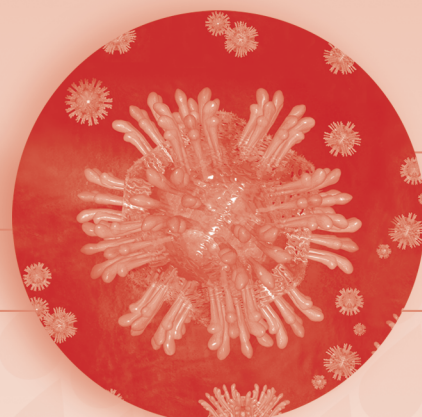
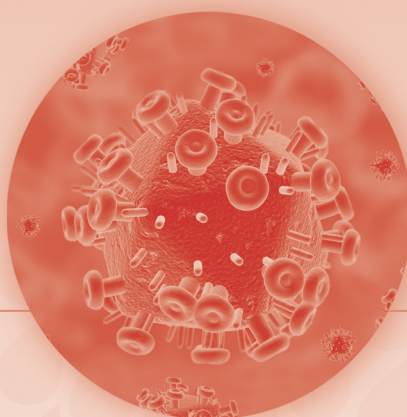
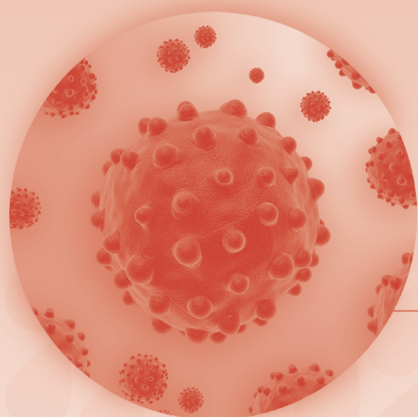


GUIDE POUR LA PROPHYLAXIE

APRÈS UNE EXPOSITION AU VIH, AU VHB ET AU VHC
DANS UN CONTEXTE NON PROFESSIONNEL

RÉSUMÉ



RÉSUMÉ
DU
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 peut être consulté en version PDF sur le site suivant : 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 : 978-2-550-58465-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-58476-6 (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.....	7
1.ÉVALUATION À LA SUITE D'UNE EXPOSITION POTENTIELLE AU VIH DANS UN CONTEXTE NON PROFESSIONNEL.....	9
1.1.Le statut infectieux de la personne exposée au VIH, au VHB ou au VHC.....	9
1.2.Le statut infectieux de la personne source pour le VIH, le VHB et le VHC	9
1.2.1.Disponibilité des tests.....	10
1.2.2.Appartenance à un groupe à risque.....	10
1.3.L'exposition.....	10
1.3.1.Le délai depuis l'exposition.....	10
1.3.2.Le type d'exposition.....	10
1.3.3.La fréquence de l'exposition.....	11
2.PROBABILITÉ QUE LA PERSONNE EXPOSÉE OU LA SOURCE SOIT INFECTÉE PAR LE VIH.....	14
2.1.Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).....	14
2.2.Personnes utilisatrices de drogues par injection.....	14
2.3.Personnes originaires d'un pays endémique.....	15
2.4.Contacts hétérosexuels sans autre facteur de risque	15
2.5.Travailleurs et travailleuses du sexe.....	15
2.6.Victimes d'agression sexuelle.....	15
2.7.Programme québécois de surveillance du VIH.....	16
3.RISQUE DE TRANSMISSION.....	17
3.1.Risque de transmission du VIH à la suite de diverses expositions avec une personne infectée par le VIH.....	17
3.2.Hépatite C et transmission sexuelle.....	17
3.3.Hépatite B et transmission sexuelle.....	17
4.RECOMMANDATIONS DE PPE SELON L'EXPOSITION ET LE STATUT DE LA SOURCE.....	18
4.1.Contact sexuel.....	18
4.2.Agression sexuelle.....	19
4.3.Partage de matériel d'injection.....	19
4.4.Autres expositions	20
5.LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE.....	21
5.1.Le suivi de la personne exposée.....	23
5.2.Le dépistage de l'hépatite B.....	24
5.3.Le dépistage de l'hépatite C.....	24
5.4.Le dépistage du VIH.....	24
5.5.Les autres ITSS.....	24
6.CONSEILS À LA PERSONNE EXPOSÉE.....	26
ANNEXES.....	27
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	46

ANNEXES

ANNEXE 1. RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH ET DE L'HÉPATITE C.....	29
ANNEXE 2. CONDUITE RECOMMANDÉE SELON LE RÉSULTAT DE L'AGHBS (CHEZ LA SOURCE D'EXPOSITION) APRÈS UNE EXPOSITION AU VIRUS DE L'HÉPATITE B PAR VOIE PERCUTANÉE OU MUCO-CUTANÉE.....	30
ANNEXE 3. FEUILLETS D'INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS.....	31
ANNEXE 4. LES ANTIRÉTROVIRAUX.....	39
ANNEXE 5. RÉGIONS ENDÉMIQUES.....	45

PRÉAMBULE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à un groupe de travail le mandat d'actualiser les recommandations de 1999 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. Ce document est un résumé du Guide pour la prophylaxie 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 produit par le groupe de travail dans le cadre de ce mandat. Pour des informations plus détaillées, on pourra s'en référer au document principal.

Une exposition non professionnelle à des liquides biologiques est définie comme étant une situation accidentelle et ponctuelle, qui n'a pas lieu 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 virus de l'hépatite B ou le virus de l'hépatite C.

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. La prescription de médicaments antirétroviraux suite à une exposition à des liquides biologiques s'est avérée d'une certaine efficacité lors de piqûres d'aiguilles chez les travailleurs de la santé.

Selon l'épidémiologie de l'infection au 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 où la transmission de l'infection au VIH est la plus fréquente. À cet égard, l'administration de la prophylaxie postexposition non occupationnelle se veut un outil supplémentaire pour réduire la transmission de l'infection au VIH dans la population.

En ce qui concerne 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. Le groupe de travail recommande uniquement la trithérapie, en raison de son efficacité démontrée chez les personnes infectées.

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 au partage de seringue et 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).

La Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida a statué 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 sexuel. 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 sera indiquée après une exposition significative à des liquides biologiques susceptibles de transmettre le VIH lorsque la personne source est 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 auquel appartiennent les patients.

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. 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 ITSS*, 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.

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 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 au VIH, au VHB ou au VHC

Il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE anti-VIH si la personne exposée est déjà infectée par le VIH. Si possible, un test de détection rapide pour le VIH devrait être utilisé pour évaluer la personne exposée dont le statut sérologique pour le VIH est inconnu. Le statut sérologique pour les virus de l'hépatite 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 joindre afin de lui offrir un dépistage de l'infection au VIH et des hépatites B et C, et de déterminer son statut sérologique. Il faut également vérifier l'existence de comportements à risque récents pour l'acquisition de l'infection au VIH et la présence de signes et de symptômes de rétrovirose aiguë (primo-infection au VIH, qui s'apparente à un syndrome mononucléosique), la fièvre, la diaphorèse nocturne, la présence d'adénopathies.

Il faut considérer les éléments suivants quant au statut infectieux :

1.2.1. Disponibilité des tests

Autant que possible, des tests de détection rapide pour le VIH devraient être utilisés pour évaluer la personne source, surtout si le risque qu'elle soit séropositive est élevé. Les résultats 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 dans le but de choisir des antirétroviraux adéquats.

1.2.2. Appartenance à un groupe à risque

Si les tests de détection rapide ne sont pas disponibles ou que la personne source ne peut pas être testée, l'évaluation de la probabilité d'infection par le VIH sera faite selon les données épidémiologiques (voir le chapitre 2).

1.3. L'exposition

1.3.1. Le délai depuis l'exposition

Si le délai du contact est supérieur à 72 heures, il n'y a pas d'indication de prescrire une PPE anti-VIH. Un suivi sérologique sera offert pour préciser s'il y a eu transmission du VIH, du VHB ou du VHC.

1.3.2. Le type d'exposition

Les expositions significatives sont :

- ◆ exposition sexuelle (sécrétions génitales sur une muqueuse);
- ◆ partage de matériel d'injection;
- ◆ contact avec un liquide biologique visiblement teinté de sang sur une muqueuse ou sur une peau non saine;
- ◆ piqûre accidentelle dans la communauté.

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).

À la suite d'une exposition sexuelle, il est important de déterminer le type de contact car le risque peut varier selon les pratiques sexuelles (voir la section 3.1). Les liquides biologiques sur une peau saine (ex. : sécrétions génitales sur les mains) ne présentent pas de risque et ne justifient pas la prescription de PPE anti-VIH.

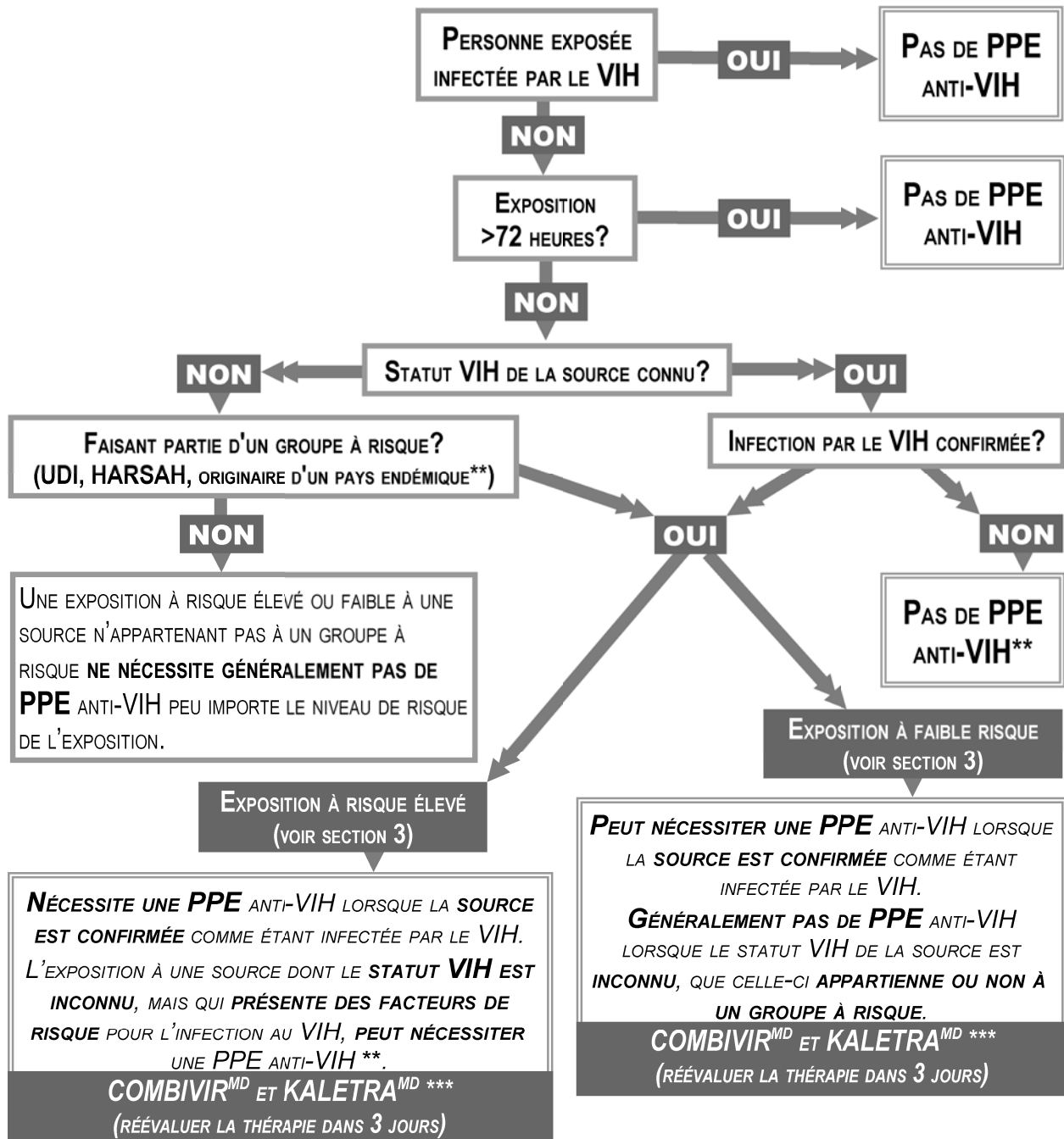
1.3.3. La fréquence de l'exposition

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 ou une partenaire infecté(e) (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.

Le clinicien doit aussi évaluer les avantages et les risques pour la personne exposée de prendre la PPE anti-VIH et évaluer la volonté de la personne de se faire traiter. La personne exposée doit être informée des risques et des bénéfices de la médication afin de pouvoir 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 procéder à une évaluation psychologique plus poussée.

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 AIGÛÉ 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.

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

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). 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 VIH.

2.2. Personnes utilisatrices de drogues par injection

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.

Un peu moins de un UDI sur six (15 %) serait infecté par le VIH (24 % chez les hommes âgés de 40 ans ou plus, 18 % chez les femmes âgées de 40 ans ou plus). La prévalence du VIH serait de 6,5 % parmi les UDI sélectionnés dans les programmes d'échange de seringue semi-urbains et atteindrait 18 % parmi les UDI sélectionnés 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.

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 VHC sont infectés par le VIH. 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 au VHC 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.

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 (période de collecte des données : 1994-1996).

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

Au cours d'une exposition sexuelle avec un travailleur ou une travailleuse du sexe, le risque pour le travailleur du sexe, la travailleuse du sexe et le client est associé aux facteurs de risque de chacun, soit être UDI, être originaire d'un pays endémique ou être un HARSAH. ***Un contact sexuel (pénétration anale sans condom) avec un homme travailleur du sexe est un comportement à haut risque pour la transmission du VIH.***

2.6. Victimes d'agression sexuelle

Il existe peu de littérature sur le nombre de victimes infectées par le VIH à la suite d'une agression sexuelle. L'ensemble des études sur le sujet et l'expérience québécoise indiquent toutefois que la transmission du VIH est très rare dans ce type de situation.

Aux États-Unis, on recense seulement trois cas de séroconversion au VIH chez des adultes à la suite d'une agression sexuelle. Les données américaines ou d'autres pays ne sont pas généralisables à notre réalité québécoise.

À Vancouver, les services de santé qui gèrent le programme de PPE à la suite d'une agression sexuelle n'ont rapporté aucun cas de séroconversion au VIH depuis le milieu des années 1990. Aucune victime d'agression sexuelle commise au Québec n'a été rapportée par les centres désignés ou n'est connue 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 enquête. Les données compilées entre 1992 et 2005 auprès des 1 504 adolescents (filles et

garçons âgés entre 12 et 18 ans) victimes d'agression sexuelle qui avaient consulté au CHU Sainte-Justine ne montrent aucun cas de séroconversion au VIH après trois mois de suivi.

2.7. 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 antérieur. En 2006, 66 % 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.

3. RISQUE DE TRANSMISSION

3.1. Risque de transmission du VIH à la suite de diverses expositions avec une personne infectée par le VIH

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 %
Partage de matériel d'injection	0,67 %
Morsure humaine	Rare
Contact sexuel femme-femme	Rare
Exposition à du sang sur une muqueuse ou une peau non saine	Rare
Piqûre sur une aiguille à la traîne	Non documenté

Se référer au texte principal pour plus de détails.

Le risque de transmission du VIH associé à une agression sexuelle est le même que pour une exposition sexuelle sans agression.

3.2. Hépatite C et transmission sexuelle

Le risque de transmission de l'hépatite C au cours de relations sexuelles est présent, mais rare. La transmission sexuelle est considérée comme improbable en dehors de relations sexuelles traumatiques ou ayant lieu pendant les menstruations. De rares cas ont été rapportés chez les HARSAH.

3.3. Hépatite B et transmission sexuelle

Au cours de contacts hétérosexuels, le taux de transmission d'une personne porteuse de l'hépatite B ou présentant une infection aiguë à ses partenaires non immuns est de 40 %. Chez les HARSAH, le VHB se transmet 8,6 fois plus que le VIH.

4. RECOMMANDATIONS DE PPE SELON L'EXPOSITION ET LE STATUT DE LA SOURCE

4.1. 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.

4.2. Agression sexuelle

Voir les recommandations pour l'exposition sexuelle, section 4.1.

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

- ◆ UDI ou suspecté d'être un UDI (marques de site d'injection, incarcération);
- ◆ HARSAH;
- ◆ Originaire d'une région endémique.

En plus des circonstances ci-dessus, la PPE anti-VIH à la suite d'une agression sexuelle peut être considérée dans certaines circonstances exceptionnelles :

- ◆ pour des considérations médicales (ex. : lésions génitales ou anales importantes);
- ◆ pour des considérations émotionnelles (ex. : anxiété importante devant l'éventualité de transmission du VIH, perception du risque excessive par rapport au risque réel).

La décision doit être prise au cas par cas, en fonction des risques et des bénéfices.

4.3. Partage de matériel d'injection

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

4.4. Autres expositions

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 génitales 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.

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).

5. LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

Afin que les personnes exposées 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.

5.1. 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 faits à 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.

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.

5.2. Le dépistage de l'hépatite B

La détection de l'AgHBs, marqueur d'une infection au VHB, est habituellement possible entre un et deux mois après l'exposition. Cependant, la période d'incubation peut s'échelonner jusqu'à six mois.

5.3. Le dépistage de l'hépatite C

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

5.4. Le dépistage du VIH

Les anticorps anti-VIH sont décelables six semaines après l'exposition dans 80 % des cas, 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 de la plupart des laboratoires. Il n'est pas indiqué de mesurer la charge virale et le décompte des CD4 : ces examens complémentaires sont utilisés pour le suivi des personnes infectées et n'ont pas à être utilisés pour le suivi des personnes exposées.

5.5. Les autres ITSS

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.

Le délai optimal pour le dépistage de la gonorrhée est de sept jours. Une culture effectuée moins de 48 heures après l'exposition pourrait se révéler 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 une à quatre semaines après l'apparition du chancre.

Les groupes à risque pour la syphilis sont :


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

6. CONSEILS À LA PERSONNE EXPOSÉE

La prévention d'une infection par un traitement préventif n'est pas infaillible.

La personne exposée doit **être informée des moyens à prendre**, pendant une période de **six mois suivant l'exposition**, pour éviter de transmettre l'infection.

Ces moyens sont les suivants :

- 
- ◆ 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 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. Risque de transmission du VIH et de l'hépatite C

		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.

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.

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.

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.

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.

Source : Société canadienne du sida, 2004.

ANNEXE 2. CONDUITE RECOMMANDÉE SELON LE RÉSULTAT DE L'AgHBs (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) 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 3. 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>CONTINUEZ LE TRAITEMENT</p>	<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>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 4. 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

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

Annexe 5. 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.

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

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

www.msss.gouv.qc.ca