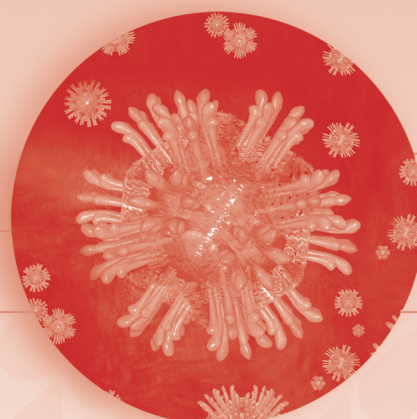
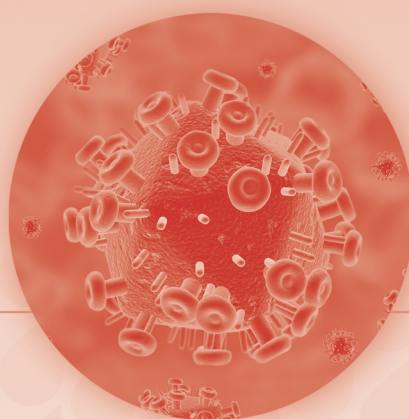
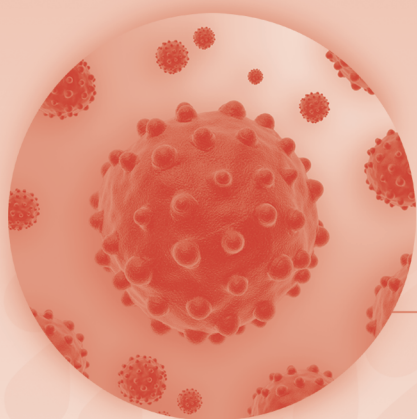


GUIDE POUR LA PROPHYLAXIE

APRÈS UNE EXPOSITION AU VIH, AU VHB ET AU VHC

DANS UN CONTEXTE NON PROFESSIONNEL



GUIDE
POUR LA PROPHYLAXIE
APRÈS UNE EXPOSITION
AU
VIH, AU VHB et AU VHC
DANS UN CONTEXTE
NON PROFESSIONNEL

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-58477-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

COMITÉ DE RÉDACTION

D^{re} Anne Bruneau

Rédaction

Médecin

Centre de référence de prophylaxie post-exposition aux liquides biologiques de Montréal.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

D^r Jean-Guy Baril

Médecin

Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Julie Bruneau

Médecin

Médecine des toxicomanies

Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

D^r Serge Dufresne

Médecin

Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

D^r Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Section de médecine et secteur de pédiatrie sociale, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

D^r Richard Lalonde

Interniste infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre universitaire de santé McGill, Hôpital Royal Victoria, Montréal

D^r Gilles Lambert

Médecin-conseil

Direction de la Santé publique de Montréal

Institut national de santé publique du Québec

M^e Delphine Roigt

Conseillère en éthique

Comité d'éthique clinique

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M^{me} Rachel Therrien

Pharmacienne

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

D^{re} Cécile Tremblay

Microbiologiste infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

M^{me} Irina Tsarevsky

Agente de recherche

Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Paul C. Veilleux

Psychologue

Université de Montréal

D^{re} Sylvie Vézina

Médecin

Clinique L'Actuel, Montréal

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

D^r Jean-Guy Baril

Médecin

Président du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH
Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc
Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Pierre Côté

Médecin

Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc
Programme National de Mentorat sur le VIH-Sida (PNMVS)

D^r Patrice Junod

Médecin

Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal

D^r Richard Lalonde

Interniste infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre universitaire de santé McGill, Hôpital Royal Victoria, Montréal

D^r Normand Lapointe

Pédiatre et immunologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Centre maternel et infantile sur le sida, Montréal

D^r Bernard Lessard

Médecin

Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc
Membre liaison pour le Collège des médecins de famille du Canada

M. Ken Monteith

Directeur général

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), Montréal

D^r Alain Piché

Microbiologiste infectiologue

Clinique VIH-sida, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

D^{re} Danielle Rouleau

Microbiologiste infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M^{me} Rachel Therrien

Pharmacienne

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

M^{me} Irina Tsarevsky

Agente de recherche et de planification

Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Chris Tsoukas

Interniste immunologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal

D^{re} Cécile Tremblay

Microbiologiste infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Membre liaison pour l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

D^r Benoît Trottier

Médecin

Clinique médicale L'Actuel, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

D^{re} Sylvie Trottier

Microbiologiste infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS),
Centre hospitalier universitaire de Québec

REMERCIEMENTS

D^{re} Claudine Archambault
CSSS d'Arthabasca-et-de-l'Érable

D^r François Arsenault
Association des médecins d'urgence du Québec

D^r Marc Bilodeau
Hépatologue
Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
Hôpital Saint-Luc

M^{me} Danielle Desroches
Pharmacienne
Université de Montréal
Clinique médicale du Quartier Latin

M^{me} Céline Dufresne
Agente administrative classe 1
Direction des services professionnels
Hôpital Saint-Luc du CHUM

D^r Claude Fortin
Microbiologiste infectiologue
Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
Hôpital Notre-Dame

D^r Normand Lapointe
Pédiatre et Immunologue
CHU Sainte-Justine
Centre maternel et infantile sur le sida, Montréal

D^r Pierre Lauzon
Médecine des toxicomanies
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
(CRAN)

M^{me} Marie-France Matte
Secrétaire documentaliste
Comité consultatif sur la prise en charge clinique
des personnes vivant avec le VIH
Programme National de Mentorat sur le VIH-Sida
(PNMVS)

D^r Tuyen Nguyen
Microbiologiste infectiologue
Centre de référence en prophylaxie post-
exposition aux liquides biologiques de Laval
CSSS Cité de la Santé de Laval

D^r Jean-François Paradis
Président
Association des médecins microbiologistes
infectiologues du Québec

D^r Stéphane Roy
Médecin-conseil
Direction de la santé publique
Montérégie

M. Jérémie Tapiero
Secrétaire documentaliste
Comité consultatif sur la prise en charge clinique
des personnes vivant avec le VIH
Programme National de Mentorat sur le VIH-Sida
(PNMVS)

D^r Pierre-Paul Tellier
Directeur
Services santé aux étudiants
Université McGill

D^{re} Francine Tourangeau
Microbiologiste infectiologue
Hôpital régional de Rimouski

D^r Laurent Vanier
Président
Association des médecins d'urgence du Québec

Clinique L'Actuel, Montréal

Clinique du Quartier Latin, Montréal

TABLE DES MATIÈRES

COMITÉ DE RÉDACTION.....	3
MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
PRÉAMBULE.....	8
1.ÉVALUATION À LA SUITE D'UNE EXPOSITION POTENTIELLE AU VIH DANS UN CONTEXTE NON PROFESSIONNEL.....	11
1.1.Le statut infectieux de la personne exposée pour l'infection par le VIH ou pour les hépatites B et C.....	11
1.2.Le statut infectieux de la personne source pour le VIH, le VHB et le VHC	11
1.2.1.Disponibilité des tests.....	12
1.2.2.Appartenance à un groupe à risque.....	12
1.3.L'exposition.....	12
1.3.1.Le délai depuis l'exposition.....	12
1.3.2.Le type d'exposition.....	13
1.3.3.La fréquence de l'exposition.....	13
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'EXPOSITION.....	15
2.PROBABILITÉ QUE LA PERSONNE EXPOSÉE OU LA SOURCE SOIT INFECTÉE PAR LE VIH.....	16
2.1.Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).....	16
2.2.Personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI).....	16
2.3.Personnes originaires d'un pays endémique.....	17
2.4.Contacts hétérosexuels sans autre facteur de risque	17
2.5.Travailleurs et travailleuses du sexe.....	17
2.6.Victimes d'agression sexuelle.....	18
3.RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH À LA SUITE DE DIVERSES EXPOSITIONS.....	21
3.1.Contact sexuel.....	21
3.1.1.Généralités.....	21
3.1.2.Risque de transmission du VIH entre femmes.....	22
3.1.3.Recommandations du groupe de travail.....	23
3.1.4.Hépatite C et transmission sexuelle.....	24
3.1.5.Hépatite B et transmission sexuelle.....	24
3.2.Agression sexuelle.....	25
3.2.1.Généralités.....	25
3.2.2.Définition et fréquence des agressions sexuelles.....	26
3.2.3.Le réseau mis en place pour l'accueil et l'évaluation des victimes d'agression sexuelle.....	26
3.2.4.Quelques caractéristiques de la clientèle qui consulte.....	27
3.2.5.Considérations particulières pour la PPE dans le contexte d'une agression sexuelle.....	27
3.2.6.Recommandations actuelles.....	27
3.2.7.Recommandations du groupe de travail.....	28
3.2.8.Suivi médical et psychosocial.....	28
3.3.Partage de matériel d'injection.....	29
3.3.1.Risque de transmission du VIH à la suite du partage de matériel d'injection.....	29
3.3.2.Recommandation du groupe de travail.....	29
3.3.3.La prescription d'un traitement préventif à la suite du partage de matériel d'injection.....	30
3.3.4.UDI et hépatite C.....	30
3.3.5.UDI et hépatite B.....	31
3.4.Autres expositions.....	31
3.4.1.Risque de transmission du VIH : morsures humaines.....	31
3.4.2.Risque de transmission du VIH et exposition cutanée.....	32
3.4.3.Recommandations du groupe de travail : morsure humaine et exposition cutanée.....	33
3.4.4.Risque de transmission de l'hépatite B et morsures humaines.....	33
3.4.5.Recommandation de PPE pour l'hépatite B : morsures humaines.....	33
3.4.6.Risque de transmission de l'hépatite C : morsures humaines	34
3.4.7.Risque de transmission du VIH : aiguilles à la traîne.....	34
3.4.8.Recommandation de PPE : aiguilles à la traîne*.....	35
3.4.9.Recommandations de PPE anti-VHB et anti-VHC : aiguilles à la traîne.....	36

4. PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE EXPOSÉE ET RECOMMANDATIONS POUR LE CHOIX DES ANTIRÉTROVIRAUX.....	37
4.1. Efficacité des antirétroviraux dans un contexte de PPE	37
4.1.1. Efficacité de la PPE dans un contexte d'exposition sexuelle.....	37
4.1.2. Efficacité de la PPE anti-VIH dans un contexte de partage de matériel d'injection.....	37
4.2. Efficacité de la bithérapie vs la trithérapie.....	38
4.2.1. Bithérapie vs trithérapie : effets secondaires.....	38
4.3. La prise en charge de la personne qui doit recevoir une thérapie antirétrovirale.....	38
4.4. La prise d'antirétroviraux dans le contexte d'une exposition sexuelle.....	42
4.5. La prise d'antirétroviraux chez les UDI.....	42
4.6. La prise d'antirétroviraux chez les victimes d'agression sexuelle.....	43
4.7. Le suivi de la personne exposée.....	43
4.7.1. Le dépistage de l'hépatite B.....	44
4.7.2. Le dépistage de l'hépatite C.....	44
4.7.3. Le dépistage du VIH.....	44
4.7.4. Les autres ITSS.....	45
4.8. Conseils à la personne exposée.....	46
ANNEXES.....	47
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	72
RÉFÉRENCES.....	73

ANNEXES

ANNEXE 1. Données épidémiologiques pouvant aider à préciser la probabilité que la personne source soit infectée par le VIH (programme de surveillance du VIH).....	49
ANNEXE 2. Risque de transmission du VIH et de l'hépatite C.....	51
ANNEXE 3. Conduite recommandée selon le résultat de l'HBsAg (chez la source d'exposition) après une exposition au virus de l'hépatite B par voie percutanée ou muco-cutanée.....	52
ANNEXE 4. Profil de la clientèle des centres désignés pour agressions sexuelles.....	53
ANNEXE 5. La prise en charge des victimes adolescentes d'agression sexuelle : résultats d'un centre désigné pour l'intervention médicosociale (CHU Sainte-Justine).....	54
ANNEXE 6. Feuilles d'information sur les médicaments pour les patients.....	55
ANNEXE 7. Les antirétroviraux.....	63
ANNEXE 8. Régions endémiques.....	69
ANNEXE 9. Le sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic) ou le bien-portant inquiet.....	70

PRÉAMBULE

Ce document constitue une mise à jour des recommandations publiées en 1999 pour la prophylaxie à la suite d'une exposition dans la communauté à des liquides biologiques. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à un groupe de travail le mandat d'actualiser les recommandations pour la prise en charge, le suivi et les traitements préventifs après une exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC) dans un contexte non professionnel. On trouvera donc ici des recommandations précises selon le type d'exposition.

Une exposition dans la communauté à des liquides biologiques est définie comme étant une situation accidentelle et ponctuelle, qui ne se produit pas dans un contexte de soins, et où il y a eu contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés par le VIH, le VHB ou le VHC.

Pour la prévention du VIH-sida, la méthode la plus efficace demeure celle qui prévient l'exposition au VIH : l'utilisation constante du condom et le fait d'éviter le partage de matériel d'injection chez les utilisateurs de drogues injectables. Les études montrent une certaine efficacité des médicaments antirétroviraux après une exposition à des liquides biologiques dans un contexte professionnel (piqûres d'aiguilles chez des travailleurs de la santé). L'efficacité d'une telle prophylaxie dans un contexte non professionnel n'a pas été démontrée, mais les études chez les animaux et les femmes enceintes laissent croire que la prescription d'antirétroviraux pourrait être efficace.

Selon l'épidémiologie de l'infection par le VIH-sida au Québec, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont les groupes de population où la transmission de l'infection par le VIH est la plus fréquente. À cet égard, les recommandations pour la prophylaxie à la suite d'une exposition non professionnelle se veulent un outil supplémentaire pour réduire la transmission de l'infection au VIH dans la population ainsi qu'un outil de référence pour les professionnels de la santé.

Au regard de la prescription d'antirétroviraux dans le cas d'une exposition potentielle au VIH, la recommandation du groupe de travail est conforme aux pratiques établies par les Centers for Disease Control (CDC) et les organismes consultatifs européens, qui recommandent une trithérapie après une exposition à risque^{1,2}. On notera des différences avec l'Alberta, qui recommande la trithérapie lorsque la personne source de l'exposition est confirmée comme

étant infectée par le VIH, et la bithérapie lorsque son statut VIH est inconnu. Le groupe de travail recommande uniquement la trithérapie, en raison de son efficacité démontrée chez les personnes infectées.

La position adoptée par la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida est qu'une personne séropositive ne souffrant d'aucune ITS, suivant un traitement antirétroviral et dont la virémie est entièrement supprimée ne transmet pas le VIH par contact sexuel³. Cependant, la communauté médicale internationale n'adhère pas à cette position car à l'heure actuelle, les données dont on dispose ne permettent pas d'affirmer hors de tout doute qu'un traitement antirétroviral efficace (c'est-à-dire qui rend la charge virale indétectable dans le sang, et de manière stable) empêche toute transmission du VIH.

Généralement, la prescription d'une PPE anti-VIH sera indiquée après une exposition significative à des liquides biologiques susceptibles de transmettre le VIH provenant d'une personne infectée par le VIH. Lorsque la personne source n'est pas infectée par le VIH, le traitement préventif n'est pas indiqué. Lorsque le statut infectieux de la personne source est inconnu, la décision devra être basée sur le risque de transmission, selon le type d'exposition et l'épidémiologie de l'infection au VIH dans le groupe de population auxquels appartiennent les patients. Les données épidémiologiques sont présentées à l'annexe 1.

9

Le bénéfice de la PPE anti-VIH est d'éviter de nouvelles infections. Sur le plan économique, elle est avantageuse essentiellement pour les risques associés aux relations sexuelles anales ou vaginales avec une personne, homme ou femme, infectée par le VIH ou au statut VIH inconnu mais faisant partie d'un groupe à risque, comme un HARSAH et lors du partage de seringue⁴.

Afin d'étayer les connaissances actuelles et de développer une pratique basée sur les preuves, des centres offrant la prophylaxie à la suite d'une exposition dans la communauté pourraient être mis sur pied à titre de projets pilotes, et évalués. La rapidité d'action ainsi que l'efficacité et la continuité des soins doivent être à la base d'un modèle d'organisation de soins pour la prise en charge.

Rapidité d'action :

Il faut promouvoir la consultation rapide après une exposition à risque. Les HARSAH et les UDI devraient faire l'objet d'une promotion ciblée de la PPE anti-VIH. Les femmes originaires de pays endémiques ainsi que les personnes en relation intime avec des personnes infectées par

le VIH doivent être informées de l'existence de la PPE. La médication prescrite devrait être accessible au lieu de consultation (trousse de départ). Il ne devrait pas y avoir de barrière financière à se procurer les antirétroviraux.

Efficacité et continuité des soins :

Il faut préciser dans les régions sociosanitaires du Québec les endroits où une prise en charge complète est possible, c'est-à-dire : consultation médicale, tests de laboratoire ainsi que traitements préventifs (vaccins et immunoglobulines). La personne source et la personne exposée devraient avoir accès à des tests gratuits de dépistage rapide pour le VIH. Cela éviterait de prescrire inutilement ces médicaments et de limiter la prescription d'antirétroviraux aux personnes les plus à risque. Actuellement, l'Institut national de santé publique du Québec prépare un Avis sur le dépistage du VIH : « Le dépistage dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide ». Il n'existe pas de programme de gratuité pour les médicaments antirétroviraux. Une réflexion devrait être amorcée pour que les antirétroviraux soient inscrits sur la liste des médicaments gratuits pour les ITSS.

10 Ce guide s'adresse à tous les intervenants médicaux de première ligne. Les personnes à risque doivent être informées de l'existence d'un traitement préventif et sensibilisées à l'importance d'une consultation rapide après une exposition potentiellement à risque. Le risque potentiel des autres ITSS ne doit pas être négligé. La transmission des hépatites B et C est abordée brièvement. Pour ce qui est du suivi de la syphilis, de la gonorrhée et de la chlamydia, on se référera aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006* (mises à jour en 2008) et au *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les ITS, édition 2006*.

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement
(mises à jour : 2008)

www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006

Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les ITS, édition 2006
www.inspq.qc.ca/publications

1. ÉVALUATION À LA SUITE D'UNE EXPOSITION POTENTIELLE AU VIH DANS UN CONTEXTE NON PROFESSIONNEL

L' **évaluation** d'une personne potentiellement exposée au VIH doit se faire le plus **rapidement** possible car si un traitement préventif antirétroviral (PPE) doit être prescrit, la médication doit être débutée **au plus tôt**, idéalement dans les **2 heures suivant l'exposition**.

Il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE plus de 72 heures après l'exposition.

La personne potentiellement exposée au VIH doit être évaluée **le plus rapidement possible car le traitement préventif antirétroviral, s'il est prescrit, doit être amorcé au plus tôt, idéalement dans les deux heures suivant l'exposition**. Lors d'une évaluation, les éléments à considérer sont les suivants :

1.1. Le statut infectieux de la personne exposée pour l'infection par le VIH ou pour les hépatites B et C

Si possible, des tests de détection rapide pour le VIH devraient être utilisés dans le cas d'une personne exposée dont le statut sérologique pour le VIH est inconnu. Il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE anti-VIH si la personne exposée est déjà infectée par le VIH. Le statut sérologique pour les hépatites B et C doit être déterminé.

1.2. Le statut infectieux de la personne source pour le VIH, le VHB et le VHC

Lorsque la personne exposée connaît la personne source, un effort concerté sera fait pour la contacter et un dépistage de l'infection au VIH et des hépatites B et C lui sera offert afin de déterminer son statut sérologique. Si possible, des tests de détection rapide pour le VIH devraient être utilisés. Il faut également vérifier l'existence de comportements à risque récents pour l'acquisition de l'infection au VIH ainsi que la présence de symptômes de rétrovirose aiguë (primo-infection au VIH, qui s'apparente à un syndrome mononucléosique). Ces symptômes peuvent être la fièvre, la diaphorèse nocturne et des adénopathies.

Il faut considérer les éléments suivants quant au statut infectieux :

1.2.1. Disponibilité des tests

Si possible, des tests de détection qui permettent l'obtention rapide de résultats (tests rapides) devraient être utilisés, surtout si le risque que la personne soit infectée par le VIH est élevé.

Le test rapide actuellement homologué au Canada a une sensibilité et une spécificité élevées (plus de 99 % et plus de 98 %). Les valeurs prédictives positives peuvent varier selon la prévalence de l'infection au sein de la population testée. Ainsi, dans une population où la prévalence du VIH est de moins de 1 %, jusqu'à deux tiers des tests positifs seront faussement positifs⁵. Cette proportion non négligeable de faux positifs doit être prise en compte pour la majorité des expositions rapportées parmi les groupes de population qui affichent une faible prévalence du VIH.

Les résultats positifs d'un test rapide seront toujours validés par un test standard. Si la personne source est infectée par le VIH au moment de l'exposition, il faut obtenir le résultat de la charge virale et de son statut de résistance virale ainsi que l'histoire des antirétroviraux prescrits afin de choisir les antirétroviraux adéquats.

1.2.2. Appartenance à un groupe à risque

Si les tests rapides ne sont pas disponibles ou que la personne source ne peut pas être testée, la probabilité qu'elle soit infectée par le VIH correspond à la prévalence retrouvée dans son groupe de population⁶ (voir le chapitre 2).

1.3. L'exposition

1.3.1. Le délai depuis l'exposition

Si le délai depuis l'exposition est supérieur à 72 heures, il n'y a pas d'indication de prescrire une PPE anti-VIH. Il n'existe pas de preuves que les antirétroviraux sont efficaces pour prévenir une infection après ce délai. Un suivi sérologique sera offert pour préciser s'il y a eu transmission du VIH, de l'hépatite B ou de l'hépatite C* (voir le chapitre 4)¹.

* Des études animales démontrent la transmission d'une infection après inoculation du virus de l'immunodéficience simienne (VIS) lorsque la médication a été amorcée plus de quatre heures après l'exposition au virus⁷. Une étude cas-témoins chez les travailleurs exposés démontre une efficacité de la zidovudine pour prévenir la transmission du VIH lorsque son administration est amorcée dans les quatre heures suivant l'exposition⁸.


1.3.2. Le type d'exposition

L'exposition peut être de plusieurs types : sexuelle (sécrétions génitales sur une muqueuse), partage de matériel d'injection, contact du sang ou d'un liquide biologique visiblement teinté de sang avec une muqueuse ou une peau non saine et piqûre accidentelle dans la communauté. Dans le cas d'une exposition sexuelle, il est important de déterminer le type de contact sexuel, le risque pouvant varier selon les pratiques (voir la section 3.1). Les liquides biologiques susceptibles de transmettre le VIH sont le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et, dans une moindre mesure, les autres liquides biologiques teintés de sang (ex. : crachat teinté de sang). Les liquides biologiques sur une peau saine ne présentent pas de risque et ne justifient pas la prescription de PPE anti-VIH (ex. : sécrétions génitales sur les mains).

1.3.3. La fréquence de l'exposition

La PPE anti-VIH devrait être prescrite dans les situations où l'exposition est ponctuelle. Une personne exposée fréquemment, et qui aurait besoin d'une prophylaxie continue ou quasi continue, ne devrait pas recevoir de PPE anti-VIH. C'est le cas d'une personne non infectée par le VIH ayant un partenaire infecté (couple sérodiscordant) et utilisant rarement des condoms, ou d'un UDI qui partage fréquemment son matériel d'injection (ex. : plusieurs fois par mois). Ces personnes devraient plutôt faire l'objet d'une intervention visant à réduire les risques et les méfaits associés à leur comportement.

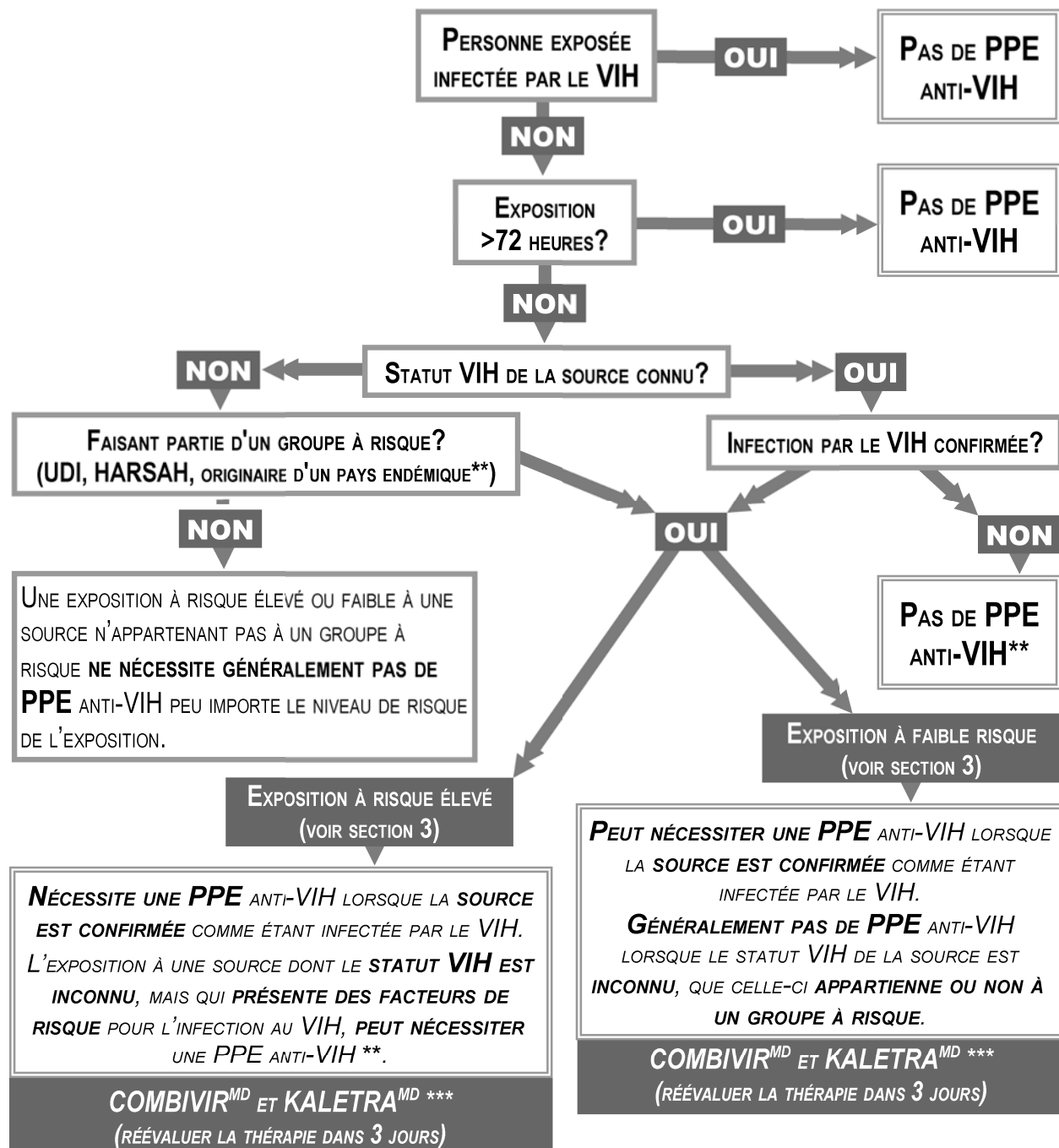
13



Le clinicien doit aussi évaluer les avantages et les inconvénients de la PPE anti-VIH pour la personne exposée ainsi que sa volonté de se faire traiter. Il doit informer la personne exposée des avantages et inconvénients de la PPE afin que celle-ci puisse accepter ou refuser le traitement en toute connaissance de cause.

Il est normal qu'une personne exposée présente de l'anxiété. Cependant, lorsque le niveau d'anxiété est disproportionné par rapport au risque, le clinicien devrait faire une évaluation psychologique plus poussée (voir l'annexe 9).

FIGURE 1. ÉVALUATION DE L'EXPOSITION* POUR LA PRESCRIPTION D'ANTIRÉTROVIRAUX



* UNE EXPOSITION EST DÉFINIE COMME ÉTANT UNE SITUATION ACCIDENTELLE ET PONCTUELLE OÙ IL Y A EU CONTACT AVEC DU SANG, DES SÉCRÉTIONS GÉNITALES OU D'AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES SUSCEPTIBLES DE TRANSMETTRE LE VIH. L'ÉVALUATION DES AUTRES ITSS DOIT ÊTRE FAITE POUR TOUTES LES EXPOSITIONS À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES.

** UNE PERSONNE EXPOSÉE À UNE SOURCE DE STATUT VIH INCONNU OU NÉGATIF PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES COMPATIBLES AVEC UNE RÉTROVIROSE AIGÜE DOIT RECEVOIR UNE PPE ANTI-VIH.

*** TRUVADA^{MD} ET KALETRA^{MD} PEUVENT ÊTRE DONNÉS D'EMBLÉE SI DISPONIBLES ET S'IL N'Y A PAS DE CONTRE-INDICATION.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'EXPOSITION

Date :

Heure :

NOM :

PRÉNOM :

N° DOSSIER :

PERSONNE EXPOSÉE

	Oui	Non	Inconnu	Date du test (AA/MM/JJ)
Infectée par le VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infectée par le VHB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infectée par le VHC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Faisant partie d'un groupe à risque :				
HARSAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
UDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Originaire d'un pays endémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

PERSONNE SOURCE

	Oui	Non		Date du test (AA/MM/JJ)
Connue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Si connue :			Inconnu	
Infectée par le VIH*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infectée par le VHB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infectée par le VHC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Possible rétrovirose aiguë	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
*Charge virale/résistance virale	_____			

Faisant partie d'un groupe à risque :

	Oui	Non
HARSAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pays endémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exposition :

Date _____

Heure _____

Exposition à risque élevé

	Oui	Non
Relation sexuelle vaginale (insertive ou réceptive)**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation sexuelle anale (insertive ou réceptive)**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partage de matériel d'injection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insertion d'un accessoire sexuel partagé et non désinfecté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exposition à faible risque

	Oui	Non
Relation sexuelle orale**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec éjaculation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sans éjaculation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation sexuelle femme-femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contact de liquides biologiques sur peau non saine ou muqueuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piqûre avec une aiguille à la traîne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

** Une relation sexuelle sans condom, avec rupture ou perte du condom, peu importe la durée, est considérée comme à risque.

2. PROBABILITÉ QUE LA PERSONNE EXPOSÉE OU LA SOURCE SOIT INFECTÉE PAR LE VIH⁹

2.1. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)

Les HARSAH représentent la catégorie d'exposition la plus importante, avec 45 % de l'ensemble des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 (50 % si l'on compte les HARSAH également UDI). Le nombre annuel de nouveaux diagnostics déclarés chez les HARSAH a augmenté de 32 % entre 2004 et 2006. On estime que chaque année, environ 1,3 % des HARSAH non infectés contractent le VIH. Jusqu'à 12,5 % de tous les HARSAH (et 20 % de ceux âgés entre 40 et 50 ans) seraient infectés par le VIH¹⁰.

2.2. Personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI)

La deuxième catégorie d'exposition en importance est celle des UDI, avec 19 % de l'ensemble des cas déclarés depuis 2002 (23 % si l'on compte les UDI également HARSAH). Le nombre de nouveaux diagnostics déclarés parmi les UDI varie relativement peu depuis 2004.

Les résultats d'études épidémiologiques réalisées auprès de cette population montrent une stabilité dans l'apparition de nouvelles infections entre 2001 et 2006. Un peu moins de un UDI sur six (15 %) serait infecté par le VIH (24 % des hommes âgés de 40 ans ou plus, 18 % des femmes âgées de 40 ans ou plus). La prévalence du VIH serait de 6,5 % parmi les UDI recrutés dans les programmes semi-urbains, et atteindrait 18 % parmi les UDI recrutés dans les programmes montréalais. Le taux d'incidence chez les UDI est de 3,2 pour 100 personnes-années, ce qui signifie que chaque année, 3,2 % des UDI non infectés contractent le VIH.

Les utilisateurs de cocaïne sont plus enclins à consommer frénétiquement, à s'injecter dans des piqueries et à s'adonner au *booting*^{*}, une pratique qui a pour effet d'augmenter la quantité de sang présent dans les seringues¹¹.

À Montréal, l'intensité d'injection de cocaïne est un facteur de prédiction indépendant de la séroconversion au VIH¹². La pauvreté¹³, l'appartenance à certains groupes ethniques¹⁴ (l'origine ethnique est probablement un marqueur de vulnérabilité sociale) et la désorganisation sociale (ex. : un logement précaire¹⁵, l'itinérance, s'injecter dans la rue) confèrent un risque particulièrement élevé de contracter l'infection¹⁶.

^{*} *Bootting* : retrait de sang dans la seringue pour le mélanger avec la drogue avant de l'injecter.

Parmi les UDI infectés par le VIH, 89,2 % sont aussi infectés par le virus de l'hépatite C. Inversement, 24,3 % des UDI infectés par le virus de l'hépatite C sont infectés par le VIH¹⁷. Le partage de matériel d'injection (seringues) est un facteur de risque important pour l'acquisition de l'hépatite C. Chez les UDI, la prévalence de l'infection au VHC est plus élevée que l'infection au VIH. Comme pour le VIH, une pénétration variable de l'infection est constatée entre les régions urbaines et semi-urbaines. La prévalence brute est de 66,9 % dans les régions urbaines et de 49,1 % dans les régions semi-urbaines. Le taux d'incidence de l'infection au VHC est estimé à 27 pour 100 personnes-années.



Les liquides biologiques qui transmettent le VIH sont :

- ◆ le **sang**;
- ◆ le **sperme** et les **sécrétions vaginales**;
- ◆ dans une moindre mesure, les **autres** liquides biologiques **teintés de sang** (ex. : crachat teinté de sang).

17

2.3. Personnes originaires d'un pays endémique

Les personnes originaires d'un pays endémique (le plus souvent des immigrés récents d'Haïti et des pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 16 % de l'ensemble des cas déclarés depuis 2002. Le nombre de nouveaux diagnostics au sein de cette population est demeuré stable au cours des dernières années. Environ 1,3 % de la population haïtienne résidant au Québec serait infectée par le VIH.

2.4. Contacts hétérosexuels sans autre facteur de risque

Les contacts hétérosexuels sans autre facteur de risque représentent 8,5 % de l'ensemble des cas déclarés depuis 2002. Le nombre de nouveaux diagnostics au sein de cette population est stable et la prévalence est faible.

2.5. Travailleurs et travailleuses du sexe

Dans le cas d'une exposition sexuelle avec un travailleur ou une travailleuse du sexe, le risque pour le travailleur ou la travailleuse du sexe et le client est associé aux facteurs de risque de chacun : utiliser des drogues injectables, être originaire d'un pays endémique ou être un

HARSAH. *Un contact sexuel (pénétration anale ou vaginale) sans condom avec un homme travailleur du sexe est un comportement à risque pour la transmission du VIH.*

Une étude prospective réalisée auprès de 126 jeunes HARSAH et hommes bisexuels de Vancouver démontre que la prévalence et l'incidence du VIH sont plus élevées chez les travailleurs du sexe (prévalence : 7,3 % vs 1,1%; incidence : 4,7 % vs 0,9 %) ¹⁸. Une étude chez les femmes UDI de Montréal et de Vancouver ¹⁹ démontre une prévalence similaire de l'infection au VIH, travailleuses du sexe ou non (29 % vs 29,2 %). Les travailleuses du sexe utilisent très fréquemment le condom avec leurs clients; conséquemment, parmi celles-ci, ce sont surtout les utilisatrices de drogues injectables qui sont infectées par le VIH. Cette étude montre aussi que les travailleuses du sexe UDI sont plus nombreuses à avoir un logement instable ou à avoir été incarcérées (OR 1,9 et 1,7 respectivement).

Une étude réalisée au Royaume-Uni auprès de 258 clients de travailleuses du sexe montre qu'aucun d'entre eux n'était infecté par le VIH ¹⁹.

2.6. Victimes d'agression sexuelle

La littérature sur l'infection par le VIH à la suite d'une agression sexuelle est peu abondante. Seulement trois cas de séroconversion au VIH à la suite d'une agression sexuelle ont été recensés chez des adultes aux États-Unis ^{20,21,22}. Les données américaines ou d'autres pays ne sont pas généralisables à la réalité québécoise. Toutefois, dans ses recommandations sur la PPE, en 2005, le CDC note que les victimes d'agression sexuelle sont peu représentées parmi les 40 000 nouveaux cas annuels de VIH aux États-Unis ¹.

Une étude réalisée aux États-Unis révèle que sur 9 136 enfants de moins de 13 ans infectés par le VIH ou atteints du sida, 26 ont été victimes d'abus sexuel, donc ont peut-être été exposés au VIH durant cette agression ²³. Dans la plupart des cas, le statut VIH de l'agresseur était connu par la victime ou ses parents. Les auteurs d'agression sexuelle incarcérés ont cependant une prévalence d'infection par le VIH trois fois moindre que les prisonniers condamnés pour d'autres crimes ²⁴.

À Vancouver, les services de santé qui gèrent le programme PPE à la suite d'une agression sexuelle n'ont rapporté aucun cas de séroconversion au VIH depuis plus d'une décennie. Aucune victime d'agression sexuelle commise au Québec n'a été rapportée ou n'est connue des centres désignés comme ayant contracté le VIH. Toutefois, en 2007, un cas dont l'agresseur appartenait à un groupe à risque (originaire d'un pays endémique) a été placé sous

enquête²⁵. Les données compilées par le CHU Sainte-Justine entre 1992 et 2005 auprès de 1 504 garçons et filles âgés entre 12 et 18 ans, et suivis par l'établissement à la suite d'une agression sexuelle, ne montrent aucun cas de séroconversion au VIH après trois mois de suivi (voir l'annexe 5).

De ces études et données, il ressort que le VIH se transmet rarement durant une agression sexuelle.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE SURVEILLANCE DU VIH

Le Programme de surveillance de l'infection au VIH est entré en vigueur le 18 avril 2002. Depuis lors, tous les tests de l'infection par le VIH confirmés positifs font obligatoirement l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du médecin qui a demandé le test, qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic ou de la confirmation d'un diagnostic antérieur⁹. En 2006, 66 % de l'ensemble des cas diagnostiqués viennent de la région de Montréal, 9 % de la Montérégie et 7 % de la Capitale-Nationale. Les régions de la Mauricie et du Centre du Québec, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides ont déclaré chacune entre 2 % et 3 % des cas (aucun cas n'a été enregistré dans les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nord-du-Québec). L'âge moyen est de 40,5 ans. Les individus de sexe masculin représentent 81 % de l'ensemble des cas diagnostiqués.

On estime que la prévalence de l'infection par le VIH serait de 0,2 % dans la population générale.

En 2005 (année des plus récentes estimations), on a évalué qu'entre **500 et 1 400 personnes** avaient contracté le VIH durant l'année et qu'entre **13 300 et 19 600 personnes** vivaient avec le VIH au Québec (y compris les personnes qui ont développé le sida).

Tableau 1. Prévalence du VIH dans différents groupes de la population québécoise

POPULATION	ANNÉE DE COLLECTE	PRÉVALENCE	INCIDENCE (EN PERSONNES-ANNÉES)
UDI	1995-2006	14,5	3,2
HARSAH	2005	12,5	1,3
Personnes incarcérées (UDI et non UDI amalgamées)	2003	3,4	
Personnes originaires d'Haïti	1994-1996	1,3	
Jeunes de la rue (UDI et non UDI amalgamés)	2001-2004	0,9	0,9

3. RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH À LA SUITE DE DIVERSES EXPOSITIONS

3.1. Contact sexuel

3.1.1. Généralités

Dans la majorité des pays, la transmission du VIH a lieu au cours de relations sexuelles multiples et ponctuelles²⁶. La transmission sexuelle compte pour environ 75 à 85 % des cas. Le risque associé à la transmission sexuelle est généralement supérieur au risque associé à une piqûre accidentelle chez un travailleur de la santé (0,3 %). C'est la relation sexuelle anale réceptive qui présente le risque le plus élevé. Le risque est évalué à environ 0,5 %¹. Pour les autres types de relation sexuelle, le risque peut varier de 0,005 % à 0,1 % (voir le tableau 2). Les études visant à quantifier le risque de transmission sont pour la plupart réalisées chez des couples sérodiscordants stables dont l'un des partenaires est infecté par le VIH depuis longtemps. Le risque pourrait donc être sous-estimé car il ne tient pas compte du risque élevé de transmission des personnes nouvellement infectées.

 **D'autres facteurs que le type de relation sexuelle peuvent augmenter le risque de transmission. Ce sont les suivants :**

Le stade de l'infection par le VIH :

La primo-infection ou le stade avancé de la maladie sont caractérisés par une charge virale élevée et augmentent le risque de transmission. Le risque est particulièrement élevé au stade aigu de l'infection^{27,28}. On note une augmentation de huit à dix fois du risque de transmission de l'homme à la femme. Ce risque peut alors s'élever jusqu'à 1 pour 50 par contact sexuel²⁹. Ce risque élevé serait présent pour les quinze mois suivant la primo-infection^{29,30}.

La charge virale :

La charge virale est le facteur de prédiction le plus fort de la transmission. Dans une étude de cohorte africaine, on n'a noté aucune transmission lorsque la charge virale était inférieure à 1 500 copies³¹. Cependant, même si la charge virale est de moins de 50 copies (indétectable), il est impossible d'affirmer qu'il n'y a aucun risque de transmission. En effet, des charges virales détectables dans le sperme ont été observées même en présence de charge virale plasmatique indétectable³¹.

La présence d'une infection transmise sexuellement :

Les ulcères génitaux (syphilis, herpès et chancre mou) sont associés à une augmentation du risque de 1,5 à 7 chez les hommes et les femmes. Les infections à *Neisseria gonorrhoea*, à *Chlamydia trachomatis* ou à *Trichomonas* sont associées à une augmentation de la prévalence de l'infection au VIH chez les hommes et les femmes³². Cela peut indiquer la présence de comportements sexuels à risque pour la transmission du VIH dans cette population.

3.1.2. Risque de transmission du VIH entre femmes

Selon la plupart des études sur la transmission du VIH entre femmes, cette transmission est possible, mais rare^{33,34,35,36,37}.

Tableau 2. Risque de transmission associé à une exposition sexuelle, source confirmée comme étant infectée par le VIH-1

TYPE D'EXPOSITION	RISQUE
Relation orale insertive	0,005 %
Relation orale réceptive	0,01 %
Relation vaginale insertive	0,05 %
Relation anale insertive	0,065 %
Relation vaginale réceptive	0,1 %
Relation anale réceptive	0,5 %

3.1.3. Recommandations du groupe de travail

Tableau 3. Indication de la PPE anti-VIH à la suite d'un contact sexuel

EXPOSITION	STATUT VIH DE LA SOURCE	RECOMMANDATION		
		NON RECOMMANDÉE	RECOMMANDÉE	CONSIDÉRÉE*
Anale réceptive	Négatif	X		
	Positif		X	
	Inconnu			X
Anale insertive	Négatif	X		
	Positif		X	
	Inconnu			X
Vagin-pénis réceptive/ insertive	Négatif	X		
	Positif		X	
	Inconnu			X
Orale réceptive avec éjaculation	Négatif	X		
	Positif			X
	Inconnu	X		
Orale réceptive sans éjaculation	Négatif	X		
	Positif	X		
	Inconnu	X		
Orale insertive avec/ sans éjaculation	Négatif	X		
	Positif	X		
	Inconnu	X		
Femme-femme	Négatif	X		
	Positif			X
	Inconnu	X		

* Le risque associé à l'exposition et la probabilité que la personne source soit infectée (selon les facteurs de risque : UDI, HARSAH, pays endémique) sont des éléments importants à considérer, mais pas la distribution géographique de l'infection au Québec.

Lorsque la PPE anti-VIH est recommandée, elle devrait être administrée, sauf en cas de contre-indications ou si le patient refuse. Elle est recommandée peu importe la durée, la profondeur ou le type de pénétration, lorsque le condom n'a pas été porté ou maintenu pour la totalité de la pénétration.

Lorsque la PPE anti-VIH est considérée, elle doit être administrée après évaluation des avantages et des inconvénients et en prenant en compte l'opinion du patient.

3.1.4. Hépatite C et transmission sexuelle

Le risque de transmission de l'hépatite C au cours de relations sexuelles est présent, mais rare. Un suivi sur une période de dix ans chez des couples hétérosexuels monogames a montré un taux de transmission de 0,25 pour 1 000 personnes-années³⁸. Tong a testé les conjoints et conjointes de personnes infectées par le virus de l'hépatite C; 4,4 % d'entre eux étaient positifs pour l'hépatite C. Le risque d'infection était plus élevé pour les couples ayant plus de 25 ans de vie commune comparativement aux couples de 10 ans de vie commune³⁹. Au Québec, l'étude de cohorte OMEGA chez les HARSAH a rapporté une seule séroconversion pour l'hépatite C. Il s'agissait d'un homme UDI. Dans cette cohorte, le risque était de 1 pour 43 personnes-années chez les UDI et de 0 pour 2 610 personnes-années pour les autres hommes de l'étude⁴⁰. Hammer ne rapporte pas de séroconversion pour le virus de l'hépatite C dans une étude rétrospective chez des personnes consultant à plus d'une reprise pour un dépistage anonyme pour le VIH⁴¹. De rares cas de transmission de l'homme à la femme et chez les HARSAH ont été rapportés^{42,43,44}. La transmission sexuelle est considérée comme improbable en dehors de relations sexuelles traumatiques ou qui ont lieu pendant les menstruations. La présence d'ITSS ou de lésions génitales (syphilis, herpès) peut faciliter la transmission⁴⁵. La co-infection par le VIH augmente la transmission du VHC, particulièrement chez les HARSAH. Celle-ci se situe, au cours de relations sexuelles à haut risque, à 3 %⁴⁶.

3.1.5. Hépatite B et transmission sexuelle

L'hépatite B se transmet au cours de relations sexuelles avec une personne qui présente une infection aiguë au virus de l'hépatite B ou qui est porteuse de l'AgHBs. Le taux de transmission au cours de relations hétérosexuelles est de 40 %⁴⁷. Chez les HARSAH, le VHB se transmettrait 8,6 fois plus que le VIH⁴⁸. Le vaccin et les immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B (IgHB) doivent être administrés le plus tôt possible après l'exposition dans le cas d'une personne non vaccinée (délai de 14 jours ou moins).

Les IgHB

sont indiquées s'il s'agit d'un nouveau (d'une nouvelle) partenaire ET dans les circonstances suivantes :

- ◆ **la présence de sang est probable** : relations sexuelles durant les menstruations, pratiques sexuelles comportant un risque de traumatisme (ex. : relation anale), présence d'infections transmises sexuellement pouvant augmenter la friabilité de la muqueuse (infection à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée) ou présence d'ulcération génitale;
- ◆ **la personne atteinte d'hépatite B chronique présente un AgHBe positif.**

À elles seules, les IgHB diminuent l'incidence de l'hépatite B de 75 % chez les partenaires sexuels de cas d'hépatite B aiguë⁴⁹.

3.2. Agression sexuelle

3.2.1. Généralités

Le risque de transmission du VIH associé à une agression sexuelle est le même qu'une exposition sexuelle à risque

(voir le tableau 2). Mais existe-t-il des facteurs susceptibles d'influencer le risque de transmission du VIH à la suite d'une agression sexuelle⁵⁰ ?

Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que l'agression sexuelle entraîne d'emblée des lésions génitales et que par conséquent, elle augmenterait le risque de transmission. Pourtant, en ce qui concerne les victimes d'âge prépubère (moins de 12 ans), des études québécoises et américaines rapportent des lésions génitales significatives (traumatiques) pour 5 à 6 % des cas, et des lésions anales pour moins de 1 %^{51,52}. Dans une étude rétrospective québécoise, des lésions significatives à l'hymen sont rapportées chez 3,8 % des adolescentes (1 389 dossiers ont été analysés), et des lésions anales ne sont signalées chez aucune d'entre elles⁵³. Les données québécoises pour les adultes victimes d'agression ne sont pas publiées, mais les professionnels des centres désignés de Montréal mentionnent également des taux peu élevés. Il en est de même pour la prévalence des ITSS. À cet égard, il convient de souligner que l'agression sexuelle est la plupart du temps un geste unique, particulièrement dans le cas des adolescentes et des adultes. Les risques de transmission d'une ITSS sont moindres qu'au cours de relations sexuelles répétées¹. De plus, étant donné la recherche systématique d'ADN,

dans le but d'identifier l'agresseur, l'usage du condom s'est répandu dans les situations d'agression sexuelle. Les enfants présentent davantage de cas d'abus sexuels chroniques que les adultes, mais moins de cas de pénétration vaginale ou anale; en conséquence, la prévalence des ITSS chez les prépubères est très faible au Québec, selon les centres experts.

De ces constats, on peut déduire qu'une agression sexuelle n'entraîne pas un risque plus élevé de transmission du VIH et des autres ITSS qu'une relation sexuelle sans agression. Dans l'ensemble, la prévalence de ces infections n'est pas plus élevée chez les agresseurs que dans la population générale.

3.2.2. Définition et fréquence des agressions sexuelles

Le terme agression sexuelle englobe les termes abus sexuel et viol, qui renvoient à la même problématique⁵⁴. La majorité des agressions sexuelles, tant dans le cas des adultes que des mineurs, sont commises par un tiers non apparenté⁵⁵. Occasionnellement, l'agresseur est un inconnu. Il s'agit en général d'une agression unique. *L'agression sexuelle peut être intrafamiliale.*

En ce qui concerne la prévalence, des études montrent que jusqu'à quatre femmes sur dix ont subi au moins une offense à caractère sexuel, ce qui comprend l'exhibitionnisme et la tentative d'agression⁵⁶. Au cours d'une enquête téléphonique réalisée en 2002 auprès d'adultes québécois, 18 % des femmes et 10 % des hommes ont déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle dans l'enfance ou l'adolescence⁵⁷.

À titre indicatif, le Service de police de la Ville de Montréal traite en moyenne 1 500 dossiers par an.

3.2.3. Le réseau mis en place pour l'accueil et l'évaluation des victimes d'agression sexuelle

La plupart des régions du Québec, particulièrement depuis 2002, se sont dotées de centres désignés pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Ces centres (on en compte aujourd'hui plus de 60) sont habituellement situés dans un centre hospitalier. Au total, ils accueillent annuellement plus de 2 000 victimes.

Les interventions médicosociales pour les victimes d'agression sexuelle se fondent sur un protocole et un guide cliniques⁵⁸. Les centres désignés disposent en général d'une équipe de professionnels de la santé (médecin, infirmière) auxquels peut s'ajouter un soutien psychosocial

offert soit par le centre désigné, soit par des groupes communautaires tels que les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

Depuis 1977, Montréal compte deux centres désignés pour les adultes : la Clinique pour les victimes d'agression sexuelle du CHUM, au pavillon Hôtel-Dieu, et le Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, un partenariat entre le CLSC Métro et l'Hôpital général de Montréal. S'y sont ajoutés deux centres pour les moins de 18 ans, soit ceux du CHU Sainte-Justine et de l'Hôpital de Montréal pour enfants. À eux quatre, ces centres ont accueilli plus de 20 000 victimes depuis leur mise sur pied.

3.2.4. Quelques caractéristiques de la clientèle qui consulte

Pour les besoins de la PPE, il faut distinguer l'agression unique de l'agression répétée commise par un même agresseur, l'agression commise par un seul agresseur de celle commise par de multiples agresseurs, l'agression commise par un agresseur connu de celle commise par un inconnu. Dans la majorité des cas, l'agresseur est connu, mais son statut sérologique et ses facteurs de risque ne le sont pas toujours. Plusieurs victimes d'agression sexuelle présentent des comorbidités psychosociales. Les enfants agressés sexuellement se présentent souvent plusieurs mois ou plusieurs années après l'agression (voir l'annexe 4).

27

3.2.5. Considérations particulières pour la PPE dans le contexte d'une agression sexuelle

Au moment de la première évaluation, il peut être difficile de bien cerner tous les détails et les facteurs de risque pour les ITSS. Fragilisée, en état de stress aigu, la victime a du mal à bien assimiler toute l'information qui lui est présentée et n'est guère en mesure de donner un consentement éclairé. De plus, certaines victimes ont été intoxiquées contre leur volonté et n'ont pas de souvenirs précis de l'agression sexuelle ou de leur agresseur. Bref au moment de la première consultation, la victime est dans un état émotionnel qui rend peu opportune une discussion sur la PPE.

3.2.6. Recommandations actuelles

Les recommandations actuelles sont prudentes. De façon générale, la prophylaxie n'est pas préconisée lorsque la personne source n'est pas confirmée comme étant infectée par le VIH ou qu'elle ne présente pas de facteurs de risque connus^{1,59,60,61}.

En 1996, le Children's and Women's Health Centre of British Columbia et le Vancouver General Hospital ont implanté un nouveau protocole relativement à la PPE anti-VIH. Trois niveaux de

risque ont été définis. Après une étude sur le sujet et au regard de l'expérience acquise, la prophylaxie est offerte uniquement aux victimes à risque élevé (agression sexuelle avec pénétration commise par un ou plusieurs agresseurs séropositifs ou présentant un risque élevé de l'être, comme les UDI et les HARSAH).

3.2.7. Recommandations du groupe de travail

Voir les recommandations suite à une exposition sexuelle (section 3.1.3, page 27).

La PPE anti-VIH peut être considérée si l'agresseur fait partie d'un groupe à risque, soit :

- ◆ UDI ou suspecté de l'être (marques de site d'injection, incarcération);
- ◆ HARSAH;
- ◆ originaire d'une région endémique (voir l'annexe 7).

La PPE anti-VIH à la suite d'une agression sexuelle peut en outre être considérée dans certaines circonstances exceptionnelles, soit :

- ◆ pour des raisons d'ordre médical (ex. : lésions génitales ou anales importantes);
- ◆ pour des raisons d'ordre émotionnel (ex. : forte anxiété provoquée par la crainte d'avoir contracté le VIH, perception du risque excessive par rapport au risque réel).

La décision doit être prise au cas par cas, en fonction des avantages et inconvénients.

3.2.8. Suivi médical et psychosocial

Le groupe de travail recommande, si un traitement prophylactique est prescrit, que des médicaments soient remis pour trois jours à la victime et que celle-ci soit alors revue afin de réévaluer la pertinence de poursuivre la médication.

La victime sera dans un état émotionnel plus favorable pour évaluer les risques, comprendre les enjeux, intégrer les informations et prendre une décision éclairée quant à la poursuite de la prophylaxie.

Les victimes expriment une vive préoccupation à l'égard du VIH, beaucoup plus que pour les autres ITSS. Le counseling post agression sexuelle doit donc porter aussi sur la possibilité d'ITSS, aussi faible soit-elle. Par ailleurs, la plupart des victimes vivent avec beaucoup de peur

et d'anxiété, et avec parfois des symptômes comme l'insomnie, la période d'attente de trois mois avant de recevoir les résultats de la sérologie VIH. Dans certains cas, il peut donc être souhaitable de faire la sérologie VIH à six semaines, alors que 80 % des personnes infectées présenteront un résultat positif.

Des brochures sur les ITSS, le VIH et la prophylaxie ou sur les réactions consécutives à une agression sexuelle peuvent être remises à la victime, afin que celle-ci les lise à un moment opportun dans les jours qui suivent; cela renforcera le counseling. Il faut également répéter l'information durant le suivi et s'assurer qu'elle est bien comprise. La personne a beaucoup d'informations à assimiler, notamment au chapitre des démarches policières, judiciaires, sociales ou d'indemnisation des victimes. Le soutien émotionnel doit aussi être assuré⁵⁸.

3.3. Partage de matériel d'injection

3.3.1. Risque de transmission du VIH à la suite du partage de matériel d'injection

Comparativement à une piqûre percutanée occupationnelle, le partage de matériel d'injection entraîne un risque plus élevé car l'exposition est intraveineuse et la quantité de sang inoculée est plus grande. Le risque de transmission est généralement estimé à 0,67 % par épisode de partage^{1,2}. Des experts évaluent ce risque à environ 1 % (0,4 % à 3 %) si la source est au stade aigu de l'infection⁶².

29

Il est important de déterminer si le partage de matériel d'injection est sporadique ou répété. Parce que cumulatif, le risque est probablement plus élevé dans le cas d'un partage répété du matériel d'injection que d'un partage sporadique.

3.3.2. Recommandation du groupe de travail

EXPOSITION	STATUT VIH DE LA SOURCE	RECOMMANDATION		
		NON RECOMMANDÉE	RECOMMANDÉE	CONSIDÉRÉE
Partage de matériel d'injection	Négatif	X		
	Positif		X	
	Inconnu			X

3.3.3. La prescription d'un traitement préventif à la suite du partage de matériel d'injection

Lorsqu'il prescrit une PPE anti-VIH, le clinicien doit s'assurer que la toxicomanie est stabilisée afin de diminuer les symptômes liés au sevrage ou à la consommation et favoriser l'adhésion au traitement. La prescription de la PPE anti-VIH ne doit pas être liée à l'obligation de cesser la consommation mais à la capacité de respecter le régime thérapeutique. Si la personne partage des seringues pendant la prise de PPE, il n'est pas indiqué de prolonger le traitement antirétroviral.

En présence d'un UDI qui a déjà connu un échec à la PPE anti-VIH (il n'avait pas terminé le traitement), le clinicien ne doit pas fonder sa décision sur cet échec antérieur. Il doit plutôt vérifier pourquoi le traitement n'avait pas été respecté. La personne peut entre-temps avoir fait une démarche personnelle et être maintenant plus encline à adhérer au traitement.

Afin de faciliter l'adhésion au traitement, le clinicien devrait prescrire la PPE anti-VIH pour toute la durée du traitement, soit 28 jours, et indiquer de servir une semaine à la fois. Cette façon de faire permet de revoir la personne exposée de façon hebdomadaire. Dans le cas des UDI qui présentent un risque élevé d'infection par le VIH, on en profitera pour faire une intervention de counseling, afin qu'ils diminuent leurs comportements à risque.

Les facteurs mentionnés pourront aider le clinicien à décider de la pertinence de prescrire la PPE anti-VIH.

3.3.4. UDI et hépatite C

Il n'existe pas de traitement préventif contre une exposition possible au virus de l'hépatite C (VHC). Seuls un suivi sérologique et un suivi biochimique sont recommandés (voir le tableau 4.) La majorité des séroconversions ont lieu vers la huitième semaine postexposition. Il est recommandé d'orienter les personnes nouvellement infectées pour un traitement. La capacité d'éradication de l'infection aiguë au VHC est d'environ 80 % si le traitement est instauré entre trois et six mois après l'infection. L'infection peut disparaître de façon spontanée durant les trois premiers mois; aussi l'amorce d'un traitement durant cette période n'est pas recommandée.

3.3.5. UDI et hépatite B

Le risque d'acquisition du VHB au cours du partage de matériel d'injection n'est pas quantifié. Il est probablement plus élevé que le risque consécutif à une exposition percutanée avec une aiguille contaminée (source infectée par le VHB : le risque peut varier entre 6 et 30 %, selon la présence ou non de l'AgHBe). Des IgHB et le vaccin contre l'hépatite B sont recommandés dans le cas d'un UDI non vacciné contre l'hépatite B. La dose de vaccin est la même que pour une personne immunosupprimée (40 ug)⁴⁹.

3.4. Autres expositions

3.4.1. Risque de transmission du VIH : morsures humaines

Quelques cas de transmission du VIH ont été associés à une morsure humaine^{63,64,65}. Dans ces expositions par morsure humaine, il y avait du sang visible dans la bouche du mordeur et celui-ci était un cas confirmé d'infection par le VIH. La plaie était décrite comme profonde dans un cas, et comme punctiforme dans un autre. Dans ces deux cas, un syndrome de rétrovirose aiguë a été rapporté 27 et 54 jours après la morsure. Dans un cas, de la zidovudine (ZDV) avait été administrée dix heures après l'exposition. D'autres cas de transmission du VIH par morsure humaine ont été rapportés, mais le lien de cause à effet n'est pas aussi clair. Dans une situation, un enfant a été testé positif pour le VIH quatre ans après une morsure par son père. Le père a également été testé positif pour le VIH, pour la première fois, quatre ans après l'événement. On n'a pas rapporté de transfusion ni d'abus sexuel⁶⁶. Un homme a été testé positif neuf mois après une morsure sur la lèvre consécutive à un baiser. Il n'a pas rapporté d'autres comportements à risque. Cependant, il avait été testé pour le VIH à plusieurs reprises pendant les sept mois suivant la morsure, et tous les tests s'étaient révélés négatifs⁶⁷. La possibilité d'une exposition à risque par contact sexuel a été soulevée chez cet individu. Un enfant mordu par son frère infecté a eu un test positif six mois après. Cependant, la transmission pourrait avoir eu lieu lors d'un autre type d'interaction^{68,69}.

En somme, il est possible que le VIH soit transmis par morsure humaine. Le risque est accru s'il y a présence de sang dans la bouche et que la morsure occasionne un bris de peau.

3.4.2. Risque de transmission du VIH et exposition cutanée

Il est possible que le contact du sang contaminé par le VIH avec une peau non intacte soit un facteur de transmission du VIH. Pour ces expositions, le risque n'a pas été quantifié.

Quatre personnes ont été infectées au cours d'un contact avec une peau non saine et du sang contaminé par le VIH. Deux cas étaient des travailleurs de la santé. Pour le troisième cas, la séroconversion au VIH a été détectée quatre semaines à la suite d'une bagarre ayant causé de multiples plaies avec un saignement abondant, alors que pour le quatrième cas, la séroconversion faisait suite à une collision avec un individu infecté par le VIH qui avait causé une plaie saignant abondamment⁶³.

D'autres expositions significatives (ex. : avec bris cutané) n'ont pas occasionné de transmission du VIH^{63,70}.

3.4.3. Recommandations du groupe de travail : morsure humaine et exposition cutanée

EXPOSITION	STATUT VIH DE LA SOURCE	RECOMMANDATION	
		NON RECOMMANDÉE	RECOMMANDÉE
Morsure humaine*	Négatif	X	
	Positif		X
	Inconnu	X	
Exposition à du sang ou à des sécrétions génétales sur une muqueuse (œil, nez) ou sur une peau non saine	Négatif	X	
	Positif		X
	Inconnu	X	

* Il doit y avoir présence de sang dans la salive et bris de peau pour que la PPE anti-VIH soit recommandée.

Dans le cas d'une exposition sur une muqueuse, il est important de rincer abondamment à l'eau la région exposée. Dans le cas d'une exposition cutanée, il faut nettoyer la région exposée avec de l'eau et du savon.

3.4.4. Risque de transmission de l'hépatite B et morsures humaines

La littérature médicale fait état de quelques cas de transmission de l'hépatite B à la suite d'une morsure humaine. Il y a eu bris cutané dans chacun des cas. Cependant, la présence de sang dans la bouche de la source n'est pas mentionnée, ou les enquêtes épidémiologiques, qui auraient permis d'identifier la source de l'infection n'ont pas été faites^{71,72,73}.

Une éclosion d'hépatite B dans un établissement pour enfants souffrant d'un retard mental grave a été rapportée. L'enquête a montré qu'un porteur chronique de l'hépatite B (AgHBs et AgHBe) aurait probablement transmis le virus par morsure : de comportement agressif, il mordait souvent. La source avait également des comportements homosexuels, or les contacts homosexuels sont aussi un mode de transmission potentiel, mais cette cause est moins probable en raison de la supervision étroite des enfants⁷⁴. Enfin, on rapporte un cas d'hépatite B aiguë chez un homme de 43 ans avec un retard mental après une morsure sérieuse par un porteur d'hépatite B. Le génotype et la séquence génétique étaient identiques chez les deux personnes⁷⁵.

3.4.5. Recommandation de PPE pour l'hépatite B : morsures humaines

De façon générale, la vaccination contre l'hépatite B avec l'utilisation des IgHB contre l'hépatite B est recommandée lorsqu'il y a présence de sang visible dans la salive, que la

morsure occasionne un bris de peau, et que la source présente un AgHBe positif ou des facteurs de risque d'infection pour l'hépatite B⁴⁹.

3.4.6. Risque de transmission de l'hépatite C : morsures humaines

Les recherches démontrent que dans 50 % des cas infectés par le virus de l'hépatite C, l'ARN est détectable dans la salive. La concentration d'ARN viral est en relation directe avec la virémie, mais la charge virale dans la salive serait basse comparativement à la charge virale sanguine. Les études épidémiologiques révèlent que la capacité infectieuse de la salive est faible⁷⁶. La transmission de l'infection au virus de l'hépatite C à la suite d'une morsure humaine a fait l'objet de peu d'études⁷⁷. Une séroconversion pour le virus de l'hépatite C a été rapportée chez un homme de 59 ans qui avait été mordu par son fils porteur de l'hépatite C. La morsure avait occasionné une plaie profonde. Cependant le suivi sérologique n'a été fait qu'à zéro et à sept mois et il est mentionné qu'une exposition plaie à plaie ou une exposition d'une muqueuse avec du sang ne peut pas être exclue. Castro-Ferreiro cite un cas où il y a eu transmission du virus de l'hépatite C par morsure, mais le statut de l'agresseur n'a pu être établi, non plus que la concordance génomique, pour prouver l'origine de l'infection⁷⁷.

34

Il n'existe pas de traitement préventif contre le virus de l'hépatite C. Un suivi sérologique peut être offert après une morsure avec bris de peau et si présence de sang visible dans la bouche de l'agresseur.

3.4.7. Risque de transmission du VIH : aiguilles à la traîne

L'origine d'une aiguille à la traîne est le plus souvent inconnue. Une aiguille à la traîne est définie comme étant une aiguille ou une seringue qui n'a pas été jetée dans un contenant pour déchets biomédicaux. Une revue de la littérature réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ne démontre pas de transmission du VIH à la suite d'une piqûre avec une seringue à la traîne⁷⁸. Les données du Centre de référence de prophylaxie postexposition de l'Hôpital Saint-Luc ne démontrent pas de séroconversion pour le VIH chez des travailleurs exposés à des aiguilles dont la source n'est pas connue, tant dans la communauté que dans un milieu de soins⁷⁹. Enfin, une étude chez des enfants montréalais qui se sont piqués dans la communauté ne démontre pas non plus de séroconversion⁸⁰.

En ce qui a trait à la survie du VIH à l'extérieur du corps humain, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) mentionne que le séchage à l'air ambiant réduit la concentration du virus de 90 à 99 % en quelques heures. Par ailleurs, des tests de survie du VIH dans une seringue révèlent que le virus ne peut pas survivre plus de six semaines. La durée de survie du VIH semble associée à la quantité de sang dans la seringue et à la température ambiante⁸¹. Ces études de survie du VIH ont été réalisées *in vitro*. Il est difficile de transposer intégralement ces données à une situation réelle.

3.4.8. Recommandation de PPE : aiguilles à la traîne*

EXPOSITION	STATUT VIH DE LA SOURCE	RECOMMANDATION
Piqûre aiguille à la traîne*	Inconnu	Non recommandée**

* Les mêmes recommandations s'appliquent pour une attaque à la seringue.

** Sauf dans des cas exceptionnels : piqûre avec une seringue contenant du sang frais, environnement où existe la probabilité de transmission du VIH (ex. : lieux fréquentés par des UDI).

Après une exposition percutanée, il est important de nettoyer le site de ponction avec de l'eau et du savon.

La revue de littérature de l'INSPQ sur les seringues et aiguilles à la traîne ne met pas en évidence de transmission du virus de l'hépatite C. Deux cas de transmission du VHC ont cependant été rapportés ultérieurement⁸². De plus, un enfant qui n'avait pas reçu de traitement préventif contre l'hépatite B a été infecté. Les données du Centre de référence de prophylaxie postexposition de l'Hôpital Saint-Luc ne démontrent pas de séroconversion pour le virus de l'hépatite B ou C chez des travailleurs exposés à des aiguilles dont la source n'est pas connue, tant dans la communauté que dans un milieu de soins⁷⁹.

Le virus de l'hépatite B peut survivre dans du sang séché pendant plusieurs semaines. Il serait stable sur des surfaces dans l'environnement pendant au moins sept jours à 25 °C. Il existe peu de données sur la survie du virus de l'hépatite C. Selon l'ASPC, la survie serait comparable à celle du virus de l'hépatite B⁷⁸.

3.4.9. Recommandations de PPE anti-VHB et anti-VHC : aiguilles à la traîne

Si la personne exposée n'est pas immune pour le virus de l'hépatite B, il faut amorcer la vaccination immédiatement et administrer des immunoglobulines hyperimmunes contre le virus de l'hépatite B dans un délai de sept jours.

Si la personne exposée est immune, aucun traitement supplémentaire anti-VHB n'est requis (voir l'annexe 3).

Il n'existe pas de traitement préventif contre le virus de l'hépatite C. Un suivi sérologique est proposé (voir la section 4.7).

4. PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE EXPOSÉE ET RECOMMANDATIONS POUR LE CHOIX DES ANTIRÉTROVIRAUX

4.1. Efficacité des antirétroviraux dans un contexte de PPE

Il n'existe pas d'études sur l'efficacité des antirétroviraux dans le contexte d'une exposition non professionnelle. Les études chez les animaux, chez les travailleurs de la santé et chez les femmes enceintes portent à croire que les antirétroviraux pourraient avoir une efficacité chez les personnes exposées au VIH, notamment au cours d'une relation sexuelle ou du partage de matériel d'injection. Chez les travailleurs exposés, l'efficacité de la zidovudine pour prévenir la transmission est de 79 %⁸. Le traitement est de 28 jours. Il n'y a pas de preuves qu'un traitement plus court ou plus long serait aussi ou plus efficace. Les modèles animaux montrent qu'une prophylaxie de 3 ou 10 jours est moins efficace qu'une prophylaxie de 28 jours⁷.

4.1.1. Efficacité de la PPE dans un contexte d'exposition sexuelle

Il n'existe pas d'études démontrant l'efficacité de la PPE dans le contexte d'une relation sexuelle à risque. Cependant, des études animales démontrent une certaine efficacité du ténofovir (TDF) administré par voie sous-cutanée chez les macaques après une exposition intravaginale. Aucun animal n'a été infecté lorsque le ténofovir a été débuté 12 et 36 heures après l'exposition⁸³.

Roland et ses collaborateurs ont étudié la séroconversion dans une cohorte suivie pour une exposition non professionnelle (n = 877)⁸⁴. Pour la très grande majorité de ces personnes, soit 95 %, il s'agissait d'une exposition sexuelle. Au total, 1 % ont séroconverti au VIH. C'étaient tous des hommes exposés au cours d'une relation anale. Les personnes infectées s'étaient présentées pour une PPE plus tardivement que les non séroconvertisseurs, mais la différence n'était pas significative statistiquement. Comme les trois hommes n'ont pas rapporté d'exposition à risque après le début de la PPE anti-VIH, il s'agit probablement d'un échec au traitement préventif. Dans cette étude, le faible nombre de séroconversions ne veut pas dire que la PPE anti-VIH est efficace ou inefficace. D'autres auteurs ont rapporté des échecs à la PPE⁸⁵.

4.1.2. Efficacité de la PPE anti-VIH dans un contexte de partage de matériel d'injection

Il n'existe aucune étude sur l'efficacité de la PPE à réduire la transmission du VIH dans un contexte de partage de matériel d'injection. Une étude chez le singe exposé au VIH par

inoculation intraveineuse montre une efficacité avec le ténofovir administré par voie sous-cutanée. Il n'y a pas eu d'infection lorsque le ténofovir était amorcé 24 heures après l'exposition. L'efficacité du traitement diminuait lorsque le délai avant le début de l'administration du ténofovir augmentait à 48 ou à 72 heures ou si la durée du traitement était de 3 ou 10 jours au lieu de 28^{7,86}.

4.2. Efficacité de la bithérapie vs la trithérapie

Aucune information ne permet de croire que la trithérapie est plus efficace que la bithérapie pour la PPE. Cependant, par analogie avec les personnes infectées par le VIH, chez qui la trithérapie donne de meilleurs résultats cliniques (diminution de la mortalité et de la morbidité), celle-ci devrait être prescrite aux personnes exposées. Une trithérapie est l'association de deux inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI) et d'un inhibiteur de la protéase (IP) ou d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

4.2.1. Bithérapie vs trithérapie : effets secondaires

Le traitement antirétroviral à titre préventif se révèle plus fréquemment toxique chez les personnes non infectées par le VIH que chez les personnes infectées. La bithérapie Combivir^{MD}, soit la combinaison de zidovudine (ZVD) et de lamivudine (3TC), est mieux tolérée que la trithérapie, soit le Combivir^{MD} et l'inhibiteur de la protéase virale nelfinavir (Viracept^{MD})⁸⁷. Entre 40 % et 45 % des personnes sous trithérapie terminent leur traitement sans effets secondaires⁸⁸.

Avec l'amélioration des médicaments, les effets secondaires associés sont moins fréquents et ainsi les traitements préventifs sont mieux tolérés. Il faut noter que le nelfinavir (Viracept^{MD}) n'est plus recommandé. D'autres médicaments ne doivent pas être prescrits : l'abacavir (Ziagen^{MD}), la névirapine (Viramune^{MD}), l'indinavir (Crixivan^{MD}) et la didanosine (Videx^{MD}), en raison de leur toxicité.


4.3. La prise en charge de la personne qui doit recevoir une thérapie antirétrovirale

La plupart des personnes potentiellement exposées au VIH éprouvent un stress important et peuvent facilement oublier les consignes données au cours de la première visite. Afin que ces personnes reçoivent la médication dans les délais optimaux, les lieux où elles sont évaluées (clinique médicale, centre de désintoxication, urgence, etc.) doivent être dotés de trousse de départ. Une trousse de départ contient des médicaments pour trois jours et une ordonnance pour quatre jours de traitement.



Au moment de la prescription d'une PPE, les éléments suivants doivent être abordés avec la personne exposée :

- ◆ **les incertitudes quant à l'efficacité de la PPE anti-VIH à la suite d'une exposition non professionnelle. Chez les travailleurs exposés, l'efficacité de la zidovudine (ZVD) est de 79 % pour prévenir la transmission (sections 4.1 et 4.2 du document principal);**
- ◆ **les effets secondaires associés à la médication;**
- ◆ **la durée du traitement (28 jours);**
- ◆ **les signes et symptômes associés à une séroconversion au VIH;**
- ◆ **le suivi biochimique, hématologique et sérologique;**
- ◆ **la protection sexuelle et l'utilisation sécuritaire du matériel d'injection;**
- ◆ **l'obligation d'éviter de donner du sang ou du sperme;**
- ◆ **l'importance d'éviter de partager les objets personnels pouvant être souillés de sang (ex. : brosses à dents, rasoirs).**



La personne exposée doit être revue dans les sept jours suivant l'évaluation. À la visite de suivi, la médication sera ajustée ou cessée selon les informations supplémentaires disponibles sur la personne source.

TROUSSE DE DÉPART (3 JOURS) :
COMBIVIR^{MD} (LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE) ET KALETRA^{MD} (LOPINAVIR/RITONAVIR)*

* Régime recommandé pour la PPE professionnelle. Toutefois, le Truvada^{MD} et le Kaletra^{MD} peuvent aussi être prescrits d'emblée si disponibles et si aucune contre-indication.

Réévaluation de la thérapie après l'évaluation de la source

- ◆ Pas d'infection de la personne source au VIH : cesser le traitement.
- ◆ Pas d'informations supplémentaires sur la source : continuer le traitement.
- ◆ Résistance virale ou intolérance marquée aux antirétroviraux prescrits : **consulter un expert en VIH pour ajuster le traitement** (Ligne consultation SIDA pour les médecins du Québec 1-800-363-4814 ou 514-849-5520).

En cas d'intolérance au Combivir^{MD}, le Truvada^{MD} (emtricitabine + ténofovir) peut être prescrit au moment de la réévaluation de la thérapie.

4.4. La prise d'antirétroviraux dans le contexte d'une exposition sexuelle

Quelques auteurs font état du recours aux antirétroviraux après une exposition sexuelle. Ainsi, Kahn et ses collaborateurs ont suivi 401 hommes qui avaient eu une relation anale⁸⁹. Parmi eux, 43 % savaient que leur source était infectée par le VIH. Parmi les 57 % qui ignoraient le statut de la source, 7 % l'ont amenée pour qu'elle soit testée. Le temps médian entre l'exposition et le traitement était de 33 heures. Le Combivir^{MD} a été prescrit dans 86 % des cas et 78 % des personnes mises sous antirétroviraux ont terminé le traitement. Après six mois, 75 % des personnes suivies ont fait une sérologie de contrôle. Il n'y a pas eu de séroconversion. Six mois après l'exposition, 12 % ont demandé une seconde PPE.

On pourrait craindre que la PPE anti-VIH favorise les comportements à risque pour la transmission du VIH car la mise au point de traitements antirétroviraux plus efficaces a entraîné un relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires. Waldo, Stall et Coates n'ont pas constaté de recrudescence des comportements sexuels à risque dans une population d'HARSAH après une campagne d'information sur la PPE⁹⁰. Schechter et ses collaborateurs ne rapportent pas non plus d'augmentation de comportements à risque dans une population d'HARSAH⁹¹. L'utilisation de la PPE n'est pas répétée dans la majorité des cas : 72 % ont eu recours à la PPE une seule fois, alors que 20 % y ont eu recours deux fois, 2,9 % quatre fois et un sujet, jusqu'à neuf fois⁹¹. Une étude australienne a montré un taux élevé de récurrence pour la PPE anti-VIH (45 % ont reçu une deuxième PPE et 43 %, une troisième)⁹².

4.5. La prise d'antirétroviraux chez les UDI

Parce que souvent ils appréhendent une non-adhésion au traitement, principalement en raison du contexte de désorganisation sociale, les cliniciens peuvent avoir une certaine réticence à prescrire la PPE anti-VIH aux UDI. De fait, la PPE anti-VIH après le partage de matériel d'injection étant peu prescrite, il n'existe pas d'information, d'une part sur l'adhésion au traitement des UDI exposés et, d'autre part, sur les comportements à risque en même temps que la prise d'une PPE anti-VIH. Une étude montre en revanche que dans le cas des UDI infectés par le VIH, le fait de traiter l'infection avec des antirétroviraux n'augmente pas les comportements à risque en ce qui a trait à l'utilisation des drogues⁹³. Une augmentation non significative des relations sexuelles sans condom est notée. Toutefois, le groupe d'UDI sous HAART (multithérapie antirétrovirale) présente moins de comportements sexuels à risque que le groupe d'UDI non traités. Une autre étude ne démontre pas de changements dans le comportement sexuel des UDI traités⁹⁴.

4.6. La prise d'antirétroviraux chez les victimes d'agression sexuelle

La littérature témoigne d'une faible adhésion au traitement de PPE anti-VIH des victimes d'agression sexuelle, en général sous les 50 %^{95,96,97,98}. Ainsi une étude réalisée à Vancouver auprès de 258 adultes agressés sexuellement révèle que 71 d'entre eux ont accepté la prophylaxie anti-VIH, et que 8 ont complété le traitement⁹⁵. Ces faibles taux d'adhésion peuvent être attribuables à une faible tolérance aux effets secondaires ou encore, aux difficultés socioéconomiques ou psychosociales de la clientèle. Il convient donc de reconsidérer le risque de transmission du VIH quelques jours après l'agression, alors que la personne exposée est plus réceptive aux informations.

4.7. Le suivi de la personne exposée

Il est recommandé d'effectuer des prélèvements sanguins à la première visite. Les sérologies pour le dépistage des anti-VIH, des anti-VHC, de l'AgHBs et des anti-HBs doivent être faites au cours de la première visite afin d'obtenir une valeur de base qui permettra de comparer les résultats ultérieurs. Les ALT doivent aussi être testés pour le suivi d'une hépatite virale. Idéalement, ils devraient être dosés dans les sept jours suivant l'exposition.

Tableau 4. Suivi sérologique de la personne exposée

SÉROLOGIE	TEMPS 0	6 SEMAINES	3 MOIS	6 MOIS	12 MOIS
AgHBs	X		X**	X**	
ANTI-HBs	X		X** ***	X**	
ANTI-VHC	X		X	X	
ANTI-VIH	X	X	X	X	X****
ALT	X	X*	X	X	

* Pour une personne exposée à une source infectée par le virus de l'hépatite C, le dosage de l'ALT devrait être fait à six semaines afin de détecter une infection aiguë au virus de l'hépatite C. Le test anti-VHC pourrait être fait en cas d'augmentation des ALT (1,5 fois la normale à six semaines). Le dosage de l'ARN qualitatif pour le VHC n'est pas indiqué dans le suivi sérologique habituel, sauf en cas d'augmentation des ALT (1,5 fois la normale) et si les anti-VHC sont négatifs.

** Le dosage de l'AgHBs et des anti-HBs n'est pas nécessaire si au temps 0 la personne exposée est immunisée contre l'hépatite B (anti-HBs > 10 UI/ml).

*** Le dosage des anti-HBs n'est pas nécessaire si la personne reçoit une primo-immunisation contre l'hépatite B ou si elle a reçu des immunoglobulines.

**** La sérologie anti-VIH est indiquée à douze mois en cas de séroconversion pour le virus de l'hépatite C (hépatite C aiguë) pendant le suivi.

44

4.7.1. Le dépistage de l'hépatite B

L'AgHBs, marqueur d'une infection au VHB, peut habituellement être détecté entre un et deux mois après l'exposition. Cependant, la période d'incubation peut durer jusqu'à six mois.

4.7.2. Le dépistage de l'hépatite C

Les anti-VHC sont habituellement détectés huit à neuf semaines après l'infection. À trois mois, la grande majorité des personnes infectées auront développé les anticorps. La détection de l'ARN pour l'hépatite C n'est pas indiquée pour le suivi habituel après une exposition à des liquides biologiques.

4.7.3. Le dépistage du VIH

Les anticorps anti-VIH sont décelables six semaines après l'exposition dans 80 %, après trois mois dans 95 à 97 % des cas, et après six mois dans 99 % des cas. Depuis mars 2008, le dosage de l'antigène p24 est intégré d'emblée aux tests sérologiques de routine. Il n'est pas indiqué de mesurer la charge virale et le décompte des CD4. Ces examens complémentaires sont utilisés seulement pour le suivi des personnes infectées. Des cas de séroconversion retardée jusqu'à douze mois ont été rapportés chez des individus ayant développé une

hépatite C aiguë pendant leur suivi. Pour cette raison, en cas de séroconversion pour l'hépatite C, un test de dépistage pour le VIH devrait être répété à douze mois⁹⁹.

4.7.4. Les autres ITSS¹⁰⁰

À la suite d'une **relation sexuelle** comportant un **risque** de transmission d'une **ITSS**, les **dépistages** de l'infection à ***Chlamydia trachomatis***, de la **gonorrhée** et de la **syphilis** devront être offerts à la personne exposée.

Le délai optimal pour le dépistage d'une infection à *Chlamydia trachomatis* est de quatorze jours.

Pour la gonorrhée, si une culture est utilisée, le délai idéal est de sept jours après l'exposition. Une culture effectuée moins de 48 heures après l'exposition pourrait être faussement négative.

Le dépistage de la syphilis doit être offert aux personnes ayant des comportements à risque pour cette infection. Le test est habituellement positif six semaines après l'exposition ou entre une et quatre semaines après l'apparition du chancre.

Les groupes à risque pour la syphilis sont¹⁰⁰ :

- ◆ les personnes en provenance d'une région où la prévalence est élevée;
- ◆ les personnes qui voyagent dans une région où la prévalence est élevée ou qui ont un partenaire sexuel originaire d'une telle région;
- ◆ les travailleurs et les travailleuses du sexe et leurs clients;
- ◆ les HARSAH;
- ◆ les personnes qui ont de multiples partenaires sexuels inconnus.

4.8. Conseils à la personne exposée

Le traitement préventif n'est pas infaillible : il ne constitue pas à lui seul une garantie absolue contre la transmission des infections. La personne exposée doit être **informée des précautions qu'elle doit prendre**, pendant une période de **six mois après l'exposition**, pour éviter de transmettre l'infection.



Ces précautions sont les suivantes:

- ◆ éviter toute relation sexuelle non protégée ou adopter des pratiques sécuritaires pour tous les types de pénétration (anale, vaginale, orale) et utiliser des méthodes barrières ;
- ◆ réduire les méfaits associés à la toxicomanie : éviter de partager le matériel d'injection, recourir à des solutions de rechange à l'injection, cesser de consommer;
- ◆ ne partager ni brosses à dents ni rasoirs;
- ◆ s'abstenir de donner du sang, du plasma, des organes, des tissus ou du sperme;
- ◆ éviter la grossesse et l'allaitement.

Le risque de transmission de l'hépatite C au cours d'une relation sexuelle existe mais est très faible. Si la personne ne veut courir aucun risque, il est recommandé d'éviter tout rapport sexuel ou d'utiliser des condoms. Pour la prévention de l'hépatite C dans un contexte de transmission mère-enfant, il n'y a pas lieu pour l'instant de faire des recommandations particulières en ce qui concerne la grossesse et l'allaitement.

ANNEXES

Annexe 1. Données épidémiologiques pouvant aider à préciser la probabilité que la personne source soit infectée par le VIH (programme de surveillance du VIH⁸)

A. Importance des principales catégories d'exposition, individus porteurs du VIH

EXPOSITION	POURCENTAGE (%)
HARSAH	45
UDI	19
Contact hétérosexuel à risque, pays endémique	16
Contact hétérosexuel à risque, pays non endémique	8,5
HARSAH/UDI	5
Autre	1

Source : MSSS, 2008.

B. Proportion de tests positifs déclarés par origine ethnoculturelle*

49

ORIGINE	POURCENTAGE (%)*
Canada	69,7
Afrique subsaharienne	9,4
Haïti	8,2
Amérique	3,4
Europe	3,1
Inconnue	2,2
Asie	1,2
Afrique du Nord/Moyen-Orient	1
Autochtones	1
Autres	0,9

Source : INSPQ, 2007⁹.

* Cette proportion ne reflète pas la proportion de personnes infectées par le VIH dans chaque catégorie.

C. Prévalence du VHC et du VIH, HARSAH

GROUPE D'ÂGE	HÉPATITE C (%)	VIH (%)
18-29	4,7 %	3,5
30-39	8,2 %	16,2
40-49	4,4 %	19
50-59	4,5 %	14,7
> 60	4,3 %	6,9
TOTAL	5,4 %	12,5
IC 95 %	4,1-7 %	10,5-14,7

Source : G. Lambert et autres, 2006¹⁰.

D. Prévalence du VIH, par âge et par sexe, UDI

ÂGE / SEXE	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N*
< 20	0,4	457	0,2	508	0,3	966
20-24	4,6	503	5	1 071	4,8	1 581
25-29	11,2	340	8,5	1 060	9,3	1 406
30-34	18,8	324	18	1 095	18,2	1 427
35-39	20,5	317	21,7	1 228	21,5	1 553
> = 40	18,3	317	24,7	2 004	23,9	2 330
TOTAL**	11	2 268	15,8	6 988	14,7***	9 523

Source : Réseau SurvUDI, 1995-2005.

* Ces nombres ne reflètent pas le nombre de personnes infectées par le VIH dans chaque catégorie.

** Le total comprend les données manquantes pour le sexe et l'âge.

*** IC 95% : 14,0-15,5.

Le réseau SurvUDI a été implanté au Québec en 1995. Ce réseau fait la surveillance des infections au VIH et au VHC parmi les UDI. La plupart des participants sont recrutés dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile. D'autres sont recrutés, par exemple, dans des centres de détention et des cliniques de désintoxication ou de réhabilitation.

Annexe 2. Risque de transmission du VIH et de l'hépatite C¹⁰¹

		Présence de données		
		NON	OUI (Dans certaines circonstances)	OUI
Potentiel	NON	Aucun risque		
	OUI	Risque négligeable	Risque faible	Risque élevé

Modèle pour évaluer le risque

Hépatite C - Aucun risque

Baiser sans échange de sang; activités sadomasochistes en appliquant les précautions universelles; contact des matières fécales ou de l'urine avec une peau saine; renifler ou fumer une drogue au moyen d'un instrument (tube ou pipe) neuf ou non partagé; tatouage, électrolyse ou acuponcture en appliquant les précautions universelles; scarification au moyen d'instruments neufs ou non partagés; manucure ou pédicure avec un instrument stérilisé, non partagé ou neuf.

Hépatite C - Risque négligeable

Fellation; cunnilingus; anilingus; pénétration digitale; masturbation par un ou une partenaire; activités sadomasochistes; contact des matières fécales ou de l'urine avec une peau abîmée; frottement vulve contre vulve; donner ou recevoir du lait maternel dans la bouche.

VIH - Aucun risque

Baiser sans échange de sang; masturbation sans pénétration; insertion reçue d'un accessoire non partagé; contact des matières fécales ou de l'urine avec une peau saine; injection avec des instruments neufs ou non partagés; renifler ou fumer une drogue au moyen d'un instrument (tube ou pipe) neuf ou non partagé; activités sadomasochistes en appliquant les précautions universelles; tatouage, électrolyse ou acuponcture en appliquant les précautions universelles; manucure et/ou pédicure.

Hépatite C - Risque faible

Pénétration (vaginale, anale ou manuelle); renifler ou fumer une drogue au moyen d'un instrument (tube ou pipe) partagé; manucure ou pédicure avec un instrument non stérilisé; partage de brosses à dents, de rasoirs.

VIH - Risque négligeable

Fellation reçue; cunnilingus reçu; cunnilingus donné avec protecteur; fellation reçue ou donnée, avec condom; anilingus; pénétration digitale ou manuelle; insertion reçue d'un accessoire partagé, avec condom; insertion d'un accessoire désinfecté; activités sadomasochistes; contact des matières fécales ou de l'urine avec une muqueuse, une coupure, une plaie ouverte, une lésion, un ulcère, une brûlure ou une éruption suintante; frottement vulve contre vulve; prendre du lait maternel dans la bouche; renifler ou fumer une drogue au moyen d'un instrument (tube ou pipe) partagé; tatouage, électrolyse ou acuponcture avec un instrument partagé et non désinfecté; combats; partage de brosses à dents, de rasoirs.

Hépatite C - Risque élevé

Injection avec un instrument partagé et/ou non désinfecté (aiguille, seringue ou matériel de préparation); injection avec aiguille, seringue ou matériel de préparation qui est partagé mais désinfecté; perçage, tatouage, électrolyse ou acuponcture avec un instrument partagé, désinfecté ou non; exposition professionnelle.

VIH - Risque élevé

Pénétration vaginale ou anale sans condom; insertion reçue d'un accessoire partagé, sans condom; injection avec une aiguille ou une seringue partagée et/ou non désinfectée.

VIH - Risque faible

Baiser avec échange de sang; fellation donnée sans condom; cunnilingus sans protecteur; pénétration vaginale ou anale avec condom; injection avec aiguille, seringue ou matériel de préparation qui est partagé mais désinfecté; tatouage, électrolyse et acuponcture avec un instrument amateur; prendre du sang dans la bouche; exposition professionnelle.

Annexe 3. Conduite recommandée selon le résultat de l'HBsAg (chez la source d'exposition) après une exposition au virus de l'hépatite B par voie percutanée ou muco-cutanée

PERSONNE EXPOSÉE		SOURCE			
VACCINATION	TAUX D'ANTICORPS ANTI-HBs	AgHBs POSITIF	STATUT SÉROLOGIQUE INCONNU		AgHBs NÉGATIF
			HAUT RISQUE	FAIBLE RISQUE	
VACCINÉE	≥ 10 UI/l	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire
	Non-répondeur* (taux anti-HBs < 10 UI/l après la vaccination)	IgHB**	IgHB**	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire
	Réponse inconnue ou taux anti-HBs < 10 UI/l au moment de l'accident (ou impossible à déterminer dans les 48 heures)	IgHB + dose de rappel du vaccin** ***	IgHB + dose de rappel du vaccin** ***	Aucune mesure nécessaire****	Aucune mesure nécessaire****
NON VACCINÉE	≥ 10 UI/l	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire	Aucune mesure nécessaire
	Taux inconnu à 48 heures ou < 10 UI/l	IgHB + Primo-immunisation** ***	IgHB + Primo-immunisation** ***	Primo-immunisation	Primo-immunisation
VACCINÉE PARTIELLEMENT	≥ 10 UI/l	Compléter vaccination	Compléter vaccination	Compléter vaccination	Compléter vaccination
	Taux inconnu à 48 heures ou < 10 UI/l	IgHB + Compléter vaccination** ***	IgHB + Compléter vaccination** ***	Compléter vaccination	Compléter vaccination

Adaptation de D. Blais et C. Laferrière, *Protocole test-exposition appliqué à la pédiatrie*, CHU Sainte-Justine, 2006.

* Non répondeur après une deuxième série vaccinale.

** Immunoglobulines contre l'hépatite B (minimum : 0,06 ml/kg ou 0,5 ml; maximum : 5ml par site d'injection) administrées de préférence dans les 48 heures qui suivent l'exposition. L'efficacité décroît avec le temps et elle est inconnue pour un délai supérieur à sept jours.

*** Doser les anti-HBs six mois après avoir reçu l'IgHB et suivre le Protocole d'immunisation du Québec pour les résultats.

**** Si anti-HBs < 10, profiter de l'occasion pour administrer une dose de rappel. Suivre le Protocole d'immunisation du Québec pour les résultats.

LIEN INTERNET DU PROTOCOLE D'IMMUNISATION DU QUÉBEC (PIQ)
www.msss.gouv.qc.ca/documentation - section Publications

Annexe 4. Profil de la clientèle des centres désignés pour agressions sexuelles

	ENFANTS ET ADOLESCENTS	ADULTES
AGRESSEUR CONNU	83 %	55 %
AGRESSEUR UNIQUE	88 %	81 %
AGRESSION UNIQUE	66 %	88 %
VICTIME AVEC PROBLÈMES :		
SANTÉ MENTALE	10-18 %	28 %
SOCIOFAMILIAUX	50 %	
EN CENTRE DE RÉADAPTATION	20 %	
TOXICOMANIE	15 %	20 %
SUSPICION D'INGESTION INVOLONTAIRE DE SUBSTANCES	13 %	19 %
VICTIME ANTÉRIEUREMENT	12 %	35 %
S'EST PRÉSENTÉ < 24 H		56 %
S'EST PRÉSENTÉ < 72 H		75 %

Source : Harper, Elizabeth, et Gravel, Sylvie. *État de la situation des centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, Rapport CRI-VIFF*, Université de Montréal, août 2005, 53 p.

ANNEXE 5. LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES ADOLESCENTES D'AGRESSION SEXUELLE : RÉSULTATS D'UN CENTRE DÉSIGNÉ POUR L'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE (CHU SAINTE-JUSTINE)

Entre 1992 et 2005, 1 504 garçons et filles âgés entre 11 et 19 ans ont consulté au centre désigné du CHU Sainte-Justine à la suite d'une agression sexuelle⁵⁴. La grande majorité des victimes, soit 92,4 % (n = 1 389), sont des filles. La majorité des victimes ont entre 12 et 17 ans, pour un âge moyen de 14,5 ans; elles connaissaient leur agresseur dans une proportion de 75 %. Il y a eu pénétration vaginale dans 69 % des cas et pénétration anale dans 14 % des cas. Des lésions génitales ou anales ont été notées chez 9,4 % des victimes (des lésions vaginales pour 3,8 %). Chez 15 % des victimes, les gestes commis étaient des attouchements, donc sans risque de transmission d'ITSS.

Au centre désigné du CHU Sainte-Justine, le protocole de tests pour ITSS implique, au cours de la première consultation, un dépistage sérologique (VIH, hépatite B, syphilis) et par cultures ou PCR (gonorrhée, chlamydia et trichomonase). Dans le cas des agressions récentes, les cultures et les PCR sont effectués de nouveau deux semaines plus tard, et les sérologies le sont trois mois plus tard. Quatre-vingts (6,3 %) des victimes testées avaient une ITSS; il s'agissait de la chlamydia pour 59 d'entre elles. Les autres ITSS étaient les condylomes (n = 10), la trichomonase (n = 6), l'hépatite B (n = 3), l'herpès (n = 1) et la gonorrhée (n = 1). La plupart de ces 80 cas d'ITSS ne sont probablement pas attribuables à l'agression sexuelle. Au moment de l'agression, 70 % des victimes étaient déjà sexuellement actives, et un certain nombre d'entre elles étaient déjà infectées, mais n'avaient pas été dépistées. De fait, pour 37 des 59 victimes atteintes de chlamydia, le test de dépistage a été effectué dans les 48 heures suivant l'agression. C'est aussi le cas de deux des trois sérologies positives pour hépatite B; pour la troisième, il s'agit d'une séroconversion à trois mois, à la suite d'une agression sexuelle qui a eu lieu dans un pays endémique. Au total, 70 % des victimes dites à risque (pénétration orale, vaginale ou anale) ont eu une sérologie à trois mois. Aucune sérologie VIH ou syphilis n'était positive.

Source : Egedy, Maud, et autres. *Sexual Transmitted Infection (STI) post sexual assault in an adolescent population: a 13-years retrospective study*, 15th Canadian HIV/Aids Research Conference, Québec, 25-28 mai 2006, abrégé 348.

ANNEXE 6. FEUILLETS D'INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS

TRUVADA^{MD}

Se présente sous la forme de comprimés combinant 300 mg de ténofovir (TDF) avec 200 mg d'emtricitabine (FTC)

Comment ce médicament agit-il ?

Le Truvada^{MD} est l'association de deux antirétroviraux, le ténofovir et l'emtricitabine, qui empêchent la multiplication du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite B (VHB). Cette association fait partie d'une classe de médicaments appelée « inhibiteurs de la transcriptase inverse », et qui agissent en inhibant une enzyme appelée « transcriptase inverse ». Le virus a besoin de cette enzyme pour se multiplier dans l'organisme. Le Truvada^{MD} est utilisé avec d'autres antirétroviraux afin de retarder la progression de la maladie et réduire le risque d'apparition de diverses infections opportunistes (infections reliées au sida). Ce médicament ne guérit pas le sida et n'élimine pas le virus. Vous risquez toujours de transmettre le VIH, soit par contact sexuel, soit par contact avec le sang. Vous devez donc constamment prendre les précautions nécessaires (utilisation du condom en latex, de seringues propres, etc.). Les femmes fertiles doivent utiliser une méthode de contraception adéquate.

Comment prendre ce médicament ?

Un comprimé une fois par jour, avec ou sans nourriture.

J'ai oublié une dose !

Le jour de la dose oubliée : prenez cette dose dès que possible et continuez votre traitement selon l'horaire prévu. Le lendemain de la dose oubliée : laissez tomber cette dose et continuez selon l'horaire prévu. Autrement dit, vous ne devez pas prendre deux comprimés le même jour.

Puis-je prendre le Truvada^{MD} avec mes autres médicaments ?

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un médicament sur ordonnance, un médicament en vente libre, un produit naturel ou même une drogue à usage récréatif. Par ailleurs, les anti-inflammatoires tels que Motrin^{MD}, Advil^{MD} et Aspirine^{MD} peuvent

augmenter le risque de toxicité rénale. Parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien si vous désirez prendre ces médicaments.

Quels sont les effets indésirables du Truvada^{MD} ?

<p>Effets normaux qui disparaîtront spontanément ou qui peuvent être facilement traités :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ fatigue, maux de tête;◆ difficulté à trouver le sommeil;◆ symptômes digestifs tels que perte d'appétit, nausées, diarrhée légère, gaz intestinaux.	<p>Effets pour lesquels vous devriez communiquer avec votre médecin :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ rash (rougeur sur la peau);◆ douleur au niveau des os (si vous avez des antécédents de troubles osseux, informez-en votre médecin);◆ hyperpigmentation des paumes et de la plante des pieds;◆ décoloration de la peau (petites taches ou taches de rousseur).
<p>CONTINUEZ LE TRAITEMENT</p>	<p>CONTINUEZ LE TRAITEMENT</p>
<p>Communiquez IMMÉDIATEMENT avec votre médecin si vous ressentez les effets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ acidose lactique (douleur à l'estomac accompagnée de nausées et de vomissements);◆ douleur musculaire inhabituelle;◆ faiblesse ou grande fatigue;◆ rythme cardiaque rapide ou irrégulier et sensation de froid (aux bras et aux jambes);◆ vertiges ou étourdissements.	

Suivi médical

Le ténofovir peut occasionner une toxicité rénale chez certaines personnes. Par des prises de sang régulières, votre médecin surveillera le fonctionnement de vos reins.

Puis-je prendre de l'alcool avec le Truvada^{MD} ?

Les boissons alcoolisées (bière, vin et spiritueux) peuvent interagir avec certains de vos médicaments, dont le Truvada^{MD}. Il est donc recommandé d'éviter la consommation excessive ou régulière d'alcool. Cependant, évitez de « sauter » une dose de médicament parce que vous désirez prendre une boisson alcoolisée. À moins d'avis contraire de votre médecin, une consommation raisonnable (sociale) d'alcool ne devrait pas nuire à votre état de santé.

Grossesse et allaitement

On ne connaît pas encore les effets du Truvada^{MD} chez la femme enceinte. Si vous êtes enceinte ou désirez l'être, et voulez prendre du Truvada, le mieux est d'en discuter avec votre médecin. Comme le VIH peut être transmis par le lait maternel, l'allaitement n'est pas recommandé chez la femme infectée par le virus.

Mode de conservation

Le Truvada^{MD} doit être conservé dans un endroit sec, à la température ambiante (15 à 30 °C, ou 59 à 86 °F); évitez les endroits humides, comme la salle de bains.

KALETRA^{MD}

Se présente sous la forme de comprimés combinant 200 mg de lopinavir (LPV) avec 50 mg de ritonavir (RTV)

Comment ce médicament agit-il ?

Le Kaletra^{MD} est l'association de deux antirétroviraux, le lopinavir et le ritonavir, qui empêchent la multiplication du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ils font partie d'une classe de médicaments appelée « inhibiteurs de la protéase virale ».

Le Kaletra^{MD} est utilisé le plus rapidement possible après une exposition au VIH, avec d'autres antirétroviraux, afin d'empêcher le virus de se propager dans l'organisme et ainsi, éviter une infection.

Comment prendre ce médicament ?

Deux comprimés deux fois par jour, aux douze heures, avec ou sans nourriture.

Il est important de prendre le Kaletra^{MD} de façon régulière, aux mêmes heures chaque jour, et de respecter l'horaire établi le plus fidèlement possible.

J'ai oublié une dose !

Prenez la dose oubliée dès que possible et poursuivez votre traitement selon l'horaire que vous avez établi.

Cependant, s'il est presque temps de prendre la prochaine dose, prenez seulement cette dose, selon l'horaire établi.

Ne prenez pas une double dose pour compenser la dose oubliée.

Quels sont les effets indésirables de ce médicament ?

Les symptômes gastro-intestinaux (diarrhée, selles molles, douleurs abdominales et nausées), la sensation de fatigue ou de faiblesse et les maux de tête sont les effets indésirables les plus fréquents.

Si ceux-ci se manifestent et persistent, consultez un professionnel de la santé (pharmacien, infirmière, médecin ou nutritionniste) afin de trouver des moyens de composer avec ces effets indésirables ou de les contrer.

Par des prises de sang régulières, votre médecin surveillera l'effet du Kaletra^{MD} dans votre sang.

Avisez votre médecin et votre pharmacien de tout effet indésirable qui vous incommode.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte, si vous désirez l'être ou si vous allaitez, avisez-en votre médecin avant de prendre le Kaletra^{MD}.

Puis-je prendre le Kaletra^{MD} avec mes autres médicaments ?

Contraceptifs oraux (pilule contraceptive)

Le Kaletra^{MD} peut diminuer l'efficacité des contraceptifs oraux. *Il est recommandé de recourir à des moyens de protection supplémentaires, tels que le condom en latex.*

Millepertuis (St. John's wort)

Le millepertuis peut diminuer l'efficacité du Kaletra^{MD}, voire rendre le virus résistant à ce médicament.

Ne prenez pas de millepertuis avec le Kaletra^{MD}!

Sildenafil (Viagra^{MD}), tadalafil (Cialis^{MD}), vardenafil (Levitra^{MD})

Le Kaletra^{MD} peut augmenter le risque d'effets indésirables de ces médicaments.

De plus, il peut interagir avec plusieurs autres médicaments et drogues de rue (ex. : valium, ecstasy, etc.).

Le Kaletra^{MD} peut augmenter l'effet du fentanyl (Duragesic^{MD}) et occasionner des effets secondaires sérieux. Avisez immédiatement votre médecin si vous prenez du Duragesic^{MD} car avec le Kaletra^{MD}, sa dose doit être diminuée. Il se peut aussi que le Duragesic^{MD} doive être remplacé par un autre médicament.

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un nouveau médicament sur ordonnance, un médicament en vente libre, un produit naturel ou même une drogue à usage récréatif.

Puis-je prendre de l'alcool avec le Kaletra^{MD} ?

Évitez la consommation excessive ou régulière de boissons alcoolisées (bière, vin et spiritueux), car elle peut augmenter le risque d'hépatite (inflammation du foie) ou interagir avec certains de vos médicaments.

Cependant, évitez de « sauter » une dose de médicament parce que vous désirez prendre une boisson alcoolisée. À moins d'avis contraire de votre médecin, une consommation raisonnable (deux verres par jour) et occasionnelle d'alcool ne devrait pas nuire à votre traitement.

Mode de conservation

Les comprimés de Kaletra^{MD} doivent être conservés dans un endroit sec, à la température ambiante (entre 15 et 30 °C).

Gardez hors de la portée des enfants.

Conseils généraux

Pour ne pas transmettre l'infection, il vous faudra, dans les six mois suivant l'exposition :

- ◆ éviter tout rapport sexuel ou toujours utiliser des condoms;
- ◆ éviter la grossesse;
- ◆ vous abstenir d'allaiter;
- ◆ vous abstenir de donner du sang, du plasma, des organes, des tissus ou du sperme.

Et en tout temps : ne partagez ni brosses à dents, ni rasoirs, ni seringues.

En ce qui concerne votre condition de santé générale, soyez fidèle à vos rendez-vous avec le médecin et l'équipe soignante afin qu'ils puissent vous suivre étroitement.

COMBIVIR^{MD}

Se présente sous la forme de comprimés combinant 150 mg de lamivudine (3TC) avec 300 mg de zidovudine (ZDV)

Comment ce médicament agit-il ?

Le Combivir^{MD} est la combinaison de deux antirétroviraux, la lamivudine et la zidovudine, qui empêchent la multiplication du VIH. Il est utilisé le plus rapidement possible après une exposition au VIH afin d'empêcher le virus de se propager dans l'organisme et ainsi, éviter une infection. Le Combivir^{MD} ne prévient pas de façon certaine l'infection à VIH. Vous risquez toujours de transmettre le VIH, soit par contact sexuel, soit par contact avec le sang. Vous devez donc continuer de prendre les précautions nécessaires (utiliser le condom, ne pas partager les seringues).

Comment prendre ce médicament ?

Un comprimé deux fois par jour, avec ou sans nourriture. Il est important de prendre le Combivir^{MD} de façon régulière, aux mêmes heures chaque jour, et de respecter l'horaire établi le plus fidèlement possible.

J'ai oublié une dose !

Prenez la dose oubliée dès que possible et continuez votre traitement selon l'horaire prévu. Cependant, s'il est presque temps de prendre la prochaine dose, laissez tomber la dose oubliée et continuez selon l'horaire prévu. Ne prenez pas une double dose pour compenser la dose oubliée.

Quels sont les effets indésirables de ce médicament ?

Les symptômes gastro-intestinaux (diarrhée, selles molles, douleurs abdominales et nausées), les maux de tête et l'insomnie sont les effets indésirables les plus fréquents.

Si vous croyez souffrir d'anémie, communiquez avec votre médecin mais continuez toutefois à prendre le médicament.

Si vous croyez souffrir d'acidose lactique (nausées, vomissements, douleurs à l'estomac, perte de poids, grande fatigue et difficulté à respirer) ou de pancréatite (douleurs abdominales, nausées, vomissements), **communiquez immédiatement avec votre médecin.**

Grossesse et allaitement

Les effets du Combivir^{MD} chez la femme enceinte sont encore inconnus. Si vous êtes enceinte ou désirez l'être, et voulez prendre ce médicament, discutez-en avec votre médecin. L'allaitement n'est pas recommandé chez la femme infectée par le VIH.

Puis-je prendre le Combivir^{MD} avec mes autres médicaments ?

Consultez votre médecin ou votre pharmacien car le Combivir^{MD} a des interactions avec de nombreux médicaments et produits naturels, et même avec des drogues à usage récréatif.

Puis-je prendre de l'alcool avec le Combivir^{MD} ?

La consommation régulière d'alcool peut endommager votre foie, surtout si vous êtes porteur de l'hépatite. Une consommation raisonnable ne devrait pas nuire à votre santé. Cependant, évitez de « sauter » une dose de médicament parce que vous consommez de l'alcool ou de la drogue.

Mode de conservation

- ◆ Les comprimés de Combivir^{MD} doivent être conservés dans un endroit sec, entre 2 et 30 °C.
- ◆ Garder hors de la portée des enfants.

Conseils généraux

Soyez fidèle à vos rendez-vous avec le médecin et l'équipe soignante afin que l'on puisse suivre votre état de santé même si vous n'avez pas de symptômes.

Annexe 7. Les antirétroviraux

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)

	COMBIVIR^{MD} (LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE)	TRUVADA^{MD} (EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR)
PRÉSENTATION	Comprimés : 150 mg de lamivudine et 300 mg de zidovudine Ou Séparément pour la pédiatrie Lamivudine Comprimés : 100-150 et 300 mg Solution orale : 10 mg/ml Zidovudine Comprimés : 100 mg Solution orale : 10 mg/ml	Comprimés : 200 mg d'emtricitabine et 300 mg de ténofovir
COÛT MENSUEL (SANS LES HONORAIRES PROFESSIONNELS)	570 \$	750 \$
POSOLOGIE ADULTE	1 co BID Avec ou sans nourriture	1 co DIE Avec ou sans nourriture
AJUSTEMENT DE LA DOSE	Nécessite un ajustement en présence d'une fonction rénale altérée (clairance de la créatinine < 50). La lamivudine et la zidovudine devront alors être données séparément	Nécessite un ajustement en présence d'une fonction rénale altérée (clairance de la créatinine < 50)
POSOLOGIE PÉDIATRIQUE	Le Combivir ^{MD} ne peut être utilisé chez les enfants Il faut prendre la lamivudine et la zidovudine séparément Pour les enfants de moins de 12 ans et ≤ 50 kg Lamivudine (3TC) : 2 mg/kg BID (maximum : 150 mg BID) Zidovudine (Retrovir^{MD}) : 120 à 160 mg/m ² TID. Certains experts recommandent entre 180 et 240 mg/m ² BID (maximum : 200 mg TID ou 300 mg BID)	Non approuvé chez l'enfant

	COMBIVIR^{MD} (LAMIVULINE/ZIDOVUDINE)	TRUVADA^{MD} (EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR)
E FFETS INDÉSIRABLES	<p>Effets généraux : Asthénie, myalgies, céphalées et insomnie</p> <p>Effets gastro-intestinaux : Anorexie, nausées/vomissements, douleurs abdominales, diarrhée</p> <p>Effets hématologiques : Anémie et neutropénie (rarement)</p>	<p>Généralement bien toléré</p> <p>Effets généraux : Asthénie, céphalées</p> <p>Effets gastro-intestinaux : Nausées, vomissements, diarrhée, flatulences, anorexie, douleurs abdominales</p> <p>Effets rénaux : Des atteintes rénales, dont des cas d'insuffisance rénale aiguë et des syndromes de Fanconi (atteinte du tubule rénal proximal avec hypophosphatémie grave), ont été rapportées pour le ténofovir. Certains cas seraient survenus chez des patients avec une atteinte rénale sous-jacente ou présentant une condition médicale qui augmente le risque d'atteinte rénale</p>
G ESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES	<p>Encouragements car les effets indésirables tendent à diminuer et à disparaître avec le temps</p> <p>Les céphalées et myalgies peuvent être soulagées avec la prise d'acétaminophène ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)</p> <p>Pour prévenir les effets gastro-intestinaux : suggérer de prendre le Combivir^{MD} au milieu ou à la fin d'un repas</p> <p>Les conseils nutritionnels, le Gravo^{MD} et l'Imodium^{MD} peuvent parfois être utiles</p> <p>Faire un suivi de la FSC et enseigner les signes et symptômes d'anémie (essoufflement, anorexie, pâleur de la peau, fatigue ou faiblesse inhabituelle, etc.)</p>	<p>Encouragements car les effets indésirables tendent à diminuer et à disparaître avec le temps</p> <p>Les céphalées peuvent être soulagées avec la prise d'acétaminophène</p> <p>Pour prévenir les effets gastro-intestinaux : suggérer de prendre le médicament au milieu ou à la fin d'un repas</p> <p>Les conseils nutritionnels, le Gravo^{MD} et l'Imodium^{MD} peuvent parfois être utiles</p> <p>Suivi de la créatinine sérique</p>
I NTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	<p>Agents hématotoxiques : sulfamidés, ganciclovir, certains antinéoplasiques, etc.</p> <p>Faire une histoire médicamenteuse complète et conseiller de consulter le médecin ou le pharmacien avant de prendre un nouveau médicament</p>	<p>Éviter d'utiliser le ténofovir avec des agents néphrotoxiques : aminosides, foscarnet, vancomycine, amphotéricine B, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), etc.</p> <p>À éviter, ou exercer un suivi étroit de la fonction rénale</p> <p>Faire une histoire médicamenteuse complète et conseiller de consulter le médecin ou le pharmacien avant de prendre un nouveau médicament</p>

	COMBIVIR^{MD} (LAMIVULINE/ZIDOVDINE)	TRUVADA^{MD} (EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR)
CONSERVATION	<p>Combivir^{MD} : dans un endroit sec, à la température ambiante, entre 2 et 30 °C</p> <p>3TC, comprimés : dans un endroit sec, entre 2 et 30 °C</p> <p>3TC, solution orale : dans un endroit sec, entre 2 et 25 °C</p> <p>Retrovir^{MD}, capsules et solution orale : dans un endroit sec, entre 2 et 25 °C</p>	<p>Dans un endroit sec, entre 15 et 30 °C</p>

Note : En raison du manque de données chez la femme enceinte et d'effets potentiels sur le fœtus, l'utilisation du ténofovir doit être considérée après les autres options thérapeutiques.

Inhibiteurs de la protéase virale (IP)

	KALETRA^{MD} (LOPINAVIR/RITONAVIR/R)
PRÉSENTATION	Comprimés de 200 mg/50 mg (lopinavir/ritonavir) ou Solution orale de 80 mg/ml et 20 mg/ml de lopinavir et ritonavir
COÛT MENSUEL (SANS LES HONORAIRES PROFESSIONNELS)	593 \$
POSOLOGIE ADULTE	2 co de 200/50 mg BID Avec ou sans nourriture Note : La solution orale doit être prise avec de la nourriture
AJUSTEMENT DE LA DOSE	Utiliser avec précaution en présence d'une insuffisance hépatique
POSOLOGIE PÉDIATRIQUE INDIQUÉ CHEZ LES ENFANTS PESANT AU MOINS 15 KG (OU DONT LA SURFACE CORPORELLE EST D'AU MOINS 0.6M²)	6 mois à 12 ans Poids 7 à < 15 kg : 12 mg/kg BID 7 à 10 kg : 1,25 mL BID >10 à <15 kg : 1,75 mL BID Comprimés non recommandés Poids 15 à 40 kg : 10 mg/kg 15 à 20 kg : 2,25 mL ou 2 co 100/25 mg BID >20 à 25 kg : 2,75 mL ou 2 co 100/25 mg BID >25 à 30 kg : 3,50 mL ou 3 co 100/25 mg BID >30 à 35 kg : 4,00 mL ou 3 co 100/25 mg BID >35 à 40 kg : 4,75 mL ou 4 co 100/25 mg ou 2 co 200/50 mg BID Poids > 40 kg : posologie adulte 2 comprimés à 200/50 mg ou 4 co 100/25 mg BID 5 ML BID Note : la solution orale doit être prise avec nourriture Les comprimés peuvent être pris avec ou sans nourriture.
EFFETS INDÉSIRABLES	Effets gastro-intestinaux : Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, flatulences
GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES	Encouragements car les effets indésirables tendent à diminuer et à disparaître avec le temps Pour prévenir les effets gastro-intestinaux : suggérer de prendre le médicament au milieu ou à la fin d'un repas Les conseils nutritionnels, le Graval ^{MD} et l'Imodium ^{MD} peuvent parfois être utiles
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	Le Kaletra ^{MD} est métabolisé par le foie (CYP 3A4) Il est un inhibiteur du CYP 3A4 et 2D6, un inducteur du CYP 1A2, 2C9, 2C19 et 2B6, ainsi qu'un inducteur de la glucoronyltransférase De nombreuses interactions peuvent se produire Il faut faire une histoire médicamenteuse complète (médicaments prescrits, médicaments en vente libre, produits naturels, drogues à usage récréatif, etc.) afin de détecter les interactions médicamenteuses possibles. On pourra aussi consulter les sites Internet suivants, qui sont des sources fiables : [www.tthhivclinic.com] [www.hiv-druginteractions.org] [www.guidetherapeutiqueVIH.com] [www.hopkins-hivguide.org] [www.hivinsite.com] [www.medscape.com/druginfo/druginterchecker] www.hivpharmacology.com [www.clinicaloptions.com]

Principales classes et principaux médicaments métabolisés par le CYP 3A4, ou pouvant interférer avec lui :

Benzodiazépines et zopiclone (Imovane^{MD})
Bloqueurs des canaux calciques
Anti-arythmiques
Antifongiques
Corticostéroïdes
Fentanyl (prudence extrême si association avec des inhibiteurs de la protéase virale car un cas de décès a été rapporté à Santé Canada)
Inhibiteur de la phosphodiesterase 5 (tadalafil, vardenafil, sildenafil)
Antidépresseurs (trazodone, sertraline, nefazodone, desipramine...)
Hypolipidémiants oraux
Clarithromycine (Biaxin^{MD})
Rifabutine (Mycobutin^{MD}), rifampicine
Cannabinoïdes
Immunosuppresseurs
Carbamazépine (Tegretol^{MD})
Phénytoïne (Dilantin^{MD})
Quinidine
Testostérone
Dérivés de l'ergotamine
Quétiapine (Seroquel^{MD})
Warfarine

Principales classes et principaux médicaments métabolisés par le CYP 2D6 :

Antidépresseurs (certains)
Antipsychotiques
Narcotiques
Bêta-Bloqueurs
Dextrométhorphan
Trazodone

Principales classes et principaux médicaments métabolisés par le CYP 2C9 ou pouvant interférer avec lui :

Warfarine
Phénytoïne
Voriconazole
AINS (diclofenac, ibuprofène, naproxen)

Principales classes et principaux médicaments métabolisés par le CYP 2C19 ou pouvant interférer avec lui :

IPP (oméprazole, lansoprazole, rabéprazole, pantoprazole)
Méthadone
Phénytoïne
Warfarine

Principales classes et principaux médicaments métabolisés par le CYP 1A2 ou pouvant interférer avec lui :

Théophylline
Clozapine
Halopéridol
Fluvoxamine
Warfarine
Zolmitriptan
Diazépam

Les principales classes et médicaments métabolisés par le 2B6 :

Bupropion (Zyban^{MD} ou Wellbutrin^{MD})
Mépéridine
Cyclophosphamide
Ifosphamide
Propofol
Nicotine

<p>INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES</p>	<p>Les principaux médicaments conjugués : Contraceptifs oraux Acide valproïque Lamotrigine Lévothyroxine Atovaquone Exemples de médicaments influencés par la P-gp : digoxine, tacrolimus</p>
<p>CONSERVATION</p>	<p>Comprimés : dans un endroit sec, à la température ambiante, entre 15 et 30 °C. Solution orale : au réfrigérateur, entre 2 et 8 °C.</p>

Annexe 8. Régions endémiques

Une région endémique est définie comme une région qui affiche une prévalence de 1 % ou plus chez les adultes (15-49 ans) et qui présente l'une des caractéristiques suivantes :

- ◆ 50 % ou plus des cas d'infection par le VIH sont attribuables à une transmission hétérosexuelle;
- ◆ le ratio homme-femme est de 2 pour 1 ou moins;
- ◆ la prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux est de 2 % ou plus.



Source : Agence de la santé publique du Canada, 2007. Voir aussi, sur le même sujet : ONUSIDA, et Organisation mondiale de la Santé, Le point sur l'épidémie de sida. Rapport spécial sur la prévention du VIH, Genève, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2007, 52 p.

ANNEXE 9. LE SUJET INQUIET DE SON ÉTAT DE SANTÉ (SANS DIAGNOSTIC) OU LE BIEN-PORTANT INQUIET

Il pourra arriver au clinicien d'être en présence d'un patient pour qui il n'y a aucune raison d'amorcer une PPE anti-VIH, puisque celui-ci n'a pas eu de comportement à risque, mais qui se montre anxieux et insiste pour être traité. Le clinicien se trouve alors dans la situation où il doit offrir un traitement non pas en raison du risque de transmission du VIH, mais pour soulager l'anxiété du patient, qui pourrait bien être ce que Garfield a appelé le *worried well*¹⁰², ou « bien-portant inquiet ».

Le *worried well* a été particulièrement étudié auprès des personnes vivant avec le VIH, et ce, surtout au début de la pandémie. Le terme renvoyait d'abord à une catégorie indifférenciée d'individus anxieux au regard de la maladie et qui avaient de la difficulté à contenir leurs craintes face à un diagnostic éventuel de VIH. Puis les auteurs en vinrent rapidement à distinguer deux sous-groupes de *worried well* :

- ◆ les individus ayant des préoccupations légitimes et qui peuvent être rassurés par les faits et les résultats des tests;
- ◆ les individus qui ne sont pas rassurés par les informations médicales, les faits et les résultats des tests.

D'où l'importance, pour le clinicien, de prendre le temps de bien expliquer les raisons de l'absence de traitement au patient, de le rassurer et d'offrir un véritable counseling. Le clinicien répondra alors aux inquiétudes du patient, démontrera à celui-ci qu'il n'a pas de comportements à risque et lui signifiera clairement l'inopportunité d'un traitement anti-VIH. Si, malgré ce counseling, le patient demeure anxieux et n'est pas rassuré par les informations médicales et les faits, on doit songer à un diagnostic de « sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic) », ou *worried well*.

Dans ce dernier cas, une évaluation doit être faite en vue d'établir un diagnostic psychologique et d'offrir le traitement adéquat.

Les individus souffrant d'un tel trouble présentent les symptômes suivants :

- ◆ anxiété (modérée à extrême);
- ◆ ruminations;
- ◆ sentiment de culpabilité;
- ◆ pensées obsessionnelles intrusives;
- ◆ inquiétudes somatiques vagues;
- ◆ idées délirantes;
- ◆ incapacité à être rassuré;
- ◆ possibles antécédents psychiatriques.

Très souvent, ces personnes cherchent à repasser les tests à de multiples reprises afin de se rassurer, mais en vain. Ils demeurent anxieux, préoccupés par cette possibilité d'être infectés, bien qu'ils n'aient pas d'antécédents de comportements à risque. Cependant, ils ont souvent des antécédents hypocondriaques ou de symptômes obsessifs-compulsifs, ou présentent un trouble d'anxiété généralisé.

Dans de tels cas, on doit songer aux conditions diagnostiques suivantes :

- ◆ trouble obsessionnel-compulsif (TOC);
- ◆ trouble d'adaptation avec humeur anxieuse;
- ◆ trouble délirant (paranoïde);
- ◆ hypochondrie;
- ◆ trouble factice;
- ◆ troubles somatoformes.

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

3TC	Lamivudine
AgHBe	Antigène HBe
AgHBs	Antigène HBs
ARN	Acide ribonucléique
ATV	Atazanavir
BID	Deux fois par jour
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CDC	Centers for Disease Control
DIE	Une fois par jour
FPV	Fosamprénavir
HAART	Highly active antiretroviral therapy (Thérapie antirétrovirale hautement active)
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IgHB	Immunoglobuline hyperimmune contre l'hépatite B
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de la protéase
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPV	Lopinavir
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PPE	Prophylaxie postexposition
RTV	Ritonavir
SQV	Saquinavir
TDF	Ténofovir
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIS	Virus de l'immunodéficience simienne
ZDV	Zidovudine

RÉFÉRENCES

1. D.K. SMITH, et autres. « Antiretroviral post exposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other non occupational exposure to HIV in the United States », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, n°RR02, janvier 2005, p. 1-20.
2. J. ALMEDA, et autres. « Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe », *Eurosurveillance*, vol. 9, n°6, juin 2004, p. 35-40.
3. P. VENTEZZA, et autres. « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 89, n°5, 2008, p. 165-170.
4. S.D. PINKERTON, et autres. « Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus », *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, n°1, janvier 2004, p. 46-54.
5. B. JOHNSTON, et J. CONLY. « Point-of-care testing for HIV: HIV counselling and testing », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 13, n°2, mars 2002, p. 85-88.
6. B. VARGHESE, et autres. « Reducing the risk of sexual HIV transmission », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, n°1, janvier 2002, p. 38-43.
7. C.C. TSAI, et autres. « Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-Phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment », *Journal of Virology*, vol. 72, n°5, mai 1998, p. 4265-4273.
8. D. CARDO, et autres. « A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure », *The New England Journal of Medicine*, vol. 337, n°21, novembre 1997, p. 1485-1490.
9. R. BITERA, et autres. *Programme de surveillance de l'infection (PSI) par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2006*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 93 p.
10. G. LAMBERT, et autres. « Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les ITSS ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes », *Arbus 2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 4 p.
11. J.P. GRUND, et autres. « Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens », *Social Science & Medicine*, vol. 42, n°5, mars 1996, p. 691-703.
12. B. BROGLY, et autres. « Risk behaviour change and HIV infection among injection drug users in Montreal », *AIDS*, vol. 14, n°16, novembre 2000, p. 2575-2582.
13. J. WATTERS. « Impact of HIV risk and infection and the role of prevention services », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 13, n°5, septembre-octobre 1996, p. 375-385, discussion p. 439.
14. J. BINOY, et autres. « Syringe-mediated drug-sharing (backloading): A new risk factor for HIV among injection drug users », *AIDS*, vol. 7, n°12, décembre 1993, p. 1653-1660.
15. D. PATRICK, et autres. « Determinants of HIV seroconversion in injection drug users during a period of rising prevalence in Vancouver », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 8, n°7, juillet 1997, p. 437-445.
16. C. BOILEAU, et autres. « A prognostic model for HIV seroconversion among injection drug users as a tool for stratification in clinical trials », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 39, n°4, août 2005, p. 489-495.
17. E. ROY, et autres. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection. Épidémiologie du VHC de 1997 à 2003 : un regard rétrospectif*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 16 p.
18. A. WEBER, et autres. « Sex trade involvement and rates of human immunodeficiency virus positivity among young gay and bisexual men », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, n°6, décembre 2001, p. 1449-1454.

RÉFÉRENCES

19. T.M. GROOM, et R. NANDWANI. « Characteristics of men who pay for sex: a UK sexual health clinic survey », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, n°5, octobre 2006, p. 364-367.
20. E. CLAYDON, et autres. « Rape and HIV », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 2, n°3, mai-juin 1991, p. 200-201.
21. J. ALBERT, et autres. « Analysis of a rape case by direct sequencing of the human immunodeficiency virus type 1 pol and gag genes », *Journal of Virology*, vol. 68, n°9, septembre 1994, p. 5918-5924.
22. S. MURPHY, et autres. « Rape and subsequent seroconversion to HIV », *British Medical Journal*, vol. 299, n°6701, p. 718.
23. M.L. LINDEGREN, et autres. « Sexual abuse of children: Intersection with the HIV epidemic », *Pediatrics*, vol. 102, n°4, octobre 1998, p. e46.
24. A. SPAULDING, et autres. *HIV seroprevalence in male sexual offenders in Rhode Island: Implications for post-exposure prophylaxis*, 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 4-8 février 2001, abrégé n°229.
25. Communication personnelle du D^r Jean-Yves Frappier, 2007.
26. T. MASTRO, et I. DE VINCENZI. « Probabilities of sexual HIV-1 transmission », *AIDS*, vol. 10, 1996. suppl. A, p. S75-S82.
27. C. PILCHER, et autres. « Brief but efficient: Acute HIV infection and the sexual transmission of HIV », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 189, n°10, mai 2004, p. 1785-1792.
28. M.S. COHEN, et C.D. TILCHER. « Amplified HIV transmission and new approaches to HIV prevention », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, n°9, mai 2005, p. 1391-1393.
29. B. BRENNER, et autres. « High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 195, n°7, avril 2007, p. 951-959.
30. T. QUINN, et autres. « Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 », *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, n°13, mars 2000, p. 921-929.
31. G.R. LORELLO, et autres. « When it comes to HIV transmission, can antiretrovirals replace condoms? », 17th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, 24-27 avril 2008, abrégé n°O062.
32. R.A. ROYCE, « Sexual transmission of HIV », *The New England Journal of Medicine*, vol. 336, n°15, avril 1997, p. 1072-1078.
33. S. CHU, et autres. « Female-to-female sexual contact and HIV transmission », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 272, n°6, août 1994, p. 433.
34. P. BEVIER, et autres. « Women at a sexually transmitted disease clinic who reported same-sex contact: Their HIV seroprevalence and risk behaviors », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n°10, octobre 1995, p. 1366-1371.
35. H. KWAKWA. « Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 36, n°3, février 2003, p. e40-41.
36. K. RICHMAN, et L. RICKMAN. « The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 6, n°4, avril 1993, p. 402-406.
37. K. FETHERS, et autres. « Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 76, n°5, octobre 2000, p. 345-349.
38. C. VANDELLI, et autres. « Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: Results of a 10-year prospective follow-up study », *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 99, n°5, mai 2004, p. 855-859.
39. M. TONG, et autres. « Evaluation of sexual transmission in patients with chronic hepatitis C infection », *Clinical and Diagnostic Virology*, vol. 3, n°1, janvier 1995, p. 39-47.
40. M. ALARY, et autres. « Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C virus in a prospective cohort study of men who have sex with men », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n°3, mars 2005, p. 502-505.

RÉFÉRENCES

41. G.P. HAMMER, et autres. « Low incidence and prevalence of hepatitis C virus infection among sexually active non-intravenous drug-using adults, San Francisco, 1997-2000 », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n°12, décembre 2003, p. 919-924.
42. S.J. SKIDMORE, K.E. COLLINGHAM et S.M. DRAKE. « Brief report: sexual transmission of hepatitis C », *Journal of Medical Virology*, vol. 42, n°3, mars 1994, p. 247-248.
43. P. HALFON, et autres. « Molecular evidence of male to female sexual transmission of hepatitis C virus after vaginal and anal intercourse », *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 39, n°3, mars 2001, p. 1204-1206.
44. J. SERPAGGI, et autres. « Sexually transmitted acute infection with a clusters genotype 4 hepatitis C virus in HIV-1 infected men and inefficacy of early antiviral therapy », *AIDS*, vol. 20, n°2, janvier 2006, p. 233-240.
45. J. GHOSN, M. LERUEZ-VILLE, et M.L. CHAIX. « Sexual transmission of hepatitis C virus », *La Presse médicale*, vol. 34, n°14, 2005, p. 1034-1038.
46. J.G. BARIL, et autres. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine et de l'hépatite C*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 41 p.
47. G. BROOK. « Sexually acquired hepatitis », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, n°4, août 2002, p. 235-240.
48. L. KINGSLEY, et autres. « Sexual transmission efficiency of hepatitis B virus and human immunodeficiency virus among homosexual men », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n°2, juillet 1990, p. 230-234.
49. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, mis à jour en 2007, 471 p.
50. P. HAVENS, et THE COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS. « Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to Human Immunodeficiency Virus », *Pediatrics*, vol. 111, n°6, juin 2003, p. 1475-1489.
51. C. ALLARD-DANSEREAU, et autres « Pattern of child sexual abuse by young aggressors », *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, n°10, octobre 1997, p. 965-974.
52. A. HEPPENSTALL-HEGER, et autres. « Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child », *Pediatrics*, vol. 112, n°4, octobre 2003, p. 829-837.
53. M. EGEDY, et autres. « Sexual transmitted infection (STI) post sexual assault in an adolescent population: A 13-years retrospective study », 15th Canadian HIV/Aids Research Conference, Québec, 25-28 mai 2006, abrégé n°348.
54. J.Y. FRAPPIER, et autres. *Abus sexuels*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1990, 220 p.
55. R. BRADGLEY, et autres. *Infractions sexuelles à l'égard des enfants Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1984, 1422 p.
56. R. BRADGLEY. « Prevalence of child sexual abuse », *The Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, n°4, juillet-août 1989, p. 296-298.
57. M. TOURIGNY, et autres. « Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise », *The Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n°2, mars-avril 2006, p. 109-113.
58. GROUPE DE TRAVAIL SUR L'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE AUPRÈS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE. *Guide d'intervention médicosociale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, révisé en 2004, 359 p.
59. J. MAC DONALD, et autres. *Alberta Health Guidelines for Post Exposure Prophylaxis of HIV, Hepatitis B and C and Sexually Transmitted Diseases in the Non-Occupational Setting (Alberta NPEP protocol)*, Edmonton, Alberta Health and Wellness, 2007, 58 p.
60. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Care of the adolescent sexual assault victim (RE0067) », *Pediatrics*, vol. 107, n°6, juin 2001, p. 1476-1479.
61. C. NÉRON. *Le VIH et la violence sexuelle envers les femmes. Guide à l'intention des intervenantes œuvrant auprès des femmes survivantes de violence sexuelle*, Ottawa, Santé Canada, 1998, p. 6-7.

RÉFÉRENCES

62. P. LURIE, et autres. « Postexposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 280, n°20, novembre 1998, p. 1769-1773.
63. Richman, Keith, et Rickman, Leland. « The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 6, n°4, avril 1993, p. 402-406.
64. L. VIDMAR, et autres. « Transmission of HIV-1 by human bite », *The Lancet*, vol. 347, n°9017, juin 1996, p. 1762-1763.
65. S. ANDREO, et autres, « HIV type 1 transmission by human bite », *AIDS Research and Human Retrovirus*, vol. 20, n°4, avril 2004, p. 349-350.
66. C. BARTHOLOMEW, et A. JONES. « Human bites: A rare risk factor for HIV infection », *AIDS*, vol. 20, n°4, février 2006, p. 631-632.
67. R.R. KHAJOTIA, et E. Lee. « Transmission of human immunodeficiency virus through saliva after a lip bite », *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, n°16, septembre 1997, p.1901.
68. ANONYME. « Transmission of HIV by human bite », *The Lancet*, vol. 2, n°8557, août 1987, p. 522.
69. L. PRETTY, et autres. « Human Bites and the risk of human Immunodeficiency virus transmission », *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, vol. 20, n°3, septembre 1999, p. 232-239.
70. P.M. TERESKERZ, et autres. « Risk of HIV-1 infection after human bites », *The Lancet*, vol. 348, n°9040, novembre 1996, p. 1512.
71. J. HAMILTON, B. LARKE et A. QIZILBASH. « Transmission of hepatitis B by a human bite: an occupational hazard », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 15, n°5, septembre 1976, p. 439-440.
72. M. MACQUARRIE, B. FORGHANI et D. WOLICHOW. « Hepatitis B transmitted by a human bite », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 230, n°5, novembre 1974, p. 723-724.
73. C. Stornello. « Transmission of hepatitis B by a human bite », *The Lancet*, vol. 338, n°8773, octobre 1991, p. 1024-1025.
74. P. CANCIO-BELLOT, et autres. « An institutional outbreak of hepatitis B related to a human biting carrier », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 146, n°5, novembre 1982, p. 652-656.
75. A. HUI, et autres. « Transmission of hepatitis B by human bite-confirmation by detection of virus in saliva and full genome sequencing », *Journal of Clinical Virology*, vol. 33, n°3, 2005, p. 254-256.
76. M. CASTRO-FERRERRO, P. DIZ-DIOS et C. SCULLY. « Transmission of hepatitis C by saliva? », *Oral Diseases*, vol. 11, n°4, juillet 2005, p. 230-235.
77. J. FIGUEIREDO, et autres. « Transmission of hepatitis C virus but not human immunodeficiency virus type 1 by a human bite », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 19, n°3, 1994, p. 546-547.
78. L. NOËL, et autres. *Les risques de transmission d'infection liés à la présence de seringues et d'aiguilles à des endroits inappropriés*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 16 p.
79. A. BRUNEAU. Communication personnelle, 2007.
80. J. PAPPENBURG, et autres. « Pediatric injuries from needles discarded in the community: Epidemiology and risk of seroconversion », *Pediatrics*, vol. 122, n°2, août 2008, p. e487-e492.
81. N. ABDALA, et autres. « Survival of hiv-1 in syringes: Effects of temperature during storage », *Substance Use and Misuse*, vol. 35, n°10, août 2000, p. 1369-383.
82. P.S. HABER, et autres. « Transmission of hepatitis C virus by needle-stick injury in community settings », *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 22, n°11, novembre 2007, p. 1882-1885.
83. R. OTTEN, et autres. « Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (Human immunodeficiency virus type 2) », *Journal of Virology*, vol. 74, n°20, octobre 2000, p. 9771-9775.
84. M. ROLAND, et autres. « Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 41, n°10, novembre 2005, p. 1507-1513.
85. S. FOURNIER, A. MAILLARD et J.M. MOLINA. « Failure of postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV », *AIDS*, vol. 15, n°3, février 2001, p. 430.

RÉFÉRENCES

86. C.C. TSAI, et autres. « Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine », *Science*, vol. 270, n°5239, novembre 1995, p. 1197-1199.
87. I. BASSET, et autres. « Two drugs or three? Balancing efficacy, toxicity and resistance in post exposure prophylaxis for occupational exposure to HIV », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, n°3, août 2004, p. 395-401.
88. C. RABAUD, et autres. « Post-exposure prophylaxis of HIV infection: comparison of tolerability of 4 PEP regimens », 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 5-8 février 2006, Denver, abrégé n°905.
89. J. KAHN, et autres. « Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 183, supp.1, mars 2001, p. 707-714.
90. C.R. WALDO, R.D. STALL et T. COATES. « Is offering post-exposure prevention for sexual exposures to HIV related to sexual risk behavior in gay men? », *AIDS*, vol. 14, n°8, mai 2000, p. 1035-1039.
91. M. SCHECHTER, et autres. « Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, n°5, avril 2004, p. 519-525.
92. A. PIERCE, et autres. « High rate of representation for non occupational post-exposure in patients attending the Victoria NPEP service », 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 22-25 juillet 2007, Sydney, abrégé WEPEC005.
93. D. VLAHOV, et autres. « Sexual and drug risk-related behaviours after initiating highly active antiretroviral therapy among injection drug users », *AIDS*, vol. 15, n°17, novembre 2001, p. 2311-2316.
94. A.D. BOUHNİK, et autres. « Impact of HAART on sexual risk behaviors among HIV-infected French injecting drug users », XIII International AIDS Conference, 9-14 juillet 2000, Durban, abrégé TuOrD330.
95. E. WIEBE, et autres. « Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service », *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, n°5, mars 2000, p. 641-645.
96. J. ELLEN. « Human Immunodeficiency Virus prophylaxis for sexual assault survivors », *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, vol. 160, n°7, juillet 2006, p. 754-755.
97. J. MYLES, et autres. « Postexposure prophylaxis for HIV after sexual assault », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n°12, septembre 2000, p. 1516-1518.
98. J. LINDEN, et autres. « HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital », *Academic Emergency Medicine*, vol. 12, n°7, juillet 2005, p. 640-646.
99. R. RIDZON, et autres. « Simultaneous transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus from a needle-stick injury », *The New England Journal of Medicine*, vol. 336, n°13, mars 1997, p. 919-922.
100. S. CARRIÈRE, et autres. *Guide québécois de dépistage des maladies transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 160 p.
101. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA. *La transmission du VIH et du VHC : Guide d'évaluation du risque*, Ottawa, Société canadienne du sida, 2004.
102. S.R. Garfield. « The delivery of medical care » *Scientific American*, vol. 222, 1970, p. 15-23.

