en cours ou récente,
- personnes, quel que soit leur âge, ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents,
- personnes ayant un risque professionnel,
- adultes accueillis dans les institutions psychiatriques,
- personnes adeptes du tatouage avec effraction cutanée ou du piercing (à l'exception du perçage d'oreille),
- voyageurs dans les pays ou zones à risque d'exposition au VHB (risque à évaluer au cas par cas),
- personnes devant être traitées par certains anticorps monoclonaux, biothérapies et traitements immunosuppresseurs.

Le dépistage de l'hépatite C

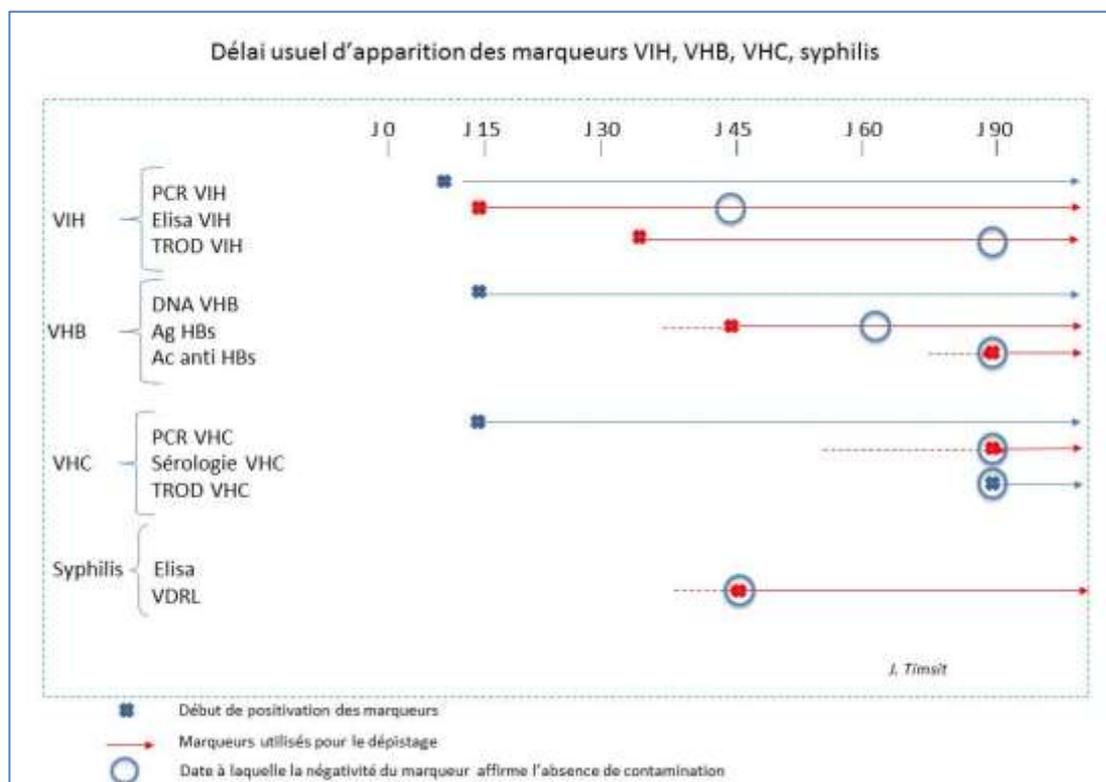
Environ 2,2 à 2,4 % (120-130 millions) de la population mondiale est porteur chronique du VHC. La prévalence est plus élevée en Afrique (5,3 %) et plus faible en Europe (1,03 %). En France, la prévalence est estimée à 0,84 %, soit 370 000 porteurs d'anticorps du VHC dont environ les deux tiers sont virémiques et seulement la moitié (57,4 %) connaît son statut, cela correspond à 100 000 personnes virémiques non encore diagnostiquées.

En France, le nombre annuel de décès attribuables au VHC est d'environ 2 600. Environ 15 % des décès liés aux VHC sont observés chez les malades VIH+.

Le dépistage est sérologique, les anticorps apparaissant 2 à 3 mois après le contact. En cas de suspicion d'hépatite C aiguë, la PCR VHC se positive dès le 15^{ème} jour. Les TROD comme pour le VIH requièrent un délai de 3 mois.

Les recommandations de dépistage du VHC remontent à 2011. Elles préconisaient un dépistage ciblé sur les personnes ayant un ou plusieurs facteurs de risque :

- personnes ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992,
- personnes ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse,
- personnes ayant eu une exposition à des actes de soins invasifs avant 1997.
- personnes hémodialysées,
- enfants nés de mère séropositive pour le VIH,
- personnes découvertes séropositives pour le VIH,
- partenaires sexuels et entourage familial de sujets infectés par le VHC,
- personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral,
- personnes originaires de ou ayant reçu des soins dans des pays de forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud),
- personnes ayant eu des tatouages, piercing, mésothérapie ou acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel,
- personnes chez lesquelles sont trouvées des valeurs élevées d'ALAT sans cause connue.



Le dépistage de la syphilis

La nouvelle nomenclature 2015 propose un test tréponémique (TT) de dépistage si possible automatisé (qualitatif) et en cas de positivité un test non tréponémique (TNT) quantitatif sur le même sérum. Rappelons que les anticorps n'apparaissent que dans les 5 à 15 premiers jours du chancre, qui ajoutés à l'incubation de la maladie (en moyenne 3 semaines), fait que les sérologies de la syphilis se positivent rarement moins de 6 semaines après la contamination.

Le dépistage de la syphilis acquise :

- Proposer le dépistage de la syphilis :
 - aux hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise,
 - aux travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise),
 - aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec des travailleurs du sexe,
 - lors du diagnostic ou en cas d'antécédent de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH,
 - aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an,
 - aux migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud),
 - lors d'une incarcération,
 - après un viol.

- Adapter le rythme de répétition du dépistage selon les situations à risque (du dépistage unique en cas de prise de risque ponctuelle au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente).

Le dépistage de la syphilis congénitale :

- Proposer le dépistage au cours de la grossesse :
 - lors du 1^{er} examen prénatal (au mieux lors du 1er trimestre de la grossesse) chez toutes les femmes (test obligatoire),
 - au 3^{ème} trimestre, si la femme ou son conjoint ont eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le premier dépistage, au mieux avant la 28^{ème} semaine de grossesse,
 - avant ou après l'accouchement en l'absence de sérologie au cours de la grossesse.

- Vérifier la présence d'une sérologie syphilitique dans le dossier obstétrical avant que toute femme ne quitte la maternité
- Proposer le dépistage de la syphilis aux femmes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'enfants mort-nés

Le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT)

L'enquête sur le contexte de la sexualité en France (questionnaire téléphonique sept 2005 - mars 2006) a permis l'enquête NatChla sur un sous-échantillon par dépistage TAAN par auto-prélèvement vaginal ou 1^{er} jet d'urines avec 2 580 prélèvements en population générale : la prévalence de l'infection CT était pour les hommes de 1.4 % IC [0.8-2.6] et pour les femmes de 1.6 % IC [1-2.5] et chez les 18-29 ans de 2.5 % pour les hommes et 3.2 % pour les femmes, montrant l'ampleur de la diffusion de cette infection en population générale.

Les facteurs de risque pour les femmes sont un nouveau partenaire, des partenaires multiples, un faible niveau d'éducation, des pratiques bisexuelles.

Les recommandations actuelles sont le dépistage par TAAN des femmes de moins de 25 ans (à discuter pour les moins de 30 ans) par autoprélèvement vaginal et pour les hommes de moins de 30 ans sur le 1^{er} jet urinaire. La sérologie est inutile en dépistage. Ce dépistage est renouvelé à chaque changement de partenaire et en cas de partenaires multiples une fois par an.

Le dépistage des infections à *Neisseria gonorrhoeae* (NG)

Les données de surveillance permettent de considérer une évolution tendancielle à la hausse du nombre annuel d'infections à NG depuis 1996, qui s'est accélérée en 2009.

Ces données ne permettent pas de calculer l'incidence et la prévalence totale de l'infection en population générale, ou dans des sous-groupes à risque définis par l'orientation sexuelle.

Dans un contexte de dépistage, la culture n'est pas adaptée : pour un individu asymptomatique, il est préconisé d'employer des TAAN duplex NG/CT quel que soit le site du prélèvement (génital, urinaire, pharyngé et anal).

Les prélèvements à privilégier, pour la réalisation des tests de dépistage en fonction des caractéristiques et des comportements des individus dépistés, sont : chez l'homme, premier jet d'urines ; chez la femme : auto-prélèvement vaginal, en fonction des pratiques sexuelles ; dans les deux sexes : prélèvement pharyngé et/ou anal.

Deux alternatives sont proposées pour le dépistage des asymptomatiques ;

Scénario 1 : dépistage ciblé dans les sous-groupes de population présentant des facteurs de risque

- les personnes dépistées ou diagnostiquées pour une autre MST,
- les personnes ayant des antécédents de MST, dont le gonocoque,
- les HSH,
- les personnes infectées par le VIH,
- les hommes et les femmes ayant des comportements sexuels à risque :
 - personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant une utilisation inadaptée des préservatifs ;
 - partenaire sexuel d'une personne infectée par le gonocoque ou par une autre MST.

Cette stratégie correspond à un dépistage ciblé des individus présentant des facteurs de risque, et concerne toutes les structures de soins.

Scénario 2 : dépistage de l'ensemble des individus ayant recours aux soins dans les CDAG-CIDDIST, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres d'orthogénie et les centres de santé sexuelle.

Cette stratégie correspond à un dépistage ciblé dans des environnements particuliers.

Néanmoins, la production de données épidémiologiques complémentaires, et en particulier, concernant des sous-groupes de population à risque potentiel (population des départements d'outre-mer, personnes en situation de prostitution, population carcérale, population migrante en provenance de pays d'endémie, etc.) reste indispensable à l'évaluation de la pertinence du dépistage, et des modalités de sa mise en œuvre, et à l'élaboration de recommandations.

Précisons cependant que les TAAN NG ne sont toujours pas à la nomenclature en 2016 et que les TAAN CT ne sont pas remboursés à 100 % sauf dans certains centres de dépistage et pour des populations ciblées.

RÉFÉRENCES :

1. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Paris : La Documentation Française, 2013.
2. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les MST 2010-2014. Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; 2010 ; 266

3. Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations en santé publique.
4. Bourdillon P. Éditorial. Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable. Bull Epidemiol Hebd 2014 ; 32-33 : 532-4.
5. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014
6. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C Synthèse – avis des groupes de travail et de lecture et recommandation de la HAS mars 2011
7. INPES. Dépistage de l'hépatite B - Repères pour votre pratique - février 2014
8. Péquignot F, Hillon P, Antona D, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. Bull Epidemiol Hebd 2008 ; 27 : 237-40.
9. Dhumeaux P et al (sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF). Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C Rapport de recommandations 2014
10. Haute autorité de Santé ; Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France Recommandation en santé publique Mai 2007
11. Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? Bull Epidemiol Hebd. 2011; 12 : 160-5.
12. Haute Autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions. Décembre 2010