

## Position de la COCQ-SIDA sur la prophylaxie postexposition VIH (PPE)

Depuis plusieurs années, au Québec, il est possible d'obtenir un traitement antirétroviral en prophylaxie postexposition (PPE) qui est en soi une autre façon d'utiliser les traitements comme moyen de prévention. On peut trouver dans plusieurs pays et autres provinces, des pratiques d'utilisation de la PPE en contexte professionnel (généralement dans le milieu médical ou de premiers soins). Cependant, le Québec encadre aussi l'utilisation de la PPE en contexte non professionnel (exposition sexuelle ou par partage de matériel d'injection). Depuis 2017, les mesures relatives à la PPE VIH, VHC et VHB sont regroupées dans un seul guide.<sup>1</sup>

### 1- CONTEXTE

---

- a) La prophylaxie postexposition (« PPE » en français, « PEP » en anglais, pour « post-exposure prophylaxis ») consiste en un traitement préventif, à base de médicaments antirétroviraux, prescrit par un-e médecin, afin d'empêcher le développement de l'infection chez la personne potentiellement exposée à la transmission du VIH. La PPE est proposée dans un cadre professionnel (exposition au sang ou à des liquides corporels en milieu de travail – milieux médical ou clinique, interventions ambulancières ou policières, etc.) comme dans un cadre non professionnel (relation sexuelle non protégée avec une personne dont on ignore le statut sérologique ou dont on connaît le statut sérologique positif, bris de condom, partage de matériel d'injection, etc.).
- b) La PPE doit être initiée **le plus rapidement possible après le risque d'exposition au VIH**, préférablement de deux à quatre heures après celui-ci, jusqu'à la limite de 72 heures, période de temps après laquelle elle est considérée comme n'étant plus efficace. Autrement dit, le plus tôt le traitement est initié, meilleures sont les conditions d'action du traitement.
- c) Le traitement est d'une durée de 28 jours. À l'heure actuelle (en 2017), au Québec, c'est généralement le Truvada™ (Emtricitabine/ténofovir) en combinaison avec le Raltégravir™ (Isentress) qui est prescrit. Malgré de potentiels effets indésirables, connus et bien documentés, l'observance au traitement est essentielle. Le suivi médical est tout aussi important et fortement suggéré. Ce pour quoi, le protocole de soin inclut une réévaluation clinique en cours de route.
- d) Si l'on ne peut pas affirmer que l'efficacité de la PPE est de 100 %, plusieurs études observationnelles tendent à prouver que cette dernière est assez élevée. Elle constitue en ce sens une intervention hautement pertinente d'utilisation des traitements antirétroviraux dans le but de prévenir la transmission du VIH dans certains contextes spécifiques d'exposition.
- e) Au Québec, la prophylaxie postexposition est prise en charge<sup>2</sup> tant en milieu hospitalier qu'en milieu clinique et elle est couverte par les régimes d'assurance public ou privé (assurances collectives). Ce qui constitue un avantage évident pour l'utilisation de cet outil.

---

<sup>1</sup> Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC (2017)  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>

<sup>2</sup> La prise en charge n'est pas totale : le co-paiement est exigé de la personne selon les règles de son régime d'assurance

## Science

- f) Il n'y a jamais eu d'étude randomisée sur l'utilisation de la PPE pour des raisons éthiques évidentes. En effet, il serait éthiquement inacceptable d'avoir recours à un placebo dans le cadre de recherche clinique du fait que l'utilisation de la prophylaxie s'effectue dans un contexte d'intervention « en prévention d'urgence ». Cependant, plusieurs groupes de personnes ont été suivis dans des contextes cliniques et hospitaliers permettant d'établir une efficacité de 83 % dans un contexte d'exposition professionnelle. [Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. *A case-control study of HIV sero-conversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med* 1997;337:1485-90]. D'autres recherches ont été réalisées à la suite de cette étude où l'on a observé, généralement, le même type de résultats.
- g) Dans un contexte non professionnel, des suivis semblables ont été effectués et ont permis de suggérer une efficacité située entre 80 et 90 % dans le cadre d'expositions récentes (moins de 72 heures) [Schechter M, de Lago RF, Mendelsohn AB, et al. *Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 2004 Apr 15;35(5):519–25.3. & Barber TJ, Benn PD. *Postexposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. Current Opinion in HIV and AIDS.* 2010 Jul;5(4):322–6].
- h) Plus près de nous, la clinique médicale L'Actuel a également effectué une étude portant sur 3 547 consultations liées à l'utilisation de la PPE ; consultations réparties sur une période de presque 15 ans (octobre 2000 à juillet 2014). Dans le cadre de cette étude, 2 772 personnes ont été suivies suite à la prise de la prophylaxie en contexte non professionnel. Les résultats de l'analyse proposent le même type d'efficacité que celle citée plus haut. [Thomas R, Galanakis C, Vézina S, et al. *Adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) and incidence of HIV seroconversion in a major North American Cohort. PLoS One.* 2015 Nov 11; 10(11) : e0142534].
- i) Enfin, une méta-analyse réalisée en 2015 sur différentes recherches portant sur des primates non humains en arrive au chiffre de 83 % en termes de protection entre les animaux traités à la prophylaxie contre ceux non traités lors qu'exposés directement au VIH [Efficacy of HIV Postexposure Prophylaxis: Systematic Review and Meta-analysis of Nonhuman Primate Studies. Cadi Irvine, Kieren J. Egan, Zara Shubber, Koen K. A. Van Rompay, Rachel L. Beanland and Nathan Ford, *Oxford Journals*, 25 mai 2015, p 165-169]
- j) Selon des études qui se sont déroulées dans différents pays, les principales barrières et limites de l'utilisation de la PPE sont généralement celles de l'adhérence au traitement (principalement reliées aux effets secondaires), l'accessibilité (tous les systèmes de santé et les compagnies d'assurances privées ne remboursent pas de manière égale le traitement de 28 jours à travers le monde) et la composante temporelle (il faut avoir accès au traitement assez rapidement).

## Positions internationales

Plusieurs organisations internationales et nationales proposent, depuis plusieurs années, des lignes directrices concernant l'utilisation de la prophylaxie postexposition, favorisant son utilisation à l'intérieur de balises claires et mesurables et reconnaissant par le fait même son incontournable utilité.

- k) Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO) : « *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children.*
- l) *Recommendations for a public health approach - December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines* » 49 pages, décembre 2014, en Anglais. Il y a eu une mise à jour en 2016.
- m) ONU SIDA : documentée dans le rapport de la 27<sup>e</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, les 6-8 décembre 2010, afin d'identifier la stratégie de l'ONUSIDA pour 2011-2015 ainsi que dans ses directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 (Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde en 2012, mis à jour en 2016).
- n) European AIDS Clinical society : lignes directrices d'utilisation de la PPE dans ses recommandations EACS 2017 (version 8.2).

- o) Belgique, définis dans son cadre national d'action contre le VIH/SIDA commun le plan VIH 2014-2019.
- p) France, dans la Prise en charge des situations d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte et l'enfant / P MORLAT ; Ministère des Affaires sociales et de la Santé (France) ; CNS (Conseil National du Sida) (France) ; ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales), France / Paris [France] : La Documentation française – 2013. Le document est régulièrement mis à jour.
- q) CDC : Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV— États-Unis, 2016.

### **Lacunes - Connaissance de la PPE**

- r) Selon les informations auxquelles nous avons eu accès (ordres professionnels et syndicats), il apparaît, qu'en milieu de travail, et plus particulièrement en milieu institutionnel et clinique (centres hospitaliers, laboratoires, ambulanciers, pompiers et policiers), la prise en charge est bien encadrée et plutôt efficace bien que l'on observe, tout·e·s professionnel·le·s confondu·e·s, un taux d'abandon faible, mais stable en cours de traitement.
- s) Dans le contexte non professionnel, il semble que les membres des communautés d'HARSAH connaissent assez bien la PPE, son utilisation et les différentes manières d'y avoir accès assez rapidement. La connaissance de la PPE parmi les professionnel·le·s de la santé est inégale tout comme son accessibilité, en fonction des différentes institutions et des régions administratives.
- t) L'offre de prophylaxie fait désormais partie de nombreux plans d'intervention en cas d'agression sexuelle; nous n'avons pas eu accès à des chiffres précis, mais il semble que la pratique soit de plus en plus courante.
- u) Il semble également que les personnes utilisatrices de drogues injectables sont plus fréquemment prises en charge dans un contexte d'échange de matériel d'injection avec des partenaires dont le statut sérologique est inconnu. Mais à part les commentaires – positifs comme négatifs – de certain·e·s intervenant·e·s de notre milieu, nous n'avons pas eu accès à des statistiques précises sur le sujet.
- v) Dans les autres communautés les plus concernées, la PPE semble être peu ou pas connue. Entre autres, seule une minorité du grand public semble connaître cette alternative.

### **Lacunes - Accessibilité réelle**

- w) Malgré le fait que le Québec ait des lignes directrices claires en ce qui concerne la PPE, son accessibilité est loin d'être universelle sur tout le territoire. Les responsables et les intervenant·e·s de nos organismes-membres nous ont fait part d'expériences qui indiquent clairement qu'il nous reste beaucoup de chemin à parcourir avant qu'il y ait une véritable équité d'accès dans toutes les régions du Québec.
- x) On nous a d'abord parlé de problèmes d'accessibilité reliés à la connaissance du personnel infirmier et médical. En effet, on nous a signalé que, dans les milieux hospitalier (les urgences) et clinique (bureaux privés), les professionnel·le·s de la santé ne sont pas tou·te·s familier·ère·s avec la PPE ; certain·e·s ignorant même son existence et son encadrement. En ce sens, les réformes des établissements du secteur de la santé ont beau se suivre sur une base quasi perpétuelle, il semble évident que la formation des professionnel·le·s continue à faire défaut sur la question. Cette méconnaissance existe autant dans les grands centres que dans certaines régions administratives québécoises spécifiques.
- y) On nous a également transmis des informations inquiétantes en ce qui concerne des jugements moraux auxquels ont eu à faire face des personnes qui se sont présentées à des urgences hospitalières afin d'obtenir une prophylaxie qui, pour plusieurs, leur a été refusée. : « Vous n'aviez qu'à être plus prudent ».

## **2- ÉNONCÉ**

---

- a) La prophylaxie postexposition (PPE) est un outil efficace en cas d'exposition à un risque accru de transmission du VIH.
- b) Le déploiement d'un outil comme la PPE dépend de sa connaissance ; connaissance par les populations qui peuvent en avoir besoin, mais aussi connaissance par les professionnel-le-s de la santé qui sont les seul-le-s pouvant la prescrire.. Le fait de ne pas savoir qu'elle existe, d'un côté comme de l'autre, nuit à son utilisation. La formation et le développement d'outils d'information doivent être priorités. Les organismes communautaires, qui rejoignent mieux les populations marginalisées, peuvent prendre en charge d'informer leurs populations, mais le réseau de la santé doit aussi contribuer pour s'assurer que le personnel médical soit formé sur cette question, et ce, dans toutes les régions du Québec.
- c) La seule valeur qui doit entrer en considération pour l'utilisation de la PPE doit être celle de la prévention de la transmission. Les jugements sur les comportements ou les réalités des personnes n'ont aucune place dans le contexte de soins. Les fournisseurs de soins doivent tous être formés en ce sens.
- d) Comme l'efficacité de la PPE est fortement liée à son initiation rapide, le réseau de la santé doit mettre en place des corridors d'accès efficaces à la PPE et s'assurer d'avoir le traitement recommandé en stock suffisant pour pouvoir initier la PPE immédiatement, et ce, dans toutes les régions du Québec.

## **3- EXPLICATION**

---

- a) Un outil n'est pas utile s'il n'est pas connu ni rendu disponible dans un temps raisonnable à toute personne qui pourrait en avoir besoin.
- b) Il est inacceptable qu'une personne se présentant à l'urgence ou à une clinique, doive parfois expliquer aux fournisseurs de soins ce qu'est la PPE, alors qu'il existe un guide officiel d'utilisation.
- c) Il n'est pas acceptable non plus qu'une personne rencontre des barrières d'accès dus aux jugements de valeur à son endroit par un professionnel-le de la santé.
- d) La variabilité d'accès à la PPE d'une région à l'autre n'est pas plus acceptable, surtout dans un contexte où le remède à cette situation n'exige pas énormément de ressources.

## **4- IMPACT**

---

- a) Nous savons que la PPE est plus efficace lorsqu'elle est entamée rapidement et, qu'après 72 heures suivant l'exposition elle n'est pas recommandée. Il est donc primordial que tout soit fait pour réduire les barrières qui peuvent affecter le délai d'accès à la PPE ; en commençant par la formation des professionnel-le-s de la santé et par la transmission d'informations aux populations susceptibles d'en avoir besoin tout en continuant d'agir afin de rendre disponible le matériel et les traitements nécessaires dans toutes les régions.
- b) L'accès et l'utilisation appropriée de la PPE sont complémentaires aux autres stratégies de prévention. Elle ne remplace pas.

## **5- REVENDICATIONS ET RECOMMANDATIONS**

---

- a) Notre mouvement doit faire circuler l'information adéquate concernant la PPE à l'ensemble des populations concernées avec lesquelles nous travaillons quotidiennement. Nous avons l'opportunité de rejoindre des personnes qui ne le sont pas par les instances officielles ; nous devons profiter de cette posture privilégiée pour mieux les informer.
- b) Notre mouvement doit documenter les difficultés ou les ratés rencontrés à travers le Québec afin que nous puissions exiger et participer activement à l'amélioration de l'accessibilité à la PPE dans l'ensemble de la province.
- c) Il est important que le Ministère de la Santé et des Services sociaux, peut-être avec l'aide des différents ordres professionnels, s'assure que les professionnel-le-s de la santé de l'ensemble de son réseau soit pleinement au courant des lignes directrices concernant la prophylaxie postexposition non professionnelle

dans le domaine du VIH et que les médicaments utilisés pour celle-ci soient maintenus en stock partout au Québec. Il s'agit en effet d'une procédure très simple qui ne demande pas une expertise exceptionnelle ni des dépenses incontrôlables ; favoriser l'arrêt de la transmission du VIH est en ce sens accessible au réseau dans son ensemble et il faut profiter de cette opportunité collectivement.

- d) La formation et l'information doivent être accompagnées de repères déontologiques clairs, afin d'éviter que certain-e-s intervenant-e-s du réseau fassent passer leurs valeurs morales avant le droit des personnes concernées d'avoir accès à la PPE. Nous savons que nous ne sommes pas les seuls à faire face à ce défi particulier ; la question de la contraception et de l'avortement suscite également des réactions chez certain-e-s professionnel-le-s de la santé. Mais nous ne pouvons accepter que des praticien-e-s décident pour d'autres les soins et services qu'ils méritent en fonction de leurs propres valeurs.
- e) Nous n'avons certes guère d'emprise sur cet enjeu particulier, mais il serait pertinent que soient colligées de manière anonyme et non nominative les données relatives à la prophylaxie postexposition, autant en milieu de travail qu'en milieu non professionnel. De telles données pourraient nous aider à tracer un portrait fidèle de la réalité et nous donner des pistes afin de comprendre le fonctionnement précis de cette pratique. Nous sommes convaincus que le réseau de la santé et celui des organismes communautaires québécois pourraient bénéficier de telles connaissances dans le cadre de leurs interventions respectives.

**Pour en savoir plus :**

CATIE : La prophylaxie post-exposition (PPE)

<http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-post-exposition-ppe>

Organisation mondiale de la santé : Prophylaxie postexposition pour prévenir l'infection à VIH

<http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/fr/>

Haute autorité de la Santé (France) : La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA®

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ct\\_eval\\_236\\_bum\\_truvada\\_cd\\_08032017\\_v4.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ct_eval_236_bum_truvada_cd_08032017_v4.pdf)

CRISP Île-de-France : Le traitement post-exposition au VIH

<http://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/decryptage-traitement-post-exposition-vih.htm>

Centers for Disease Control and Prevention: Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV

<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>

**Publication : juin 2018**