



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

La notification au(x) partenaire(s)

Synthèse

Validé par le Collège le 2 février 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – février 2023 – ISBN :

Sommaire

1. Introduction	4
1.1. La définition de la NP	4
1.2. Les bénéfices attendus de la NP	4
1.3. Le cadre juridique actuel en France	5
1.4. Les principales données issues de la revue de la littérature	5
1.4.1. Les recommandations internationales	5
1.4.2. Les résultats de la littérature scientifique sur l'efficacité de différentes stratégies de NP	5
1.4.3. Les modélisations sur l'impact de la NP dans la dynamique de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	6
1.4.4. L'analyse économique des différentes modalités de NP	7
1.4.5. Les données disponibles concernant l'acceptabilité des patients index, des partenaires et des professionnels de santé	7
1.4.6. Les données concernant l'utilisation des nouvelles technologies dans le cadre de la NP	8
1.5. Les travaux de recherche en cours en France	8
1.6. La position des membres du groupe de travail	8
2. Messages clés des recommandations	10
2.1. Un renforcement de la démarche de NP déjà possible dans le cadre législatif actuel	10
2.2. Une évolution de la législation actuelle nécessaire pour la pérennisation de la NP	11
3. Perspectives	12
Participants	13
Abréviations et acronymes	15

1. Introduction

Les présentes recommandations portant sur la notification au(x) partenaire(s) (NP) ont été élaborées à la demande de la direction générale de la Santé et sont destinées aux décideurs publics. L'objectif de ce travail d'évaluation est de préciser les modalités de NP, d'établir la liste des infections sexuellement transmissibles (IST) relevant de cette démarche et d'indiquer l'ancienneté des relations sexuelles à prendre en compte selon les infections.

Elles sont fondées sur une revue critique de la littérature, sur l'avis argumenté d'experts rassemblés au sein d'un groupe de travail, ainsi que sur les commentaires formulés par un groupe de lecture. Ces avis et commentaires ont permis d'orienter les propositions au regard de leur faisabilité et des pratiques françaises, voire de fonder certaines recommandations lorsque les données issues de la littérature faisaient défaut sur certains aspects.

Les IST émergentes et autres maladies apparentées, telles que Monkeypox (maladie infectieuse virale), n'ont pas fait l'objet de cette évaluation.

Le développement de supports d'information et de communication pour les usagers ainsi que les outils spécifiques destinés aux professionnels de santé et aux associations^{OF1} en ce sens ne font pas l'objet de ce présent document. Cette question sera abordée par le service engagement des usagers de la HAS.

La HAS a pris en compte les éléments suivants.

1.1. La définition de la NP

La NP est définie comme l'ensemble des actions visant à informer le(s) partenaire(s) qu'il(s) a(ont) pu être exposé(s) à un risque de transmission du VIH, des hépatites ou de toute autre IST par voie sexuelle ou par usage de drogue, à le(s) conseiller et à lui(leur) proposer un dépistage et une prise en charge. Il s'agit du processus par lequel le(s) partenaire(s) d'un patient index est(sont) identifié(s), informé(s) de son(leur) exposition et incité(s) à consulter pour bénéficier d'un dépistage, d'un accompagnement et, si nécessaire, d'un traitement approprié.

1.2. Les bénéfices attendus de la NP

Les bénéfices pour le patient index sont la prévention de la réinfection^{1F2}, la diminution de l'acquisition des IST dans le futur grâce au *counseling* préventif, s'il n'a pas été réalisé auparavant.

Pour le(s) partenaires(s), la NP permet d'être dépisté(s) et diagnostiqué(s) précocement pour une infection qui aurait pu passer inaperçue ou être diagnostiquée tardivement, surtout dans le cas de sujets asymptomatiques, et de bénéficier, si besoin, d'un traitement préventif et/ou chronique. De plus, la NP est pour le(s) partenaire(s) également une opportunité de dépistage et de traitement d'autres IST concomitantes, une éventualité fréquente, car les différentes IST partagent souvent les mêmes facteurs de risque. Enfin, la NP permet de proposer à des sujets directement concernés par l'exposition à un risque un *counseling* préventif.

Pour la collectivité, la NP contribue efficacement à la détection à grande échelle des IST, car elle participe au contrôle des épidémies en favorisant l'interruption des chaînes de transmission. Elle permet de réduire la période de contagiosité et ainsi de minimiser la transmission successive de l'infection. Une

¹ Le terme « associations » regroupe les travailleurs sociaux et les associations susceptibles d'être impliqués dans des questions de prévention et de sexualité en rapport avec les différentes IST concernées par la NP.

² La réinfection concerne les IST curables, non associées au développement d'une immunité.

intervention la plus précoce possible est essentielle, en particulier pour les IST comme l'infection à VIH, pour lesquelles la transmission est particulièrement importante pendant la période de primo-infection.

1.3. Le cadre juridique actuel en France

La France ne dispose pas d'un encadrement juridique de la NP : en l'état du droit, elle ne peut être faite que par le patient index.

Par ailleurs, il n'est pas possible, en l'état actuel des textes, de remettre au patient index une ordonnance au profit d'un partenaire, sans consultation préalable de ce dernier.

1.4. Les principales données issues de la revue de la littérature

1.4.1. Les recommandations internationales

Les recommandations internationales sont concordantes sur la nécessité de recommander la NP pour les IST curables et/ou pour lesquelles il y a un bénéfice d'un traitement préventif et/ou chronique. Des divergences sont présentes pour l'infection à HSV-1, HSV-2 et HPV, pour lesquelles certains paramètres peuvent limiter l'intérêt de la NP.

Quelle que soit l'IST, les recommandations internationales indiquent que la notification représente une opportunité pour évaluer la santé sexuelle des partenaires et pour réaliser un dépistage des autres IST qui peuvent être associées.

Les recommandations internationales définissent, pour chaque IST, la période sur laquelle identifier les partenaires à notifier. La NP devrait idéalement couvrir la période jusqu'à la date la plus ancienne à laquelle le patient index a pu être infecté. La période définie pour chaque IST est à considérer à titre indicatif, car peu de données sont disponibles sur la probabilité de transmission dans le temps et l'incubation de l'infection comporte généralement une marge d'incertitude. Ces délais étant souvent fondés sur les opinions des experts, ils varient parfois considérablement entre les pays.

Les tableaux synthétiques mentionnant les périodes à notifier pour les différentes IST, selon les recommandations internationales, partagent une présentation à la fois par agent infectieux et par tableau clinique (approche mixte).

Le traitement accéléré du partenaire (TAP) est recommandé aux États-Unis depuis 2006, où il est autorisé dans la plupart des États, et depuis 2018 au Québec. Le TAP est autorisé en Australie dans le Territoire du Nord depuis 2014 et dans l'État de Victoria depuis 2015. Le TAP est utilisé dans ces pays comme outil de dernier recours, en l'absence d'autres alternatives valables afin d'interrompre la transmission de l'infection et d'éviter les réinfections chez le cas index. En Europe, aucune recommandation n'a encore été émise au sujet du TAP. Cependant, le *General Medical Council* au Royaume-Uni ne recommande pas le TAP si celui-ci ne prévoit aucun contact entre le patient et le système de santé, considérant cette approche non acceptable d'un point de vue légal. Pour répondre à ce problème, des études ont essayé d'explorer l'introduction de la consultation téléphonique avec un médecin ou la consultation avec le pharmacien.

Au niveau international, le TAP est utilisé pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et gonocoque et il est parfois proposé également en cas de *Trichomonas vaginalis*. Le recours au TAP doit être limité dans certaines situations. Si les recommandations internationales ne sont pas concordantes sur le choix de ces situations, le TAP est en général à limiter si le partenaire est une femme enceinte ou un HSH (en raison du risque élevé d'infections concomitantes, en particulier le VIH). Des prérequis concernant l'utilisation du TAP en cas d'infection à gonocoque sont également mentionnés dans les

recommandations internationales. Il n'y a pas d'indication au TAP dans le cas de la syphilis dans les recommandations internationales.

Concernant les stratégies de TAP, les plus courantes sont la remise d'une prescription écrite au nom du partenaire (*prescription-EPT*), privilégiée au Québec, et la remise du traitement par comprimés (*medication-EPT*), privilégiée aux États-Unis.

Les principaux risques du TAP sont la non-observance, le risque de réactions allergiques graves ou de réactions secondaires aux médicaments, le développement de résistances aux antibiotiques, le risque d'un traitement inadéquat en cas de co-infection ou de formes compliquées, la perte d'opportunité en termes d'action de prévention et le risque pour les partenaires secondaires. La volonté du cas index à s'engager dans cette démarche et son attitude doivent aussi être prises en compte, car de lui dépend le succès du TAP.

1.4.2. Les résultats de la littérature scientifique sur l'efficacité de différentes stratégies de NP

Les 2 revues systématiques analysées combinant les résultats de 6 essais cliniques sur les IST causant urétrites et cervicites ont montré que le TAP était plus efficace que la notification passive pour prévenir les réinfections chez le patient index. Le TAP augmentait de manière significative le nombre de partenaires traités par cas index comparativement à la notification passive en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* ou gonocoque ou pour toutes IST confondues. En revanche, dans la prévention des réinfections, le TAP n'était pas supérieur à la notification passive renforcée. Concernant les effets relatifs d'autres stratégies de notification, les résultats des études étaient contradictoires et le nombre d'études incluses insuffisant.

Les principaux résultats des 3 revues systématiques analysées dans un contexte d'infection à VIH ont montré une augmentation de 50 % de la proportion de partenaires informés et testés positifs parmi les partenaires identifiés, en cas de notification par un professionnel de santé ou par notification contractuelle par rapport à la notification passive. Toutefois, ces résultats ne sont pas forcément généralisables, car 2 de ces essais ont été réalisés en Afrique sub-saharienne et le seul essai nord-américain a été réalisé avant l'introduction du traitement ARV. La NP était efficace dans l'identification d'une population à haute prévalence de l'infection à VIH, avec une proportion de sujets positifs au test du VIH de 20 % en moyenne.

Les résultats de l'étude observationnelle ayant comparé l'efficacité entre la notification passive et la notification par le professionnel de santé dans un contexte de syphilis ont montré que la notification passive était associée à un taux de partenaires informés plus élevé par rapport à la notification par le professionnel de santé. Toutefois, il n'y avait pas de différence significative entre les deux stratégies ni en termes de partenaires testés et traités, ni en termes de partenaires testés positifs.

1.4.3. Les modélisations sur l'impact de la NP dans la dynamique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

À l'aide du *pair formation model*, modèle permettant de prendre en compte la dynamique de transmission dans les couples, en fonction de la durée de la relation et de la durée de contagiosité, plusieurs études ont analysé la réinfection dans le contexte des IST bactériennes, notamment en cas de réinfection à *Chlamydia trachomatis*. Dans une étude, la NP contrebalançait les effets négatifs de la réinfection sur l'impact du dépistage, lorsque 30 % des partenaires étaient efficacement notifiés. D'autres études ont montré que la réduction de la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

dépendait, en grande partie, de la notification des partenaires de la relation en cours, et que la contribution de la NP était supérieure à celle de la répétition du test.

Les résultats d'une autre modélisation ont montré que la combinaison des stratégies de dépistage et NP avait l'impact le plus important sur la prévalence estimée d'infection à *Chlamydia trachomatis* et sur le nombre de cas évités pour les deux sexes et pour toutes les tranches d'âge, avec un effet plus marqué pour les femmes que pour les hommes. Une extrapolation a montré que la stratégie visant les partenaires occasionnels était plus efficace, car un nombre inférieur de partenaires était nécessaire pour obtenir une même réduction des transmissions de l'infection, même si les efforts d'implémentation et les coûts associés au processus de notification pouvaient être supérieurs.

1.4.4. L'analyse économique des différentes modalités de NP

L'analyse des études économiques n'a pu donner qu'un éclairage limité sur l'intérêt de l'utilisation de la NP dans le contexte de différentes IST, en raison de leur hétérogénéité limitant la portée des conclusions : la démarche de NP conduisait à une augmentation du nombre de partenaires dépistés/testés/traités. Une différence a néanmoins été mise en évidence selon les IST concernées : dans le cadre du VIH et de la syphilis, la NP permettait d'atteindre un plus grand nombre de partenaires, mais se montrait également plus chronophage. Le counseling, le dépistage et la NP représentaient des mesures complémentaires permettant d'éviter des coûts dans la démarche de prévention de la transmission de ces IST.

1.4.5. Les données disponibles concernant l'acceptabilité des patients index, des partenaires et des professionnels de santé

Les études analysées ont montré que la pratique de la NP était influencée par les connaissances, les attitudes et le type de relation sexuelle des patients. Les patients index considéraient globalement la NP comme importante pour des raisons de santé publique, en particulier en ce qui concerne le VIH. Cependant, ils la percevaient comme une tâche difficile. Des préoccupations concernant les réactions négatives des partenaires, l'impact sur les relations, la stigmatisation et les répercussions sociales ont été citées comme des obstacles à la NP. Le manque de connaissances sur les IST constituait également un frein dans certains contextes.

Les professionnels de santé considéraient la NP comme un facteur important et utile de santé publique et avaient une attitude positive quant à cette démarche. Certains freins à la NP ont néanmoins été identifiés : le manque de ressources, de formation des professionnels de santé impliqués et de temps, le manque de connaissances sur la démarche et les modalités de NP. Les professionnels de santé estimaient, en effet, que la formation à la pratique de la NP, favorisant l'absence de jugement des attitudes des patients et un soutien psychologique à leur égard, était importante pour le succès de la démarche. Dans le cadre de l'utilisation du TAP, le manque d'encadrement légal qui puisse définir les responsabilités et protéger le professionnel de santé a par ailleurs été mis en évidence. Des inquiétudes ont également été soulevées par les professionnels de santé concernant la confidentialité et la mauvaise utilisation potentielle des données des patients, les effets négatifs de la démarche, notamment parmi les groupes défavorisés (les réfugiés et les minorités) et les femmes susceptibles de subir des violences.

Les expériences de NP menées dans des contextes où l'opinion de la société est favorable, où cette démarche représente une priorité de santé publique et où elle est financée de manière adaptée, ont montré sa meilleure acceptabilité collective.

1.4.6. Les données concernant l'utilisation des nouvelles technologies dans le cadre de la NP

Les nouvelles technologies prennent une part croissante dans la démarche de NP. L'hétérogénéité des études en termes de méthodes, de mesures des résultats ou d'objectifs rend difficile la généralisation des conclusions, mais bien qu'elles ne remplacent pas les outils plus traditionnels de NP, les nouvelles technologies améliorent leurs résultats (nombre de partenaires notifiés, dépistés ou testés, partenaires notifiés qui n'auraient pas pu l'être d'une autre manière, notification plus rapide, notamment). Elles semblent ainsi complémentaires pour contacter des populations auparavant inaccessibles.

La santé mobile (SMS/appels téléphoniques uniquement) et la santé électronique *via* internet ont été jugées acceptables, faisables et offrent une complémentarité pour améliorer la prévention et la prise en charge du VIH/des IST. Lorsqu'elles sont combinées, ces innovations fournissent des outils personnalisés et des solutions contextualisées pour les populations difficiles à atteindre.

1.5. Les travaux de recherche en cours en France

Des travaux de recherche sont en cours en France sur la NP : le projet NotiVIH dont les objectifs sont d'évaluer l'efficacité d'une NP assistée par un conseiller en NP (soignant ou associatif) auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) découvrant leur séropositivité au VIH par l'estimation de la proportion de partenaires notifiés un mois après l'information sur la NP et l'entretien de NP, ainsi que de la proportion de partenaires dépistés après notification, de même que l'acceptabilité de cette démarche auprès des patients index et des partenaires notifiés ; l'étude Not'IST visant à construire des interventions de NP des IST adaptées aux usagers et au contexte organisationnel des CeGIDD et centres de santé sexuelle. Leurs résultats devraient être disponibles en 2023-2024.

1.6. La position des membres du groupe de travail

Les membres du groupe de travail se sont exprimés sur un certain nombre de points. Selon eux :

- la question de la NP doit systématiquement être évoquée avec le patient index au moment du diagnostic, pour éviter les incompréhensions et pour que le patient index soit informé correctement sur la conduite à tenir ;
- l'entretien, centré sur le patient, doit permettre de recueillir ses valeurs, la manière dont il perçoit sa vie sexuelle et ses attentes en termes d'accompagnement à cette démarche. En ce sens, le professionnel de santé ou autre conseiller en NP en charge de mener cet échange doivent prendre le temps de l'écoute et du dialogue, adopter une posture de non-jugement et d'empathie, favoriser l'établissement d'un climat de confiance et rechercher l'adhésion du patient à la démarche proposée et sa coopération ;
- concernant les IST devant faire l'objet d'une NP, ils proposent d'introduire trois niveaux différents de recommandations de NP selon les IST :
 - NP à recommander systématiquement,
 - NP qui peut être envisagée dans le cadre du colloque singulier professionnel de santé/patient,
 - NP non requise.

Leur avis diverge néanmoins concernant l'infection à HSV-1/HSV-2 et à HPV :

- l'introduction d'un caractère d'urgence à associer à la démarche de NP reposant sur la probabilité élevée de transmission de l'IST ou le risque de conséquences sévères pour les partenaires est nécessaire ;
- l'approche retenue pour définir les périodes sur lesquelles identifier le(s) partenaire(s) à notifier, que ce soit pour les infections bactériennes ou virales, doit permettre de simplifier autant que possible la définition de ces périodes et d'harmoniser la présentation en évitant la perte d'information, les ambiguïtés et les contradictions, pour faciliter la lecture des tableaux. Cette approche peut toutefois également présenter des problèmes de faisabilité si le nombre de partenaires à notifier sur la période est important ;
- la notification par le patient index doit être privilégiée et favorisée par tout moyen (information, réunion tripartite, outils), mais si celui-ci ne souhaite pas s'engager dans cette démarche, la possibilité doit être offerte aux professionnels de santé de prendre le relais à la demande du patient index et avec son consentement ;
- les membres du GT ne se sont pas positionnés sur une modalité préférentielle de NP ;
- ils ont exprimé un avis sur le TAP. Ils ont ainsi mentionné que la remise d'une prescription avec implication du pharmacien, la remise d'un traitement, ainsi que le TAP accompagné d'une téléconsultation pouvaient être proposés, chacune de ces stratégies présentant des avantages et des inconvénients. Ils ont également défini des points de vigilance pouvant limiter l'intérêt du TAP. Concernant les co-infections, plus particulièrement, une approche par risque et non pas par population leur paraît appropriée. En cas de traitement intramusculaire, ils estimaient que le TAP pourrait tout de même être envisagé en prévoyant l'administration du traitement par un infirmier libéral ou un infirmier de CeGIDD. Il n'y a pas eu de consensus au sein du groupe de travail sur les situations pour lesquelles le TAP pourrait être proposé en cas de syphilis. Les principaux risques du TAP mis en évidence sont la non-observance, le risque de réactions allergiques graves ou de réactions secondaires aux médicaments, le développement de résistances aux antibiotiques, le risque d'un traitement inadéquat en cas de co-infection ou de formes compliquées, la perte d'opportunité en termes d'actions de prévention et le risque pour les partenaires secondaires. La volonté du cas index à s'engager dans cette démarche et son attitude doivent aussi être prises en compte, car de lui dépend le succès du TAP ;
- la formation de l'ensemble des intervenants impliqués dans la démarche de NP est indispensable à un accompagnement efficace du patient index. Elle peut prendre des formes différentes et être modulée en fonction des besoins de chacun, mais doit comporter un socle commun abordant la connaissance des IST, des pratiques et des modes de vie, la définition de la NP et du TAP, le respect de la confidentialité et les aspects juridiques en lien avec la démarche. Différents vecteurs de formation peuvent être envisagés et notamment les collèges nationaux professionnels ou les sociétés savantes, le réseau des CRIPS, les COREVIH. Ces formations pourraient également faire l'objet d'une inscription dans le cadre des orientations prioritaires de formation.

2. Messages clés des recommandations

Au terme de son évaluation, la HAS mentionne que la NP doit s'inscrire dans une approche globale de santé sexuelle et s'insérer dans une démarche de prévention, reposant sur une information renouvelée et des messages clairs, adaptés aux différents publics.

La HAS préconise ainsi que **la question du partenaire soit systématiquement évoquée à l'occasion d'un diagnostic d'IST**, même quand elle ne sera pas suivie par la NP (quelle que soit sa modalité), pour que le patient index soit informé correctement sur la conduite à tenir.

2.1. Un renforcement de la démarche de NP déjà possible dans le cadre législatif actuel

Dans l'attente de modifications législatives liées à la démarche de NP, la HAS recommande de favoriser la pratique actuelle, à savoir encourager cette démarche par le patient index lui-même.

En ce sens, il doit être informé, conseillé, accompagné et encouragé dans sa démarche de NP. Lorsque le patient index en ressent le besoin, le professionnel de santé ou un autre conseiller en NP peuvent proposer de les recevoir, son partenaire et lui, dans le cadre d'une **consultation médicale « tripartite »**. Les informations utiles à la compréhension de la situation seront alors transmises au patient index et à son partenaire, mais le patient index révélera lui-même son diagnostic d'IST à son partenaire qui y a été exposé.

Par ailleurs, la HAS souligne qu'afin de favoriser la démarche de NP et la rendre pérenne, il est important d'acculturer les différents acteurs impliqués et de permettre au patient index de faire des choix libres et éclairés sur la manière d'informer son(ses) partenaire(s).

La NP, quelle que soit sa modalité, est systématiquement recommandée pour les IST curables et/ou pour lesquelles un traitement préventif et/ou chronique peut annuler ou réduire le risque de transmission et/ou la chronicisation ou les complications graves liées à l'infection.

En cas de probabilité de transmission élevée (facteurs cliniques qui augmentent la probabilité de transmission ou comportements à risque) ou de risque de conséquences sévères pour le(s) partenaire(s), la HAS recommande de mettre en œuvre la NP sans délai.

Les situations suivantes nécessitent ainsi la mise en œuvre sans délai de la NP : cas dans lesquels une prophylaxie post-exposition peut être proposée, lorsque le partenaire est une femme enceinte ou allaitante (pour le risque de transmission au fœtus ou au nouveau-né) ; cas dans lesquels il est possible d'intervenir effectivement sur la chaîne de transmission.

Que ce soit pour les infections bactériennes ou virales, la HAS recommande de simplifier la définition des périodes sur lesquelles identifier le(s) partenaire(s) à notifier et d'harmoniser la présentation en évitant la perte d'information, les ambiguïtés et les contradictions, pour faciliter l'appropriation de la démarche de NP.

Quelle que soit l'IST diagnostiquée chez le patient index, la NP représente une opportunité pour évaluer la santé sexuelle des partenaires et pour réaliser un dépistage des autres IST qui peuvent être associées.

Le choix de la modalité de NP doit tenir compte de paramètres multiples.

2.2. Une évolution de la législation actuelle nécessaire pour la pérennisation de la NP

Afin de permettre l'initiation d'une démarche de NP quel que soit le contexte, la HAS recommande d'offrir la possibilité au patient index de choisir la modalité de NP qui lui convient, en tenant compte de la diversité des modalités de NP proposées (notification par le patient index lui-même ou par le professionnel de santé ou autre conseiller en NP à sa demande et avec son consentement) et des intervenants impliqués dans la démarche. La complémentarité et la combinaison de ces modalités, qui nécessitent de faire évoluer la législation, sont souhaitables dans une démarche de pérennisation de la NP.

La HAS recommande ainsi de faire évoluer le cadre juridique actuel en matière de secret professionnel afin de permettre aux professionnels de santé et aux autres conseillers en NP de prendre le relais lorsque le patient index, malgré tout ce qui a été mis en œuvre pour l'encourager à notifier, ne peut pas le faire, pour des raisons qui lui appartiennent. La HAS précise que l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé et des associations d'usagers à ces évolutions juridiques devra être vérifiée au préalable.

L'évolution du cadre juridique permettra de **délier le professionnel de santé ou autre conseiller en NP du secret professionnel auquel ils sont astreints. Le relais par un professionnel de santé ou autre conseiller en NP survient après la demande du patient index et avec son consentement libre et éclairé.** Il doit permettre la notification d'un plus grand nombre de partenaires ou de partenaires qui n'auraient pas été informés directement par le patient index.

Par ailleurs, la HAS recommande que le TAP puisse être proposé lorsqu'il est établi que le partenaire que l'on cherche à informer de son exposition à une IST ne pourra pas être traité autrement. Le TAP doit être considéré comme un outil de dernier recours, en cas d'impasse ou de difficultés à faire venir le partenaire en consultation. La HAS recommande ainsi de faire également évoluer le cadre juridique actuel en matière de prescription pour la mise en place du TAP.

Le choix de la stratégie du TAP repose sur la balance entre les freins éventuels à la notification (hors TAP) et les points de vigilance qui réduisent la pertinence du TAP. Le recours au TAP permet d'ouvrir des possibilités de traitement et de prise en charge dans les situations pour lesquelles aucune autre alternative ne semble envisageable.

3. Perspectives

Un dispositif d'évaluation et de suivi de ces recommandations devra être mis en œuvre afin de mesurer le niveau de déploiement, les obstacles éventuels, l'acceptabilité et l'impact de la NP. Dans les populations les plus exposées, notamment, la mise en place de systèmes de surveillance comportementale et d'enquêtes ponctuelles doit être encouragée.

Les composantes de ce système d'évaluation et la nature des indicateurs à mesurer (réduction des diagnostics tardifs, effets sur les pratiques à risque, amélioration de la morbi-mortalité, etc.) devront être définies en amont.

Dans le contexte de l'infection à VIH, la NP nécessite, donc, une réflexion spécifique et une mise en œuvre adaptée par les professionnels de santé et autres conseillers en NP.

De la même manière, une attention particulière devra être portée à certaines populations, notamment les populations de migrants, pour lesquelles le retard au diagnostic persiste. La mise en place d'une démarche de NP au sein de ces populations s'avère plus difficile et doit faire l'objet de réflexions appropriées.

Sous l'égide du CNS et de l'ANRS-MIE, des recommandations portant sur la prise en charge thérapeutique, curative et préventive des infections sexuellement transmissibles (IST)^{2F}³ seront publiées dans le courant de l'année 2023. Elles prolongeront utilement les recommandations de santé publique de la HAS, notamment en termes de recommandations de prise en charge de l'infection à VIH^{3F}⁴ et de mise en œuvre pratique de cette démarche de NP par les professionnels de santé et autres conseillers en NP.

³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3324692/fr/prise-en-charge-therapeutique-curative-et-preventive-des-infections-sexuellement-transmissibles-ist-note-de-cadrage

⁴ https://www.anrs.fr/sites/default/files/2022-08/rapport-experts_document-synthese_2022-08-01.pdf.

Participants

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

- Collège de la médecine générale (CMG),
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF),
- Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM),
- Association des épidémiologistes de langue française (ADELF),
- Société française de biologie clinique (SFBC),
- Société française de gynécologie (SFG),
- Société française de pathologie (SFP),
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF),
- Société française de lutte contre le sida (SFLS),
- Société française de dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible (SFD),
- Société française de psychologie (SFP),
- Société française de sexologie clinique (SFSC),
- Société française de santé publique (SFSP),
- Santé publique France,
- Collège des économistes de la santé (CES).

Groupe de travail

- Monsieur Franck BARBIER, responsable nouvelles stratégies de santé, association AIDES, Pantin (93)
- Madame Garance CHAUDESAYGUES, philosophe, Dijon (21)
- Docteur Guillaume CONORT, Médecin généraliste, Bordeaux (33)
- Professeure Elisabeth DELAROCQUE-ASTAGNEAU, médecin épidémiologiste, PUPH santé publique, Montigny-le-Bretonneux (78)
- Professeur Sébastien FOUERE, dermatologue vénérologue, Paris (75)
- Monsieur David FRIBOULET, psychothérapeute et sexologue, CeGIDD Institut Fournier, Paris (75)
- Docteur Thomas HULEUX, PH service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur, Tourcoing (59)
- Monsieur Alexandre LALLET, rapporteur public au Conseil d'État, Paris (75)
- Monsieur Christophe LE NOUVEAU, représentant Actif Santé (TRT5-CHV), Paris (75)
- Madame Nathalie LYDIE, responsable de l'unité santé sexuelle, Santé Publique France, Saint Maurice (94)
- Docteur Romain PALICH, médecin en maladies infectieuses consultant pour Le 190 (centre de santé sexuelle), Paris (75)
- Monsieur Hans-Martin SPÄTH, maître de conférences en économie de la santé, Université Lyon 1, Lyon (69)
- Docteure Dominique SPERANDEO, Gynécologue médicale, Centre de coordination des dépistages des cancers SudPACA, Marseille (13)
- Docteure Nadine TROCME, psychologue clinicienne, APHP, Paris (75)
- Docteur Nicolas VIGNIER, médecin en maladies infectieuses et tropicales - Santé publique et médecine sociale, Bobigny (93) et Melun (77)

Groupe de lecture

- Docteur Cédric ARVIEUX, médecin infectiologue, Rennes (35)
- Docteur Antoine BERTOLOTTI, dermatologue, Saint-Pierre (La Réunion)
- Docteur Eric BILLAUD, médecin de santé publique, Nantes (44)
- Professeur André CABIE, médecin infectiologue, Fort de France (Martinique)
- Madame Françoise CAZEIN, coordinatrice surveillance du VIH, Santé publique France, Saint Maurice (94)
- Monsieur Hugues FISCHER, coordinateur de programmes, Act-up, Paris (75)
- Docteure Sophie FLORENCE, co-responsable Centre de santé sexuelle, Paris (75)
- Docteure Catherine FOHET, gynécologue médicale, La Farlede (83)
- Docteur Guillaume GRAS, infectiologue, Tours (37)
- Docteur Florian HERMS, dermatologue, Paris (75)
- Madame Florence LOT, responsable de l'unité VIH - Hépatites B/C – IST, Direction des Maladies Infectieuses, Santé publique France, Saint Maurice (94)
- Docteure Julia MAJUANI, gynécologue médicale, Marseille (13)
- Docteure Isabelle NICOULET, membre de la Société française de santé publique, Paris (75)
- Monsieur Thomas PODER, professeur à l'école de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Canada
- Madame Christel PROTIERE, chercheuse et psychologue clinicienne, Marseille (13)
- Docteur Pascal PUGLIESE, médecin généraliste, Nice (05)
- Docteure Anne-Raphaëlle SCHMIDT-GUERRE, dermatologue, Valdahon (25)
- Docteure Magali STEINECKER-LEVY, médecin généraliste, Paris (75)
- Docteur Jérémie ZEGGAGH, infectiologue, Paris (75)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ARV	Antirétroviral (traitement)
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
DGS	Direction générale de la santé
HAS	Haute Autorité de santé
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
LGV	Lymphogranulome Vénérien
NP	Notification au(x) partenaire(s)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PEP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
TAP	Traitement accéléré des partenaires
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

