

CoReSS

Comité Régional
de Santé Sexuelle
RÉGION PACA

VIH & IST : quel rôle pour le médecin du travail ?

Épidémiologie, prévention combinée, traitements, AES/TPE et non-discrimination

Dr Pascal Pugliese · Président du CoReSS PACA

Médecins du travail de PACA · Marseille · 16 juin 2026

Objectifs de cette présentation

Fil rouge : le médecin du travail, acteur de santé publique en santé sexuelle

1

Actualiser

Épidémiologie VIH/IST en PACA,
traitements et prévention en 2026

2

Outiller

Dépistage, orientation avec focus sur
le circuit AES / TPE

3

Sensibiliser

Non-discrimination : VIH et identités
de genre



1

LE CADRE

Le CoReSS PACA

Comité Régional de Santé Sexuelle — votre interlocuteur ressource en région

Du CoReVIH au CoReSS : une réforme récente

- **Audit IGAS (juin 2023)** revoir les missions et la coordination territoriale en santé sexuelle.
- **Décret du 3 juillet 2024** crée les CoReSS — au moins un par région.
- **Arrêté du 31 janvier 2025** cahier des charges, composition, financement.
- **Évolution des CoReVIH** du VIH seul vers toute la santé sexuelle.
- **PACA : Fusion des Corevih Paca-Est et Ouest-Corse**

Un champ élargi

- IST dont le VIH
- Violences sexuelles
- Troubles de la sexualité
- Accès à la contraception
- + les parcours de santé correspondants

Une gouvernance élargie — signe d'une ambition politique

AG constitutive en PACA le 13 mai 2025

106 membres — gouvernance élargie à toute la santé sexuelle

+ santé reproductive · sexologie · CeGIDD · CSS · EVARS · associatif · Assurance Maladie · OFII · Éducation nationale · PASS · CPTS · DAC

Un signal fort : la vice-présidence

Fédération régionale des CIDFF (droits des femmes)

Charte éthique — adoptée à l'unanimité

« *Apartisane mais politique* »

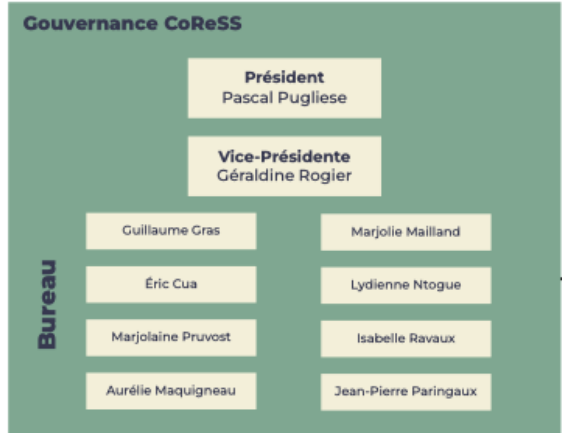
Ancrage institutionnel et collectif

CRSA depuis avril 2026

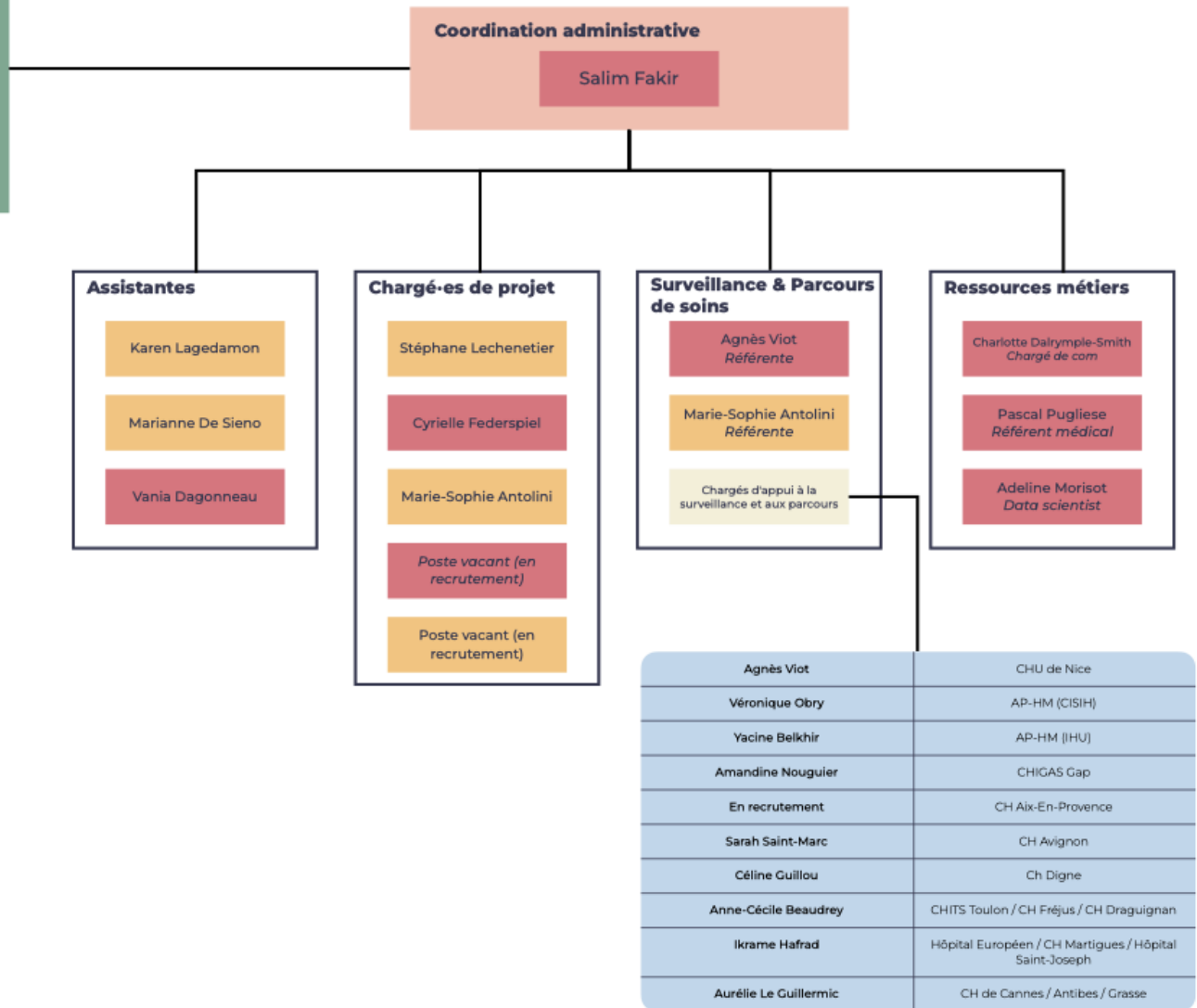
Membre fondateur de la Fédération nationale des CoReSS

Collectif « 10 choix politiques »

Partenariats : Réseau Méditerranée de Périnatalité...



CoReSS
Comité Régional
de Santé Sexuelle
RÉGION PACA



Agents CHU de Nice

Agents AP-HM

Les 5 missions du CoReSS

1

Coordonner

les acteurs du dépistage et de la prise en charge

2

Former & promouvoir

la santé sexuelle sur le territoire

3

Qualité des pratiques

harmoniser les parcours

4

Données & évaluation

surveillance épidémiologique régionale

5

Politiques publiques

décliner la stratégie nationale

Besoin d'un appui, d'une formation, d'une orientation ? Le CoReSS PACA
coresspaca@ap-hm.fr
coresspaca@chu-nice.fr



2

ÉTAT DES LIEUX

Épidémiologie VIH & IST en PACA

Données 2024 — tableau de bord Santé publique France / CoReSS PACA, oct. 2025

VIH en PACA : une région qui dépiste, la 2^e région métropolitaine la plus touchée par l'épidémie

98,4

sérologies VIH /1 000 hab.
(France hors IdF : 82)

333

découvertes en 2024
(données corrigées)

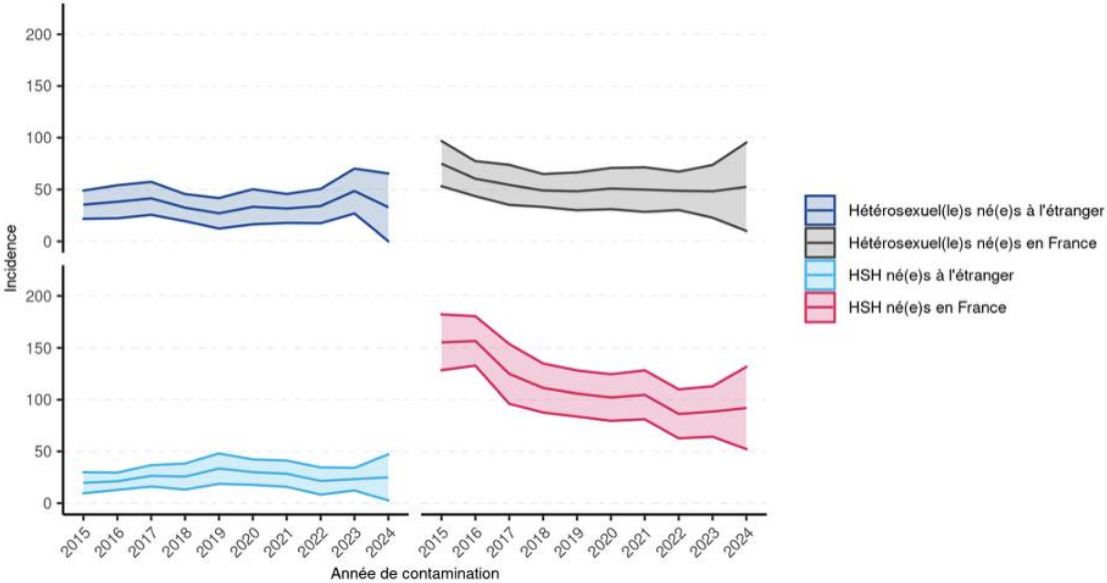
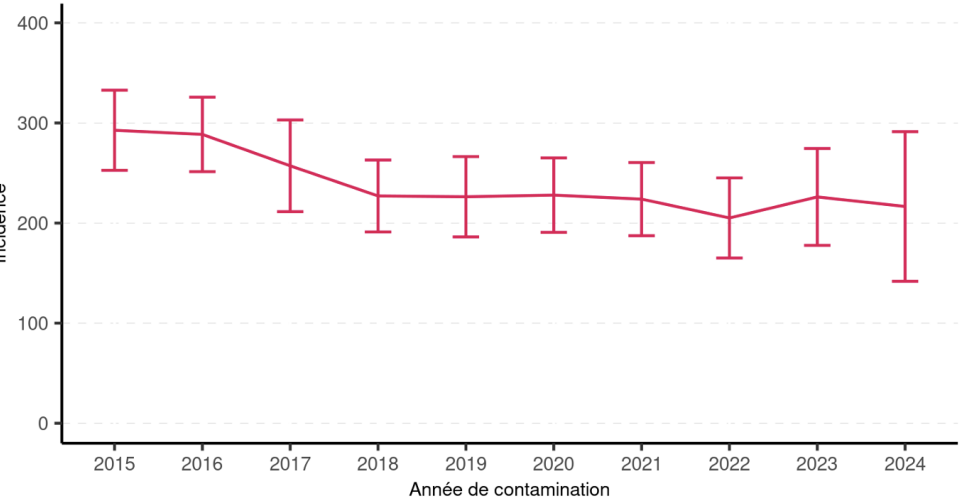
63,8

/million d'habitants
≈ 1,4× la moyenne

217

nouvelles contaminations
estimées en 2024

Une bonne nouvelle : l'incidence recule



Le vrai enjeu : l'épidémie cachée

619

personnes vivent avec le VIH en PACA sans le savoir
(fin 2024)

Qui sont les non-diagnostiqués ?

HSH nés en France	215
Personnes hétérosexuelles nées en France	160
Personnes hétérosexuelles nées à l'étranger	142
HSH nés à l'étranger	69

22 % des diagnostics sont posés à un stade avancé (sida ou $CD4 < 200$). Un diagnostic tardif = des années de transmission possible et une prise en charge plus difficile.

→ Chaque contact médical, y compris la visite de travail, est une occasion de proposer un dépistage.

Personnes concernées : découvertes de séropositivité VIH — La cascade de soins

Le profil des personnes diagnostiquées pour le VIH en PACA

- 50 % via rapports hétérosexuels devant les HSH (42 %).
- 29 % ont 50 ans et plus la prévention concerne tous les âges.
- 25 % de co-infection IST au moment du diagnostic.
- En incidence les HSH nés en France restent le 1er groupe.

Cascade de soins PACA (2023-2024)

96 %

diagnostiquées

97 %

traitées parmi les diagnostiquées

97 %

charge virale contrôlée parmi les traitées

- 95-95-95 : une fois dépisté, on est très bien pris en charge.
- Vigilances : contaminations tardives · PrEP femmes/personnes migrantes · clusters · PVVIH vieillissantes · sérophobie/discriminations

IST bactériennes en PACA : dépistages et diagnostics sont en hausse

53,2

Chlamydia
dépistages /1 000 hab.

60,6

Gonocoque
dépistages /1 000 hab.

57,4

Syphilis
dépistages /1 000 hab.

- **PACA au-dessus de la moyenne** dépistage et diagnostic supérieurs à la France hexagonale (hors IdF).
- **Chlamydia : les jeunes femmes** fortement concernées (15-25 ans).
- **Gonocoque & syphilis** surtout chez les hommes / HSH, mais diffusion à tous les publics.



3

2026

Prévention combinée & traitements

Ce qui a radicalement changé — et comment vous pouvez en parler

La prévention combinée : une boîte à outils

● Préservatifs

interne / externe
Gratuit et sans ordo en PO < 26 ans
Remb. 65 % sur ordonnances

● Dépistage répété

VIH + IST

● TasP — I=I

Sous traitement = ne plus
transmettre

● PrEP (pré-exposition)

orale ou injectable

● TPE (post-exposition)

après exposition (dont AES)

● Vaccinations

VHB, VHA, HPV, Mpox

● Traitement des IST

+ partenaires

● DoxyPEP

prophylaxie IST (émergent)

Votre rôle : la visite est une fenêtre d'opportunité — informer, dédramatiser, et orienter (médecin traitant, CeGIDD, Centre de santé sexuelle).

Dépister & traiter les IST bactériennes

Chlamydia trachomatis · *Neisseria gonorrhoeae* · *Treponema pallidum* (syphilis)

Chlamydia (CT)

DÉPISTER

- TAAN sur urine 1er jet (H) / auto-prélèvement vaginal (F)
- HSH : multisites (urine + anal + pharyngé)
- Femmes < 26 ans : dépistage systématique
- HSH actifs : tous les 3-6 mois

TRAITER (1^{re} intention)

- Doxycycline 100 mg ×2/j pendant 7 jours
- 2^e intention : azithromycine 1 g dose unique
- Femme enceinte T2-T3 : azithromycine 1 g DU
- LGV (HSH, anorectal) : doxycycline 21 jours

Gonocoque

DÉPISTER

- TAAN couplé CT-gonocoque
- Multisites selon pratiques (urine + anal + pharynx)
- HSH actifs : tous les 3-6 mois
- Envoyer une culture si possible (résistances)

TRAITER (1^{re} intention)

- Ceftriaxone 1 g IM dose unique (1^{re} intention)
- Alternative IV si refus / contre-indication IM
- Allergie β-lactamines : gentamicine 240 mg IM DU
- Co-traitement CT si non exclu et en attendant TAAN

Syphilis

DÉPISTER

- Sérologie TPHA-VDRL (ou tests automatisés)
- HSH actifs : tous les 3-6 mois
- Co-dépistage VIH, VHB (selon statut), VHC selon type d'exposition (6-12 mois)
- Examen clinique attentif (chancre, exanthème)

TRAITER (1^{re} intention)

- Précoce (< 1 an) : BPG 2,4 MUI IM dose unique
- Tardive (> 1 an) : BPG 2,4 MUI IM hebdo × 3
- Allergie pénicilline : doxycycline 200 mg/j 14 j (précoce) / 28 j (tardive)
- Femme enceinte : pas de doxycycline → BPG

Toujours : bilan IST complet (VIH, VHB, VHC) · aide à la notification des partenaires · pas de contrôle de guérison systématique si traitement bien conduit · conseils de prévention combinée.

Vaccinations en santé sexuelle : HPV, VHB, VHA

Les 3 vaccinations à connaître et à promouvoir en visite de travail

HPV

Gardasil 9 (nonavalent)

- 11-14 ans (filles ET garçons) : 2 doses — priorité
- Rattrapage 15-26 ans révolus pour Toutes et tous (H et F) : 3 doses (HAS, avril 2025)
- Personnes immunodéprimées / PVVIH : 3 doses jusqu'à 26 ans
- Schéma 3 doses : M0 – M2 – M6
- Remboursement Gardasil 9 étendu jusqu'à 26 ans

VHB

Engerix B20 / HBVaxPro 10

- Nourrissons : vaccination universelle
- Rattrapage jusqu'à 15 ans révolus
- Après 16 ans : population à risque (HSH, multipartenariat, personnel soignant, UDI, entourage AgHBs+)
- Schéma : M0 – M1 – M6 (ou J0-J7-J21-M12 si urgence)
- Post-exposition sexuelle possible (avec Ig si à risque)

VHA

Havrix 1440 / Avaxim 160 / Vaqta 50

- 2 doses : M0 puis M6 à M12 (jusqu'à 18 mois)
- HSH (épidémies récurrentes) — recommandé
- Personnes en voyage en zone d'endémie
- Entourage d'un cas (post-exposition : ≤ 15 j)
- Hépatopathie chronique préexistante

Dépistage du VIH — multiplier les offres

Les offres existantes en 2026



Laboratoires de biologie médicale

Sur prescription ou sans (VIHTEST, Mon Test IST)



CeGIDD et centres de santé sexuelle

Anonyme, gratuit, sans rendez-vous



TROD

Tests rapides : associations, SEC, CSAPA, CAARUD



Autotests

En pharmacie, en libre accès

Test & Treat — navigation

Plateforme régionale d'appui pour le lien au soin.

Objectifs : raccourcir le délai diagnostic → traitement, accompagner les retours au soin, sécuriser le parcours.

En PACA-Est : 48 % des découvertes 2024 adressées par la navigation du CoReSS. Extension prévue à l'ensemble de PACA en 2026

Traitements curatifs : la révolution silencieuse

Hier

- Plusieurs comprimés par jour
- Effets indésirables fréquents
- Contraintes horaires lourdes
- Pronostic incertain

Aujourd'hui

- **1 comprimé par jour** trithérapie ou bithérapie (STR)
- **Injectables longue durée** cabotégavir + rilpivirine, tous les 2 mois
- **Très bonne tolérance** qualité de vie préservée
- **Espérance de vie** proche de la population générale
- **Comorbidités : cv, cancers, vieillissement**

→ Une personne salariée vivant avec le VIH, traitée, mène une vie professionnelle normale.

Les ARV en France aujourd'hui — où en est l'injectable en curatif ?

Cohorte Dataids, février 2026 — N = 49 162 personnes traitées

#	Association	Schéma	n	%	
1	BIKTARVY	2N+1II	14 022	28,52 %	
2	DOVATO	1N+1II	10 029	20,40 %	
3	ODEFSEY	2N+1NN	4 382	8,91 %	
4	REKAMBYS + VOCABRIA	1NN+1II	3 206	6,52 %	INJECTABLE
5	JULUCA	1NN+1II	3 128	6,36 %	
6	DELSTRIGO	2N+1NN	2 733	5,56 %	
7	TRIUMEQ	2N+1II	2 651	5,39 %	
8	GENVOYA	2N+1II	1 079	2,19 %	
9	EVIPLERA	2N+1NN	876	1,78 %	
10	TRUVADA + TIVICAY	2N+1II	548	1,11 %	

Top 10 = 86,8 % des personnes traitées en France – Dataids

À retenir : les STR, les bithérapies, les traitements injectables



Indétectable = Intransmissible

Une personne sous traitement efficace, avec une charge virale indétectable,
ne transmet pas le VIH par voie sexuelle.

C'est un fait scientifique établi — et le meilleur outil contre la peur et la discrimination.

Accompagner une personne vivant avec le VIH au travail — Le suivi en 2026

Une maladie chronique bien contrôlée, un suivi standardisé, des opportunités pour la médecine du travail

Le suivi PVVIH en pratique (HAS 2024)

- **Virologique** CV indétectable = objectif ; CD4 espacés (1×/2 ans) si CV < 50 et CD4 > 500
- **Métabolique & CV** Bilan lipidique, glycémie, TA ; SCORE2 ; tabac, alcool
- **Rénal & osseux** DFG CKD-EPI ; rapport albumine/créat ; ostéodensitométrie si facteurs
- **Cancers** Col à 25 ans + HPV-HR ≥ 30 ans ; HPV-16 anal chez HSH > 30 ans ; mammo selon âge
- **IST & vaccinations** Dépistage IST si exposition ; statut vaccinal réévalué chaque année
- **Santé mentale & addictions** PHQ-9 ; AUDIT-C ; repérage chemsex, slam
- **Vie personnelle** Sexualité, désir d'enfant, situation sociale et professionnelle, santé mentale, autostigmatisation

Votre rôle de médecin du travail

- Maintenir la confidentialité
- Repérer fatigue, troubles cognitifs, signes dépressifs
- Adapter le poste si effets indésirables ou rythme de soins
- Contribuer à la couverture vaccinale (visite = opportunité)
- Orienter en cas de difficulté : médecin traitant, infectiologue, CoReSS
- Faire le lien santé au travail / santé sexuelle sans le nommer comme tel

Accompagner une personne vivant avec le VIH — Prévention, comorbidités, vaccins

Une maladie chronique → des risques à anticiper, une protection à renforcer

Prévention

- U=U : traité = ne transmet pas (TasP)
- PrEP à proposer en cas de couple sérodifférent, si souhaité
- Dépistage IST régulier (HSH actifs : /3-6 mois)
- Préservatifs et RdR selon pratiques
- DoxyPEP au cas par cas, si ≥ 2 IST/12 mois sous PrEP

Comorbidités à anticiper

- Cardiovasculaire : tabac, lipides, HTA → SCORE2
- Métabolique : diabète, lipodystrophie
- Rénal : DFG (TDF), urines
- Os : ostéopénie / ostéoporose
- Cancers : col, anal (HSH), CHC si co-infection
- Santé mentale, addictions, vieillissement

Vaccins spécifiques

- Pneumocoque : Prevenar20 (1 dose)
- Grippe : annuelle
- HPV : Gardasil 9, 3 doses, jusqu'à 26 ans
- VHB : schéma renforcé si facteurs de mauvaise réponse
- VHA : si non immun + facteur de risque
- Mpox, méningocoque ACWY + B selon exposition
- Vivants atténués si $CD4 > 200/\mu L$

Ce que vous pouvez faire : vérifier le statut vaccinal en visite, repérer un facteur de risque CV ou métabolique, et alerter.

La PrEP : se protéger avant l'exposition

PrEP orale

- Ténofovir/emtricitabine
- En continu ou « à la demande »
- Primo-prescription ouverte à tout médecin (depuis 2021)

PrEP injectable

- Cabotégravir longue durée (cabotégravir : Aprétude)
- Une injection tous les 2 mois
- Parcours co-construit par le CoReSS

Pour qui ?

Personnes exposées et qui le souhaitent : HSH, partenaires multiples, certaines situations de vulnérabilité.

5 565 personnes sous PrEP actifs S1 2025 · 10 745 initiations cumulées depuis 2016 · **Limites** : 94 % d'hommes, profil urbain

Votre rôle : savoir que la PrEP existe, en parler sans jugement, et orienter vers un prescripteur ou un CeGIDD.

4

VOTRE CŒUR DE MÉTIER

AES & traitement post-exposition

L'accident d'exposition au sang : l'urgence où vous êtes en première ligne

AES : la conduite à tenir

Le TPE est une urgence



Où adresser ?

- Service des urgences
- CeGIDD
- Services des Maladies Infectieuses et Tropicales

Traitement de référence

Ténofovir + lamivudine + doravirine
pendant 30 jours (1^{re} intention)

+ suivi sérologique organisé

AES : cadre réglementaire & premiers soins

Toute personne exposée doit avoir accès à un dispositif de prise en charge 24 h/24

Cadre réglementaire

24 h/24

Accès garanti à la prise en charge post-AES

● Arrêté du 10 juillet 2013

Prévention des AES (transposition directive 2010/32/UE)

● Instruction ministérielle du 25 février 2019

Recommandations de prise en charge des AES et des liquides biologiques

Premiers soins

⚠ Ne pas faire saigner la plaie

EXPOSITION CUTANÉE

1. Laver à l'eau + savon, puis rincer
2. Désinfecter **≥ 5 minutes** : Dakin (ou eau de Javel 9° diluée 1/5), polyvidone iodée, ou alcool à 70°

EXPOSITION MUQUEUSE (œil, bouche)

Rincer abondamment **≥ 5 minutes** au sérum physiologique (ou à défaut à l'eau).

Cas clinique : un AES au travail

Vendredi, 18 h. Une aide-soignante d'un service de soins se pique avec une aiguille souillée en évacuant un sac de déchets de soins. Le patient source est inconnu. Elle vous appelle, paniquée : « Qu'est-ce que je fais ? »

Trois réflexes immédiats à connaître :

1

Ne pas faire saigner, laver puis antiseptie

réduire la charge virale locale

2

Évaluer le risque et orienter en urgence

le TPE est une course contre la montre

3

Déclarer l'accident du travail

dans les 24 h

AES : matrice d'orientation TPE (HAS)

Risque et nature de l'exposition*	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis >6 mois avec CV <50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqûre profonde avec aiguille creuse intravasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures, griffures	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Des soins locaux doivent être réalisés : si blessure ou piqûre, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite de sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique

POUR VOTRE PRATIQUE,
Soins locaux
Statut personne source
Orientation vers service spécialisé, TPE si recommandation, Déclaration Accident du travail

Suivi sérologique post-AES

Déclaration AT obligatoire dans les 24 h · suivi calé sur l'arrêté du 27 mai 2019

VIH — suivi sérologique indispensable

Indemnisation en cas de séroconversion conditionnée à la **déclaration AT + suivi sérologique**. Décret 18/01/1993 (RG) · Décret 09/03/1993 (FP) · **Arrêté du 27 mai 2019** (modalités).

VHB / VHC — suivi non indispensable médico-légalement

Indemnisation possible au titre des **Maladies Professionnelles (tableau n° 45)**.
Modalités du suivi : recommandations **HAS / ANRS-MIE**.

Calendrier du suivi

J1 – J7

S6 (≈ 6 sem.)

S12 (≈ 3 mois)

J1 – J7 · bilan initial

- Sérologie VIH
- Sérologie VHC
- Anti-HBs si vacciné (titre inconnu) ; AgHBs + Anti-HBc + Anti-HBs si non vacciné
- ALAT
- Créatinine + test de grossesse* (si indication de TPE)

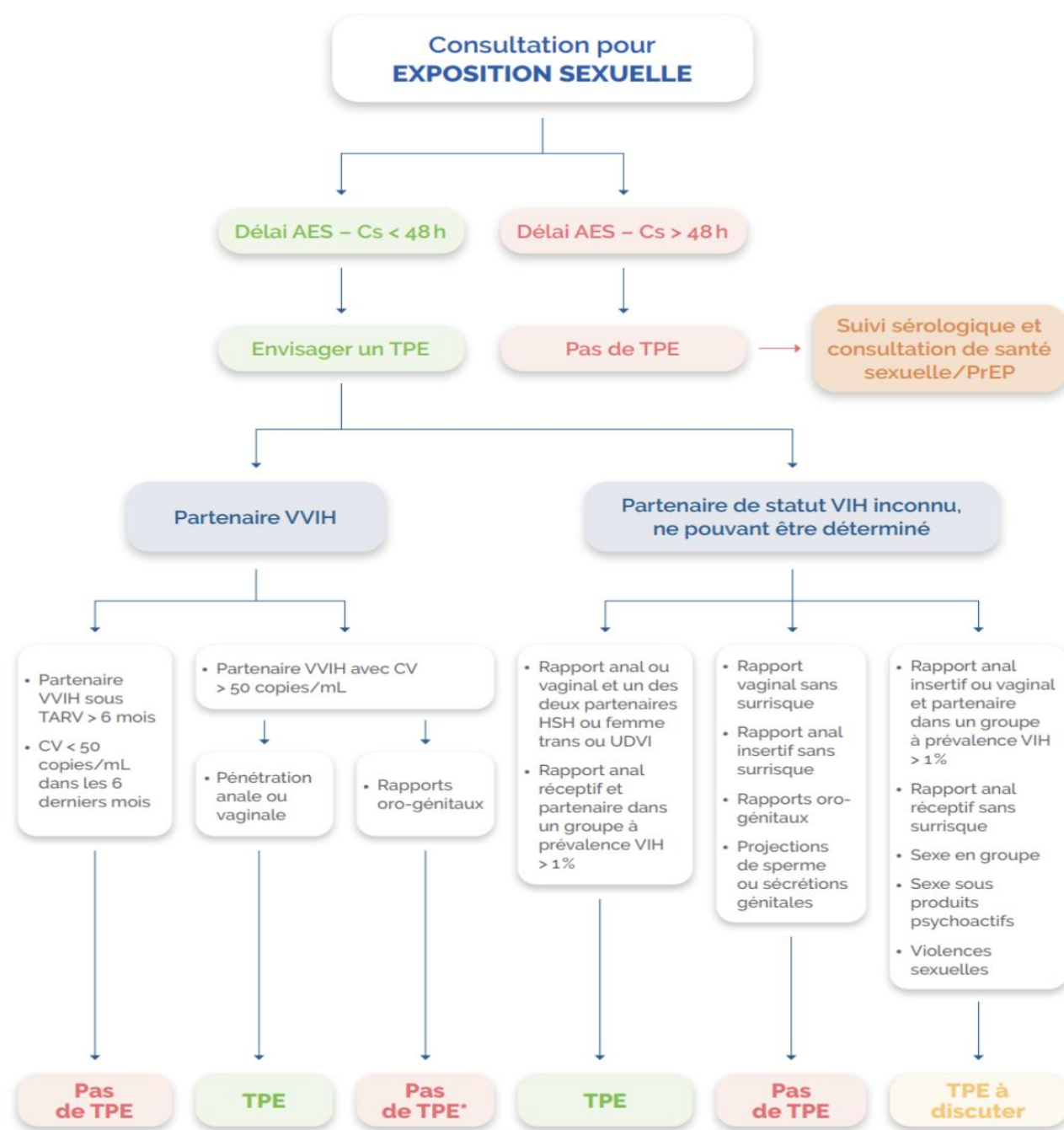
S6 · contrôle intermédiaire

- Sérologie VIH (si pas de TPE et source de statut inconnu ou VIH+ à charge virale détectable)
- ALAT + ARN VHC (si source ARN VHC+)

S12 · contrôle final

- Sérologie VIH** (uniquement si TPE)
- Sérologie VHC (si source VHC+ ou inconnu)
- AgHBs + Anti-HBc + Anti-HBs (si non immune et source AgHBs+ ou inconnu)

* Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception. ** La sérologie VIH à S12 a été supprimée en l'absence de TPE (arrêté du 26 mai 2019).



9.2.1. Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle

		En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	En cas de TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Bilan initial	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
☐ Sérologie VIH	+	+	+	+	+ (2)
☐ ARN VIH		+/- (3)			
☐ Sérologie VHB	+				+
☐ Sérologie VHC	+				+
☐ Sérologie VHA		+ (IgG)			+/- (4)
☐ ALAT	+	+			+
☐ Créatinine + DFG	+ (5)	+			
☐ Sérologie Syphilis	+ (5)	+	+	+	+
☐ PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
☐ Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(5) Si TPE

(6) Pharyngé, anal, vaginal ou 1^{er} jet urinaire selon exposition

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

AES : votre rôle

Obligations de l'employeur

- **Dispositif de prise en charge post-AES**
organisé et accessible 24/7
- **Information de l'ensemble du personnel exposé**
procédure connue à l'avance
- **Matériel de sécurité**
prévention primaire (boîtes, aiguilles sécurisées)
- **Cadre réglementaire**
arrêté du 10 juillet 2013 (directive 2010/32/UE)

Votre rôle de médecin du travail

- Concevoir et faire vivre la procédure AES
- Former et informer les équipes en amont
- Assurer / coordonner le suivi sérologique
- Être le référent en cas d'exposition
- Faire le lien prévention primaire ↔ secondaire



5

NON-DISCRIMINATION

Discrimination & identités de genre

Une compétence professionnelle, pas une opinion

Prévention et traitement des personnes vivant avec le VIH

45 ans d'épidémie, 45 ans de lutte contre la maladie, 45 ans de progrès curatif et préventif....

- Thérapeutique : efficacité, simplification et tolérance des traitements oraux
- Droits des usagères et usagers concernés et l'accès aux soins en France
 - Espérance de vie proche de la population générale
 - La prévention combinée

45 ans de progrès sauf sur la sérodiscrimination et la sérophobie

Parler du VIH sans stigmatiser — les mots comptent

X À ÉVITER

« Séropositif » seul

Sans contexte, étiquette réductrice

« Victime du sida » « sidaïque »

Passivité et fatalité ; < 20 % des PVVIH ont une pathologie classant stade Sida

« Porteur sain »

Terme inexact et stigmatisant

Métaphores de mort, de danger, de culpabilité

Héritées du début de l'épidémie — à déconstruire

✓ À UTILISER

Personne vivant avec le VIH (PVVIH)

Neutre, actif, non réducteur

Charge virale indétectable

Plutôt que « guéri » ou « malade »

Infection à VIH

Plutôt que « sida » pour la maladie au stade actuel

i = i (indétectable = intransmissible)

À intégrer dans le discours courant

Sources : Guide de terminologie ONUSIDA 2024 · Paris sans sida — Lexiques du respect

Parler du VIH sans stigmatiser — les mots comptent

1 / 4

des PVVIH ont subi une discrimination
dans les 2 dernières années

60 %

des discriminations surviennent
dans le milieu des soins

45 %

des signalements visent
des dentistes (dès la prise de RDV)

Autres formes fréquemment signalées

Soins programmés en dernière position · Questions intrusives · Distanciation · Sur-précautions injustifiées

Ce que les soignantes et soignants peuvent faire — concrètement

- Utiliser un langage non stigmatisant (PVVIH, i=i)
- Éviter toute réaction de surprise ou de distanciation
- Actualiser ses connaissances sur le VIH d'aujourd'hui

Identités de genre : un accueil qui soigne

- **Accueil non-stigmatisant** respecter le prénom et le genre d'usage de la personne.
- **Confidentialité** l'identité de genre relève de la vie privée.
- **Santé globale des personnes trans** au-delà de la transition : prévention, IST, bien-être.
- **S'appuyer sur les recommandations** HAS, parcours de soins des adultes trans (2025).

Le médecin du travail, par sa neutralité et sa confidentialité, peut être un espace de confiance rare pour ces personnes.

À emporter : 3 messages

1

VIH et IST : Dépister & orienter

Le seul vrai levier en PACA. Chaque visite est une occasion.

2

Maîtriser le circuit AES / TPE

Une urgence : ≤ 4 h, déclaration AT ≤ 24 h. Vous êtes le pivot.

3

Protéger

Secret médical, non-discrimination, I=I. Une compétence professionnelle.

Et un réflexe : en cas de doute, le CoReSS PACA est votre ressource.

CoReSS

Comité Régional
de Santé Sexuelle
RÉGION PACA

Merci de votre attention

Échangeons.

Dr Pascal Pugliese · Président du CoReSS PACA

CoReSS PACA · coresspaca@ap-hm.fr · coresspaca@chu-nice.fr