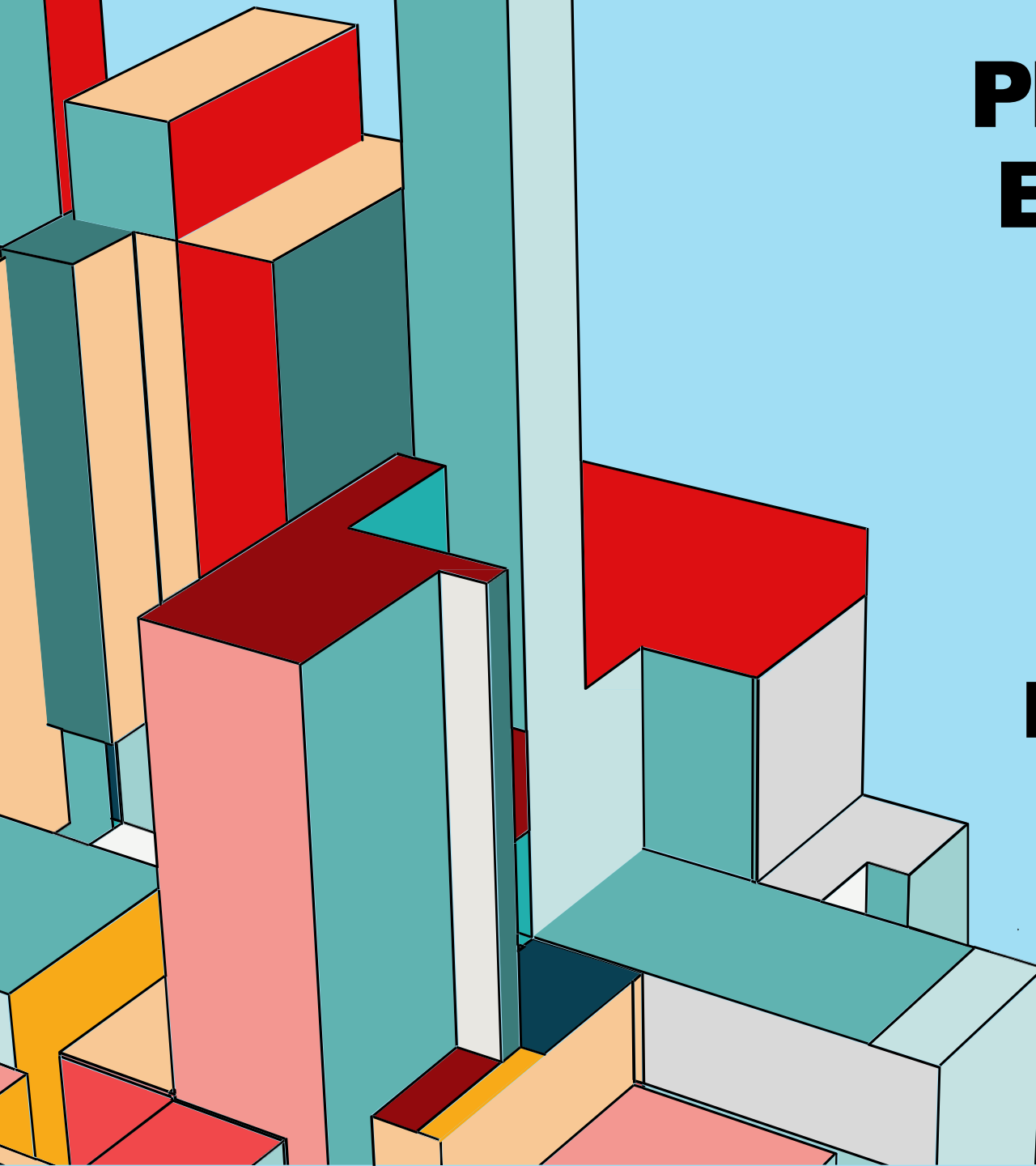


An abstract graphic on the left side of the slide consists of several 3D rectangular blocks of various colors (red, orange, teal, light blue, and white) arranged in a stepped, architectural fashion. The blocks are outlined in black and have a slight shadow effect, giving them a three-dimensional appearance.

# **PROPHYLAXIE PRE- EXPOSITION (PP<sub>RE</sub>) ET PHARMACIEN(NE)S**

## **UN PARTENARIAT ESSENTIEL DANS LA PRÉVENTION DU VIH**

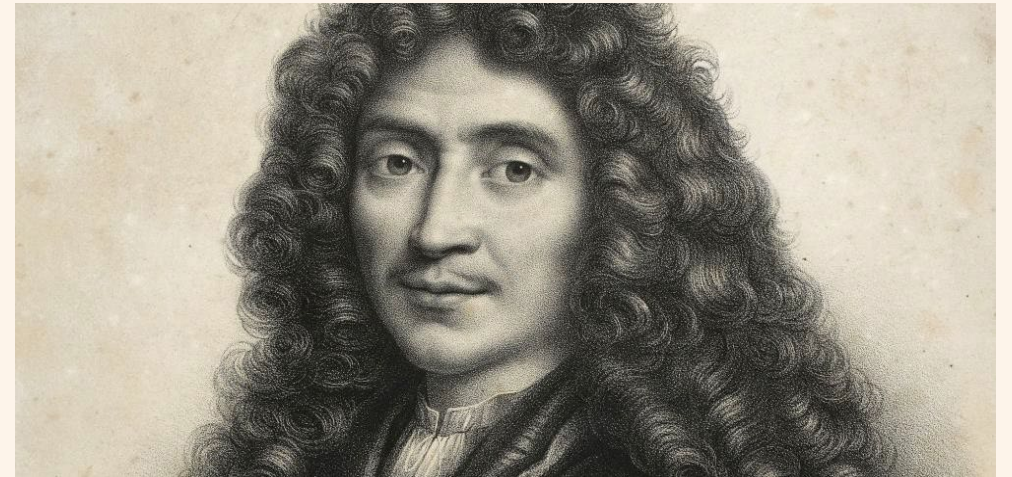
David St-Jean Gagnon B.Pharm

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et les tables  
locales des pharmacien(ne)s des RLS Jeanne-Mance et Sud-  
Ouest Verdun.

28 mai 2025

# *Bienvenue au Molière... en alexandrins!*

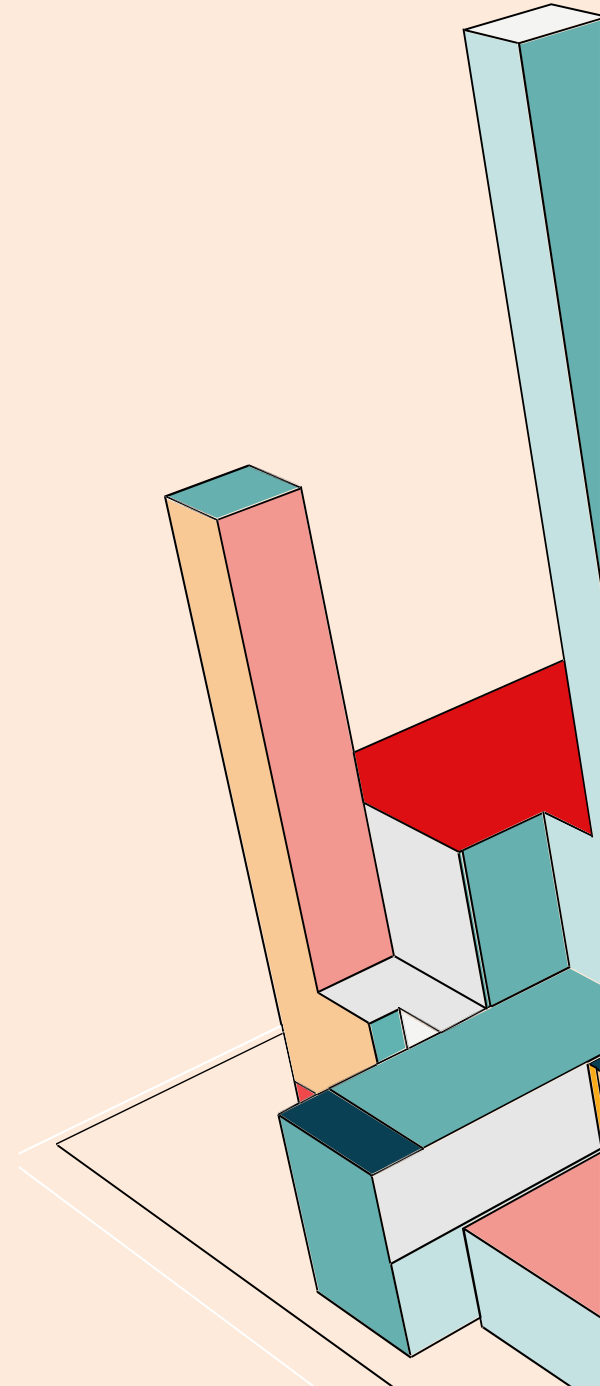
*"Dans ce combat essentiel contre un fléau silencieux,  
Nous évoquons la PPrE, arme précieuse et audacieuse  
Prévenir plutôt que guérir, tel est notre credo,  
Pour protéger la vie et bâtir un avenir plus fort.  
Pharmaciens, sentinelles de la santé et du bien,  
Connaître cette arme, c'est sauver des destins,  
Agir avec savoir, pour que la prévention s'impose,  
Et qu'ensemble, nous triomphions de cette menace "*



# **CONFLITS D'INTÉRÊTS**

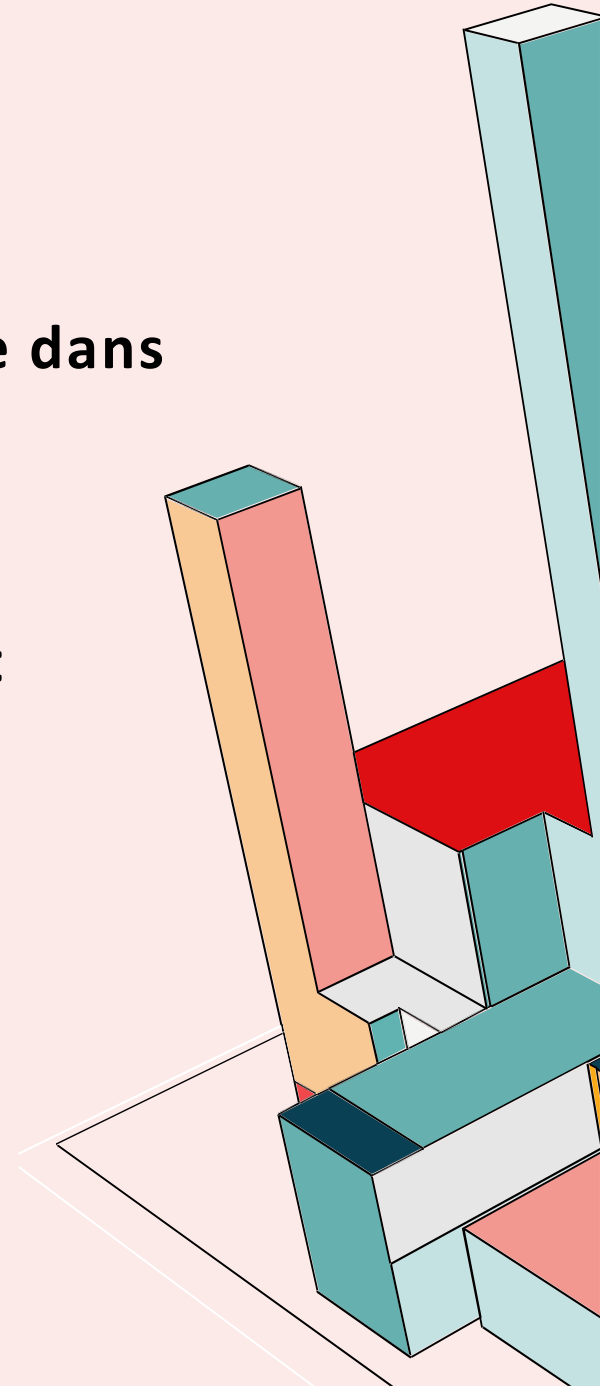
- Aucun conflit d'intérêts à déclarer!

ViiV Soins de santé Canada ne cautionne pas les discussions sur les produits qui ne cadrent pas avec les renseignements thérapeutiques approuvés figurant aux monographies officielles.



# **OBJECTIFS**

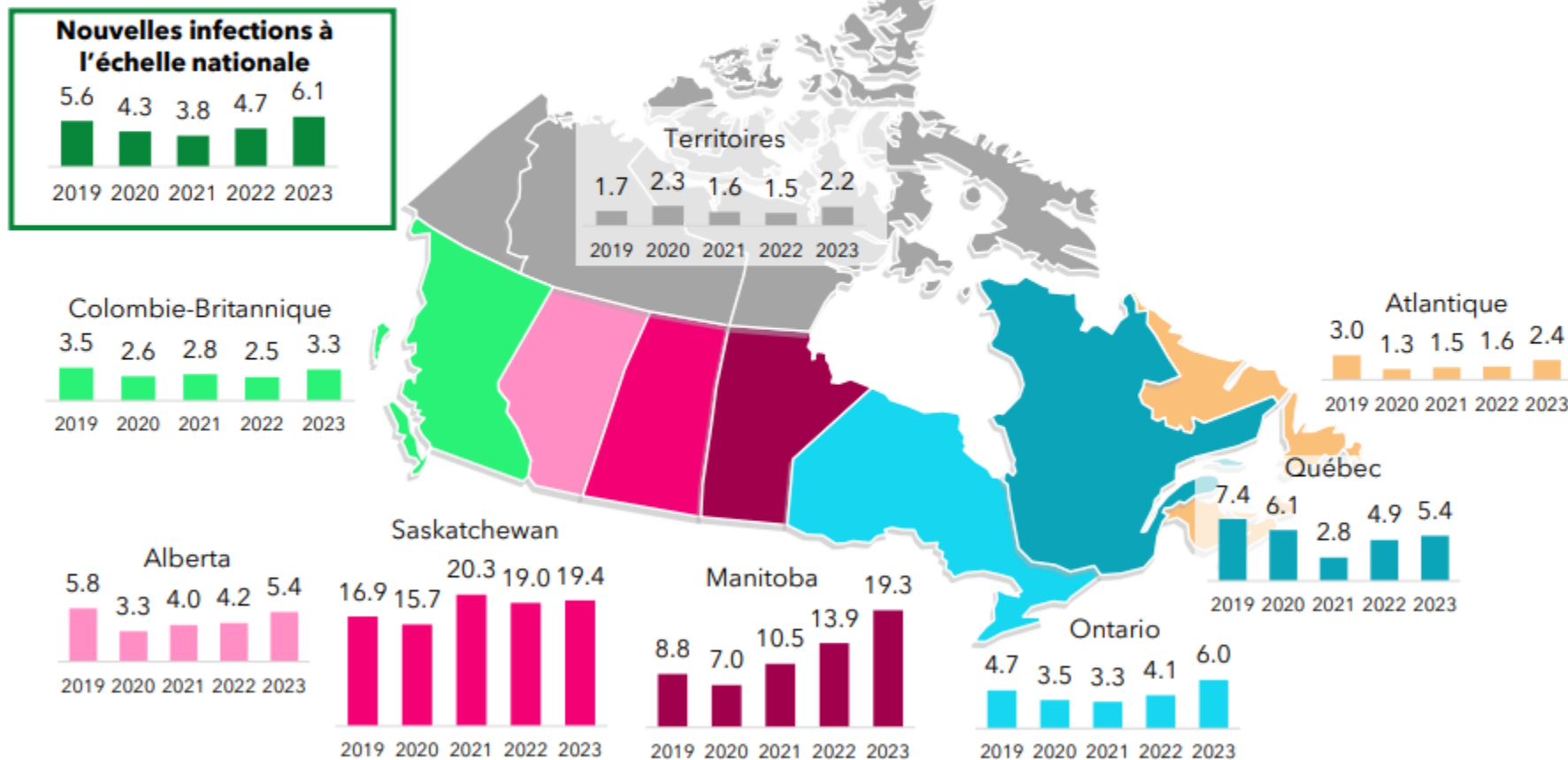
- 1. Mettre en lumière le rôle crucial du pharmacien communautaire dans le suivi de la PPrE**
- 2. Identifier les erreurs fréquentes lors de l'exécution de la PPrE et proposer des recommandations**
- 3. Explorer les nouvelles options de traitement et le rôle élargi du pharmacien dans le cadre du projet de loi 67**



# Épidémiologie de l'infection par le VIH : nouveaux diagnostics

D'après les données de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada, les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH ont augmenté au cours des dernières années, une hausse de 35,2 % ayant été observée entre 2022 et 2023. Les nouvelles infections comprennent celles qui viennent d'être contractées ainsi que celles contractées à l'extérieur du Canada<sup>1</sup>.

## Nouveaux diagnostics d'infection par le VIH par 100 000 habitants<sup>1-3</sup>



Hausse de 35,2% de nouveaux diagnostics VIH de 2022 à 2023

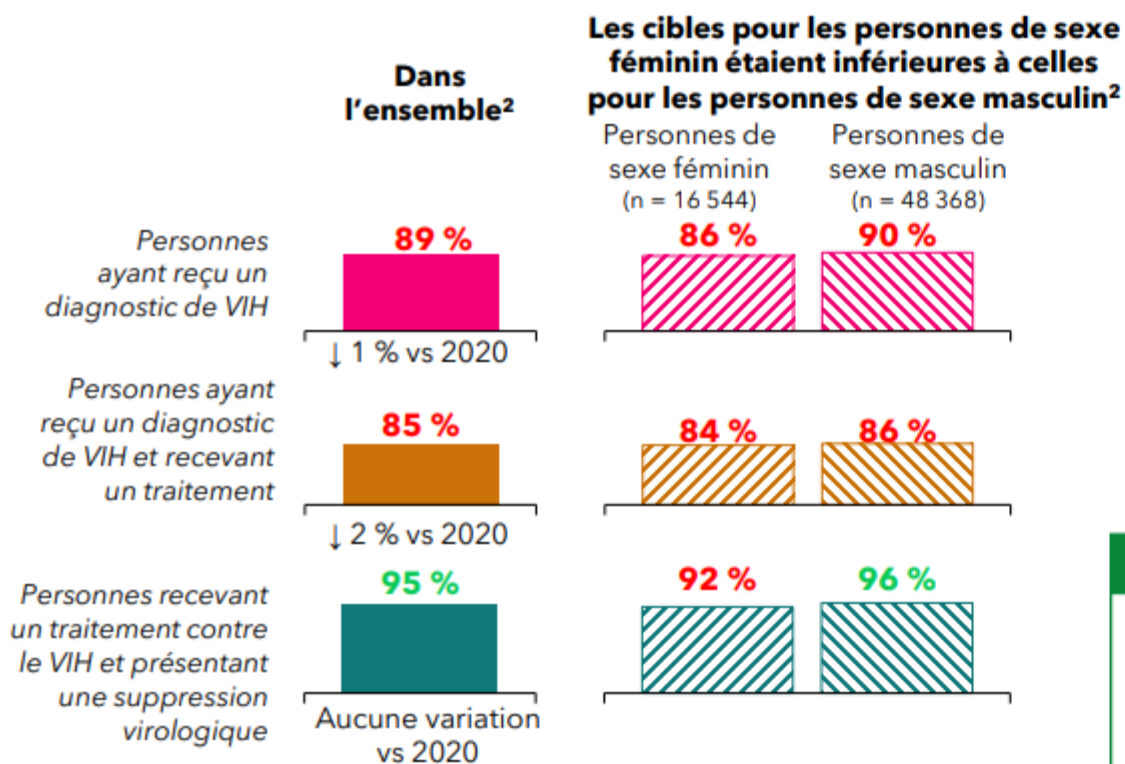
Les données excluent les cas déjà diagnostiqués à l'extérieur du Canada (p. ex. avant l'immigration) ou dans une autre province/un autre territoire.

1. ASPC. Les points saillants de la surveillance pour 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-points-saillants-surveillance-2023-infographie.html>. Consulté le 17 décembre 2024; 2. ASPC. Les points saillants de la surveillance pour 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-points-saillants-surveillance-2022.html>. Consulté le 20 mars 2024. 3. ASPC. Rapport du Surveillance en date du 31 décembre 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2021.html>. Consulté le 20 mars 2024.

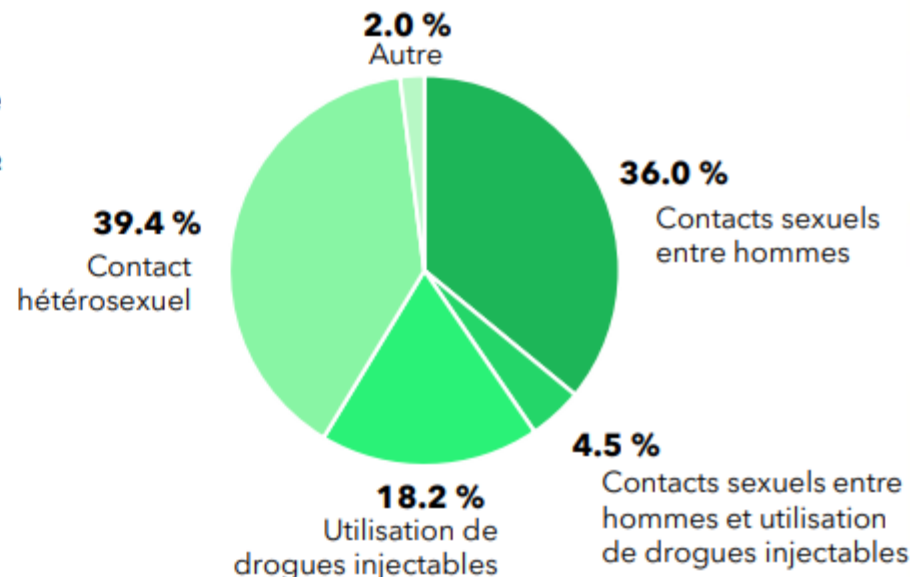


# Légère baisse des progrès du Canada vers l'atteinte des cibles 95-95-95 en 2022

Bien que, de façon générale, l'offre de la PPrE augmente d'année en année partout au Canada<sup>1</sup>, l'Agence de la santé publique du Canada a publié un rapport abrégé mis à jour en juillet 2024 révélant une légère baisse des progrès du Canada vers l'atteinte des cibles 95-95-95 pour le VIH en 2022<sup>2</sup> :



**Nouveaux diagnostics d'infection par le VIH selon la catégorie d'exposition\* (2023)<sup>4</sup>**  
(moyenne nationale; ne reflète pas les différences régionales)



## Commentaires d'experts

Dans certaines régions, on note une diminution de l'incidence de l'infection par le VIH chez les HARSAH nés au Canada, ce qui démontre les bienfaits de la connaissance de la PPrE et de l'accès à celle-ci. Cependant, on constate d'importantes augmentations des nouveaux diagnostics chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

95 % des personnes vivant avec le VIH ayant un diagnostic,

95 % des personnes diagnostiquées recevant un traitement

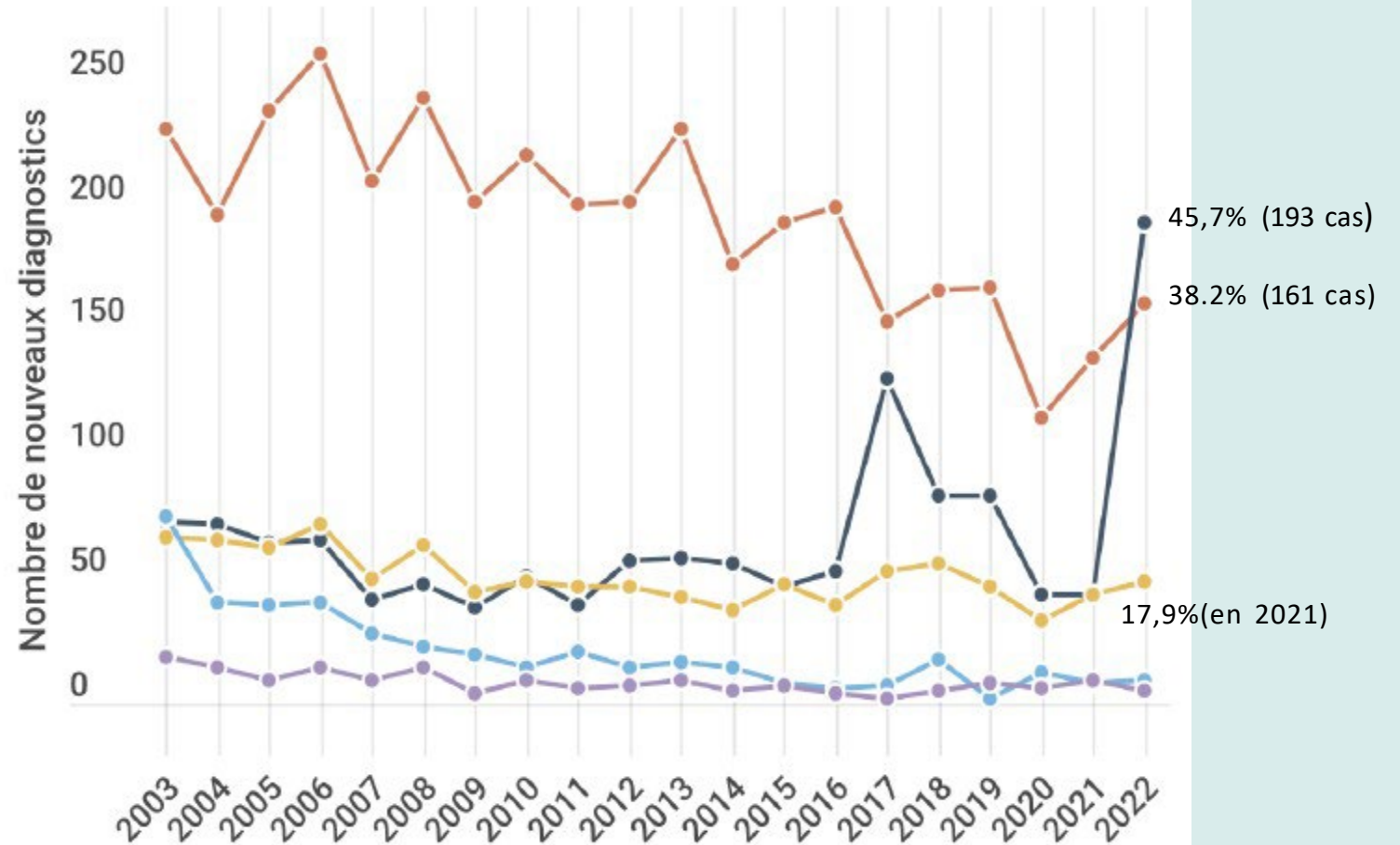
95 % des personnes traitées ayant une charge virale indétectable

\*Catégorie d'exposition fondée sur la hiérarchie des risques.

1. ASPC. 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/vih-et-sida/ressources-sensibilisation/tendances-utilisation-prophylaxie-pre-exposition-dans-9-provinces-canadiennes-2019-2022-infographie.html>. Consulté le 28 janvier 2025. 2. ASPC. 2024. Les progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-canada-vers-elimination-epidemie-vih.html>. Consulté le 29 juillet 2024. 3. ASPC. Les points saillants de la surveillance pour 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-points-saillants-surveillance-2023-infographie.html>. Consulté le 17 décembre 2024.

# INSPQ FAITS SAILLANTS - VIH RAPPORT 2022

- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)
- Origine d'un pays où le VIH est endémique (OPE)
- Infections par des partenaires hétérosexuels à risque ou par des contacts hétérosexuels sans autre risque connu
- Personne utilisatrice de drogues par injection (UDI)
- Cas à la fois HARSAH et UDI



Source <https://www.inspq.qc.ca/publications/3532>

## POURQUOI PRENDRE LA PREP?

### Bénéfices potentiels de la PrEP

- Elle assure une protection hautement efficace contre le VIH lorsqu'une bonne adhérence est observée.
- Elle offre une protection biomédicale complémentaire aux condoms ou offre une réelle alternative sécuritaire si le condom ne fait pas partie des stratégies qu'on utilise.
- Elle s'accompagne d'un dépistage régulier du VIH et des ITSS encadré par un suivi médical spécialisé.
- Elle permet un meilleur contrôle de sa propre protection et de son bien-être sexuel lorsqu'on ne connaît pas le statut VIH de ses partenaires.
- Elle peut contribuer à réduire l'anxiété et le stress à propos du VIH et de la sexualité.
- Elle peut contribuer à améliorer notre vie sexuelle.

### Défis potentiels de la PrEP

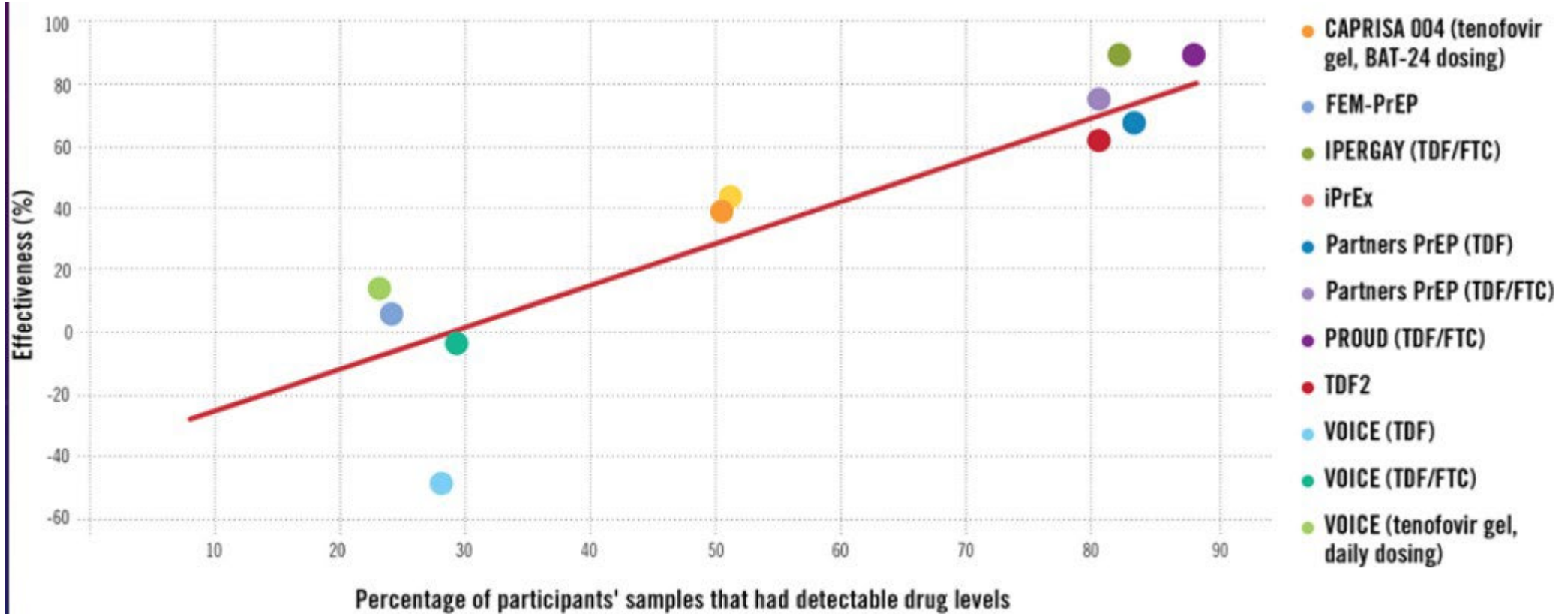
- Prise régulière d'une médication et consultations médicales périodiques avec un.e spécialiste de la santé.
- Effets secondaires possibles chez certaines personnes.
- Potentiel de développer une résistance au médicament si la prescription n'est pas correctement respectée.
- Exposition accrue aux ITSS si la PrEP n'est pas combinée à l'utilisation de barrières physiques de protection.
- Stigmatisation entourant la prophylaxie pré-exposition.
- Coûts de la médication

Source : CATIE





# ENCORE FAUT-IL LA PRENDRE ET SURTOUT BIEN LA PRENDRE!

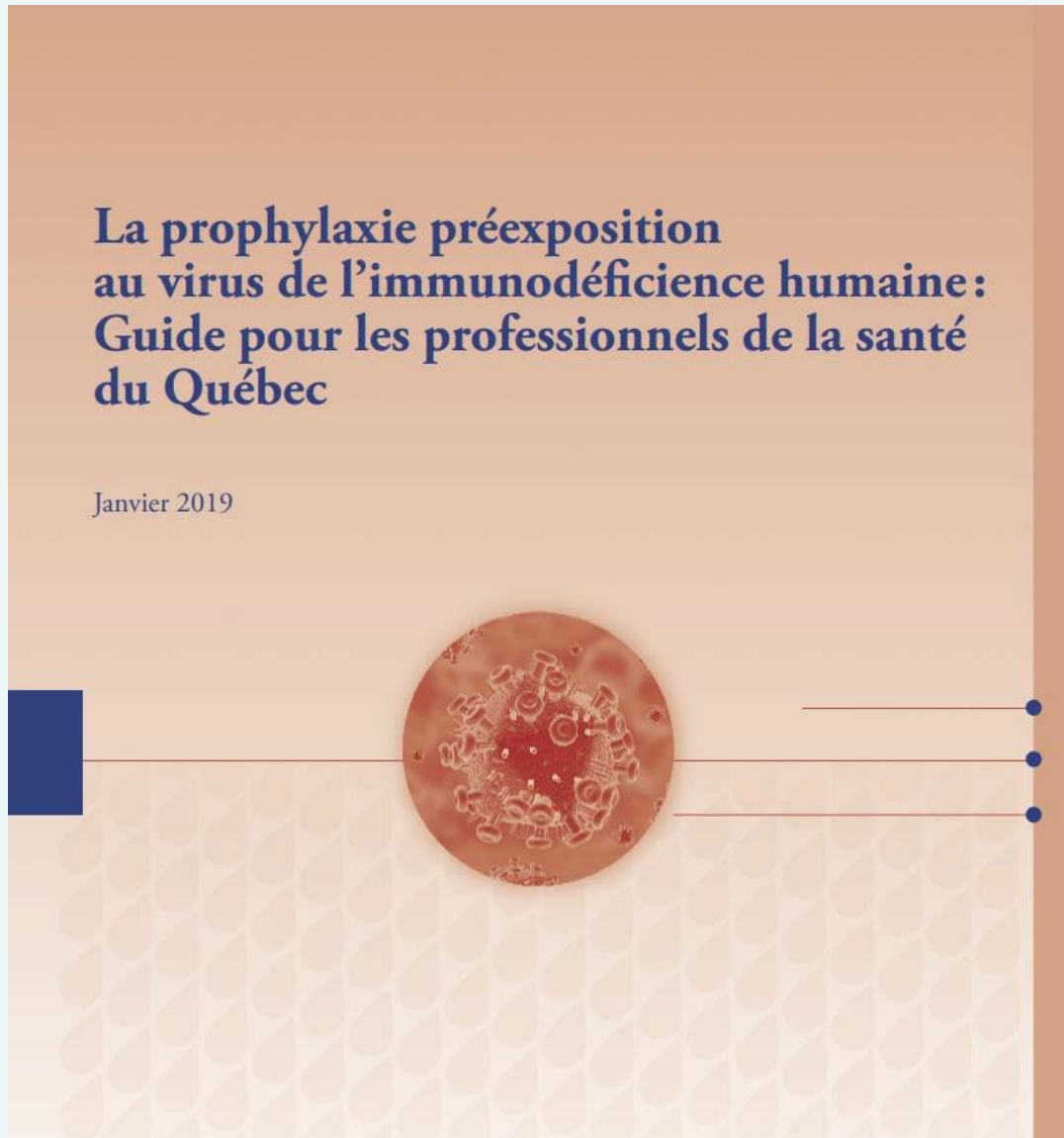


# LE RÔLE CRUCIAL DU PHARMACIEN DANS LA PPRe

"Prévention et diminution  
de la transmission des maladies transmissibles (VIH)"



# LA BIBLE!



<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>





La source canadienne  
de renseignements sur  
le VIH et l'hépatite C

<https://www.catie.ca/fr>

Séance d'information sur la PrEP à longue durée d'action  
pour la prévention du VIH par Dr Cécile Tremblay

**1-800-363-4814\***  
**CONSULTATION SIDA**

\*DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL  
COMPOSEZ LE 514-849-5520

Service spécialisé  
de consultation  
téléphonique  
sur le VIH/sida  
à l'intention des  
professionnels  
de la santé



 Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre  
SERVICE D'IMMUNODÉFICIENCE  
HÔPITAL ROYAL VICTORIA

514-849-5520

[www.guidetherapeutiquevih.com](http://www.guidetherapeutiquevih.com)

Guide Thérapeutique VIH/VHC / Outils patients / Feuilles prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP)

# Feuilles prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP)

Information destinée aux personnes qui utilisent des antirétroviraux pour éviter de contracter le VIH

Ces feuillets d'informations répondent à plusieurs questions que se posent les personnes qui utilisent la prophylaxie pré-exposition (PrEP) :

- ✓ Comment le médicament agit-il ?
- ✓ Comment prendre ce médicament ?
- ✓ Puis-je prendre d'autres médicaments ?
- ✓ Quels sont les effets indésirables ?
- ✓ Puis-je prendre de l'alcool avec le médicament ?
- ✓ J'ai oublié de prendre une dose, que faire ?
- ✓ Où et comment garder le médicament ?

## Médicaments

Cabotégavir (Apretude)



Emtricitabine/Ténofovir DF (Truvada ou générique)



Emtricitabine/Ténofovir AF (Descovy)





[www.hiv-druginteractions.org/](http://www.hiv-druginteractions.org/)

 HIV Drug Interactions

 UNIVERSITY OF  
LIVERPOOL

 TherEx  
Centre for Experimental Therapeutics

Interaction Checker →

Apps ▾

About UsInteraction CheckersPrescribing ResourcesVideosSite NewsContact UsSupport Us

Clinical Cases DDIs would like to hear from anyone who prescribed unboosted INSTIs + enzyme inducers. Click [here](#) to report your case.

# Interaction Checker

Access our free, comprehensive and user-friendly drug interaction charts

English

Español

Français

Português

*Traducciones proporcionadas por  
Fundación Huésped*

*Traductions fournies par Actions  
Traitements*

*Traduções fornecidas pela Fundação  
Huésped*

## Educational Videos

A series of mini-lectures on topics including pharmacology, HIV and drug-drug interactions

## Prescribing Resources

Interaction tables, treatment selectors, clinical prescribing resources, and pharmacokinetic fact sheets

## Bluesky

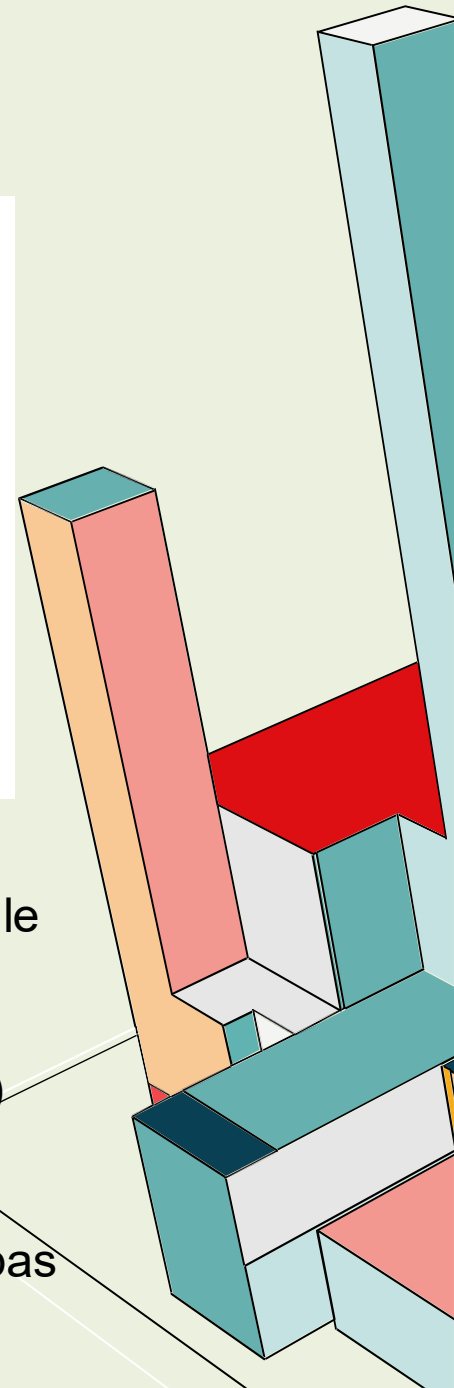
 @hivinteractions

Follow us on Bluesky for interaction news and for the latest additions and changes to the website

# Termes à éviter vs termes acceptables en 2025!

| Termes à éviter                                      | Termes à privilégier                                                                              |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personne séropositive/Malade du sida/ VIH positif    | Personne vivant avec le VIH /Personne concernée par le VIH                                        |
| Homosexuel/ Homo                                     | Parler plutôt de genre plutôt que de sexe                                                         |
| Transsexuel, trans                                   | Personne trans/personne de genre non conforme en clinique<br>Femme Trans (MtF), Homme trans (FtM) |
| Monsieur/Madame !                                    | On appelle la personne par son nom complet, prénom choisi<br>ex.voici votre médication (prénom)   |
| Prendre une pilule pour se protéger du sida!         |                                                                                                   |
| Vous voulez prendre la PrEP car vous êtes gay ou bi? | Posez des questions ouvertes, acceptez-vous de me parler un peu de votre vie sexuelle?            |

- Se rappeler de toujours privilégier un langage centré sur la PERSONNE avant la maladie ou le diagnostic
- Insister sur la confidentialité et le respect de l'intimité
- Demander et respecter les pronoms préférés : Il, elle, iel, etc. (Inscrire au dossier si possible)
- Personne trans inscrire entre parenthèse le prénom désiré, en cas de doute utiliser des formulations neutres
- Éviter les stéréotypes ou hypothèses sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ex.: Ne pas supposer le prénom ou le genre basé sur l'apparence ou le nom!



# INDICATIONS DE LA PPrE

Il est raisonnable de prescrire la PPrE aux adultes et adolescents qui en font la demande!  $\geq 12$ ans  $\geq 35$ kg

- Historique d'ITSS, principalement la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia
- Antécédents d'utilisation de la prophylaxie post exposition (PPE)
- Partenaire(s) vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée
- Partage de matériel d'injection



# Options thérapeutiques PPrE (Classes des antirétroviraux)



| Médicament<br>(Nom générique)                               | Classes des antirétroviraux                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ténofovir disoproxil<br>fumarate/Emtricitibine<br>(TDF/FTC) | Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI) combiné à un<br>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INsTI)     |
| Ténofovir alafénamide<br>/Emtricitabine<br>(TAF/FTC)        | Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI) combiné à un<br>Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INsTI) |
| Cabotégravir longue<br>action<br><br>(CAB LA)               | Inhibiteur de l'intégrase (INI)                                                                                                               |

# Options thérapeutiques PPrE (Infos pratico-pratiques)



| Médicament<br>(Nom générique)                                   | Format               | Concentration | Posologie                                            | Conservation               |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ténofovir disoproxil<br>fumarate/Emtricitibine<br><br>(TDF/FTC) | 30 Comprimés         | 300mg/200mg   | 1 comprimé DIE<br>ou<br>À la demande                 | 15 à 30 °C                 |
| Ténofovir alafénamide<br>/Emtricitabine<br><br>(TAF/FTC)        | 30 Comprimés         | 25mg/200mg    | 1 comprimé DIE                                       | ≤ 30 °C                    |
| Cabotégavir longue<br>action<br><br>(CAB LA)                    | Injectable IM<br>3ml | 600mg/3ml     | Une injection IM à 0<br>et 1 mois puis aux 2<br>mois | ≤ 30 °C<br>(pas de frigo!) |

Non RAMQ

Si frigo attendre T°N



# Options thérapeutiques PPrE (Effets indésirables)



| Médicament<br>(Nom générique)                                   | Effets indésirables                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ténofovir disoproxil<br>fumarate/Emtricitabine<br><br>(TDF/FTC) | Problèmes gastro-intestinaux (nausées, diarrhées), étourdissements, céphalées,<br>éruptions cutanées   |
| Ténofovir alafénamide<br>/Emtricitabine<br><br>(TAF/FTC)        | Problèmes gastro-intestinaux (nausées, diarrhées), étourdissements, céphalées                          |
| Cabotégravir longue<br>action<br><br>(CAB LA)                   | Réaction locale au point d'injection (douleur, rougeur, enflure, petite bosse) ≤ 7 jours,<br>céphalées |

≤ 10% transitoires

# Options thérapeutiques PPrE (Interactions médicamenteuses)



| Médicament<br>(Nom générique)                                   | Interactions médicamenteuses notoires                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ténofovir disoproxil<br>fumarate/Emtricitabine<br><br>(TDF/FTC) | AINS, valacyclovir *surveiller fonction rénale!*                                                                                                             |
| Ténofovir alafénamide<br>/Emtricitabine<br><br>(TAF/FTC)        | Anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine), Millepertuis *Inducteurs 3A4*                                                                                 |
| Cabotégravir longue<br>action<br><br>(CAB LA)                   | Anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine) *Inducteurs UGT* pas CYP<br>Notes concernant forme orale, Antiacides 2h avant ou 4h après la prise de CAB oral |

# Options thérapeutiques PPrE (Oubli de dose)



| Médicament<br>(Nom générique)                                              | Oubli de dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ténofovir disoproxil fumarate/Emtricitabine</b><br><br><b>(TDF/FTC)</b> | <p>Si prise DIE oubli de <math>\leq 12h</math> prendre le plus tôt possible<br/> (4 jours sur 7 pour hommes vs 6 jours sur 7 pour femmes selon demi-vie (17h) post atteinte de la concentration d'équilibre)<br/> Si prise à la demande, voir schéma explicatif* ... possibilité de PPE si mal pris</p>                       |
| <b>Ténofovir alafénamide /Emtricitabine</b><br><br><b>(TAF/FTC)</b>        | <p>Puisque prise DIE si oubli de dose <math>\leq 18h</math> prendre dès que possible post atteinte de la concentration d'équilibre...possibilité PPE si mal pris</p>                                                                                                                                                          |
| <b>Cabotégravir longue action</b><br><br><b>(CAB LA)</b>                   | <p><math>\pm 7</math> jours de la date cible, voir schéma explicatif **...possibilité de traitement de relais à prise orale<br/> Attention si arrêt total et la personne demeure exposée à un risque d'infection par le VIH, prévoir PPrE orale 2 mois après la dernière injection et continuer pour au moins 48 semaines</p> |



# Opportunités de PPrE en pharmacie (PL-67)



## Entrevue de départ (collecte d'informations additionnelles)

- Patient naïf ou expérimenté? Si expérimenté (problème d'adhésion ou EI)
- Antécédents d'ITSS? PPE? Derniers dépistages?
- Craintes par rapport à la PPrE (effets indésirables, stigmatisation, coûts)
- État de la vaccination (VHA, VHB(immuns-anticorps anti-HBs supérieur ou égal à 10 UI/L?), VPH, Monkey Pox 2 doses?)
- Prise de suppléments naturels ou autres, drogues illicites?
- Motivation du patient au niveau des dépistages ITSS aux 3-4 mois
- Partenaire(s) vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée



**Impliquez les  
stagiaires et  
ATP !**

# GUIDE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

## La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : guide pour les professionnels de la santé du Québec

Tableau 8. Bilan initial au moment d'entreprendre la PPrE et bilans de suivi\*

| Bilan                                                                                                                                                      | Initial | 1 mois | 3 mois | 12 mois |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|--------|---------|
| Anti-VIH 1 et 2, et Ag p24 <sup>a</sup>                                                                                                                    | X       | X      | X      |         |
| Anti-VHA (IgG anti-hépatite A) selon les recommandations du PIQ <sup>b</sup>                                                                               | X       |        |        |         |
| Sérologies pour l'hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc) <sup>c, d, e</sup>                                                                       | X       |        |        |         |
| Ac anti-VHC chez les HARSAH<br>Pour les autres groupes de population, répéter en présence de facteurs de risque <sup>f</sup>                               | X       |        |        | X       |
| Dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia chez les HARSAH<br>Pour les autres groupes de population, dépistage selon les facteurs de risque <sup>f</sup> | X       |        | X      |         |
| Sérologie pour la syphilis chez les HARSAH<br>Pour les autres groupes de population, dépistage selon les facteurs de risque <sup>f</sup>                   | X       |        | X      |         |
| Formule sanguine complète et ALT                                                                                                                           | X       |        |        |         |
| Créatinine et débit de filtration glomérulaire estimé                                                                                                      | X       | X      | X      |         |
| Analyse d'urine                                                                                                                                            | X       |        |        | X       |
| Test de grossesse (s'il y a lieu)                                                                                                                          | X       |        | X      |         |

**Abréviations :** Ac : anticorps ; Ag : antigène ; ALT : alanine transaminase ; HARSAH : homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ; IgG : immunoglobuline G ; ITSS : infection transmissible sexuellement et par le sang ; PIQ : *Protocole d'immunisation du Québec* ; PPrE : prophylaxie préexposition ; UI/L : unité internationale par litre ; VHA : virus de l'hépatite A ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

\* Les rencontres cliniques relatives à la PPrE devraient inclure des conseils aux patients sur les stratégies de réduction des risques, l'observance thérapeutique et les toxicités médicamenteuses potentielles

a. Un test de détection de l'infection par le VIH de quatrième génération est indiqué parce que le délai minimal à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée en primo-infection avec ce test est plus court qu'avec les autres tests

Prophylaxie préexposition (PPrE) : Obtenir un test de 4e génération négatif au VIH, immédiatement avant de débiter la prophylaxie, 1 mois après, puis aux 3 mois par la suite, ainsi qu'à l'arrêt. Si une infection aiguë au VIH est soupçonnée (avant de débiter ou en cours de traitement), répéter le test de 4e génération de 7 à 21 jours plus tard. La PPrE devrait être différée ou interrompue temporairement.

La durée de la **période fenêtre** post infection au VIH peut varier de deux semaines à trois mois

**Détection test rapide** (3e génération) 3 à 12 semaines

**Détection 4e génération** 2 à 6,5 semaines.  
Il peut détecter le VIH chez 50 % des gens 18 jours après l'exposition au VIH et chez 99 % des gens 44 jours après l'exposition

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>



# GUIDE PHARMACIEN SUIVI PPRe

## Outil de prise en charge des renouvellements de PrEP

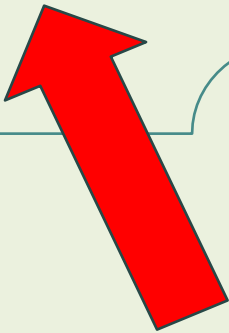
À chaque 3 à 4 mois, un suivi des résultats au DSQ doit être fait et consigné au dossier de la pharmacie. Cet outil sert d'aide-mémoire sur ce qui doit être consigné au dossier pour chaque patient prenant la PrEP et la façon de consigner l'information.

### Ce qui doit être consigné

| <i>À tous les 3 à 4 mois</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <i>À tous les ans</i>                       | <i>Une seule fois</i>                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dépistage chlamydia/gonorrhée :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Test rectal (R)</li><li>• Test urinaire (U)</li><li>• Test à la gorge (throat, T)</li></ul> <p>Dépistage de la syphilis (le test EIA reste positif s'il y a eu une infection passée et un test de confirmation d'infection active est fait)</p> <p>Dépistage VIH</p> <p>Créatinine, débit de filtration glomérulaire (DFGe)</p> | <p>Dépistage de l'hépatite C (VHC, HCV)</p> | <p>Vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Virus du papillome humaine (VPH) : Cervarix™, Gardasil™ 9</li><li>• Virus de l'hépatite A et B (VHA, VHB) : Twinrix™</li><li>• Variole simienne (monkeypox, mpox) : Invamune™</li></ul> |

### Message clé

**On fait un dépistage régulier, car si ITSS, on augmente le risque de transmission du VIH**

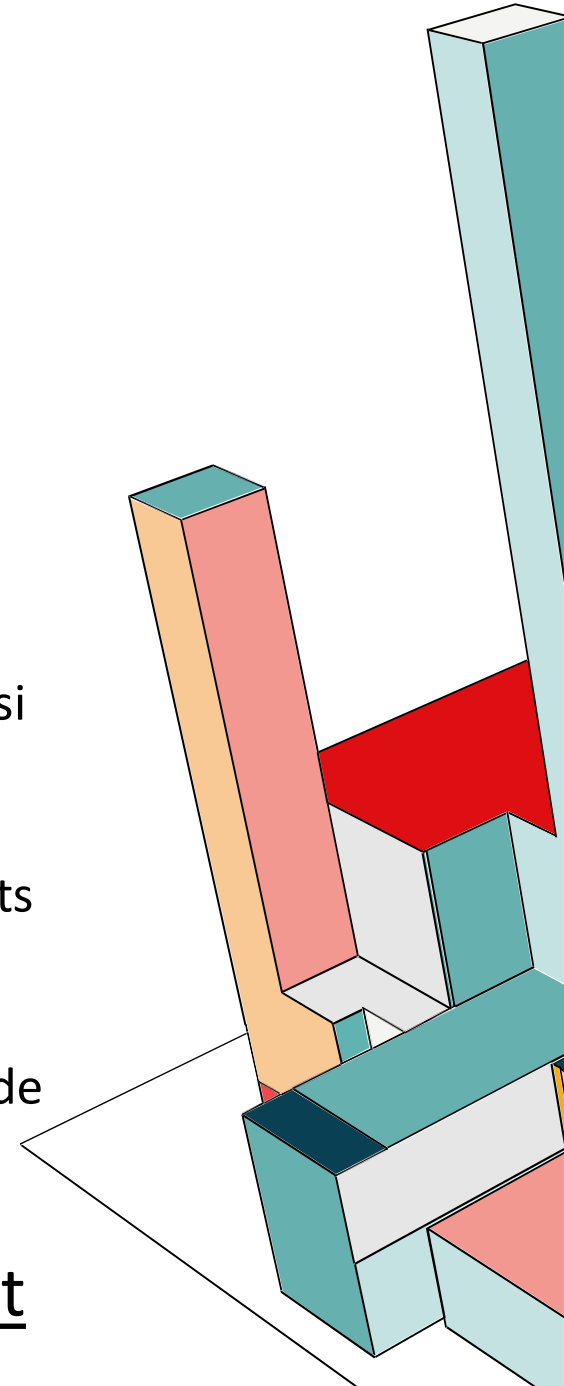


Dépistage sanguin via Point de Service Local via ClicSanté, en clinique, en pharmacie, au privé!

# Conseils généraux (Counselling)

- ✓ Confidentialité!
- ✓ Questions ouvertes, qu'est-ce qui vous amène à envisager la PPrE?
- ✓ Avez-vous déjà parlé à un autre professionnel de la santé?
- ✓ À quoi sert la PPrE? Protège contre le VIH mais pas des autres ITSS
- ✓ Avertir le patient qu'il s'engage à se faire dépister aux 3-4 mois ou au besoin si symptôme(s)! (+ Prise de sang aux 2 mois VIH si CAB LA)
- ✓ Expliquer au patient les pour et contre de chaque traitement disponible, effets indésirables/interactions médicamenteuses, oubli de dose
- ✓ Bien orienter le patient pour dépistage/prise de sang à l'interne ou via Point de service local via ClicSanté

Rester dans la bienveillance, le respect et le non-jugement



# Lignes directrices canadiennes sur la PPrE : recommandations de traitements à titre d'options de PPrE

D'après la VERSION PROVISoire des lignes directrices à être mises à jour lors de la publication finale

| Population séronégative pour le VIH  | Risque d'infection par le VIH en raison de... | TDF/FTC par voie orale 1 fois par jour | TDF/FTC par voie orale 2-1-1                   | TAF/FTC par voie orale 1 fois par jour | CAB LA injectable             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Hommes cisgenres, femmes transgenres | Relations sexuelles avec des hommes cisgenres | Recommandé (grade 1A)                  | Recommandé (grade 1B)                          | Peut être envisagé (grade 2A)          | Recommandé (grade 1A)         |
| Hommes cisgenres                     | Activité hétérosexuelle                       | Recommandé (grade 1A)                  | Peut être envisagé (grade 2B)                  | Peut être envisagé (grade 2B)          | Peut être envisagé (grade 2B) |
| Femmes cisgenres                     | Activité hétérosexuelle                       | Recommandé (grade 1A)                  | Recommandation contre l'utilisation (grade 1C) | Peut être envisagé (grade 2C)          | Recommandé (grade 1A)         |
| Tous                                 | Utilisation de drogues injectables            | Recommandé (grade 1A)                  | Non recommandé (grade 1X)                      | Peut être envisagé (grade 2D)          | Non recommandé (grade 1X)     |

■ Forte recommandation pour / contre l'utilisation ou non recommandée (1) ■ Faible recommandation pour / contre l'utilisation (2)

Niveau de preuve : A = degré de certitude élevé; B = degré de certitude modéré; C = degré de certitude faible; D = degré de certitude très faible; X = aucune étude incluse.

*Différents aspects des recommandations relatives au CAB LA injectable sont abordés dans le guide de prévention.*

## Commentaires d'experts

**Il existe un important besoin non comblé en matière de PPrE au Canada, en particulier au sein des populations non gbHARSAH. Il est important de disposer de différentes options qui conviendront au mode de vie de chaque personne (p. ex., voie orale et voie injectable) et que des choix de PPrE soient accessibles et offerts.**

# TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE ET EMTRICITABINE (TDF/FTC) 300mg/200mg



Non recommandé si ClCr ou DFGe inférieur à 60 mL/min

## Effets indésirables :

- PEU de dysfonction rénale mais possible (attention insuffisance rénale faible) (un substrat pour les protéines de transport rénal OAT1 et OAT3)
- Rares cas de déminéralisation osseuse (attention patient antécédent fracture)
- Attention au VHB! Risque d'hépatite fulminante à l'arrêt

Si diminution clairance créatinine\*\*\* sous traitement : évaluer les causes possibles :

- Déshydratation ++
- Attention acidose tubulaire proximale (syndrome de Fanconi)
- Supplémentation entraînement (dose de charge créatine), anabolisant etc.
- Interactions médicamenteuses (AINS, valacyclovir...)

\*\*\*Peut-être opter pour la prise à la demande?

Dépistage ITSS  
aux 3- 4 mois

PRISE DIE ou à la demande

Prise DIE pour Femme  
hétérosexuelle

Élimination :

Emtricitabine - Largement éliminée dans les urines (86%), plus faiblement au niveau des selles (14%).

Ténofovir-disoproxil - Élimination principalement rénale par filtration glomérulaire et sécrétion tubulaire active.

Demi-vie (t<sub>1/2</sub>) :

Emtricitabine - environ 10 heures

Ténofovir-disoproxil - 17 heures

# PRISE QUOTIDIENNE TDF/FCT



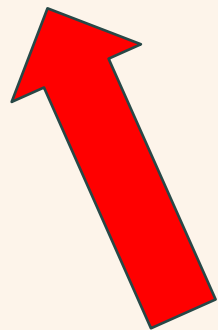


# PRISE À LA DEMANDE TDF/FCT (1 SEUL RAPPORT)

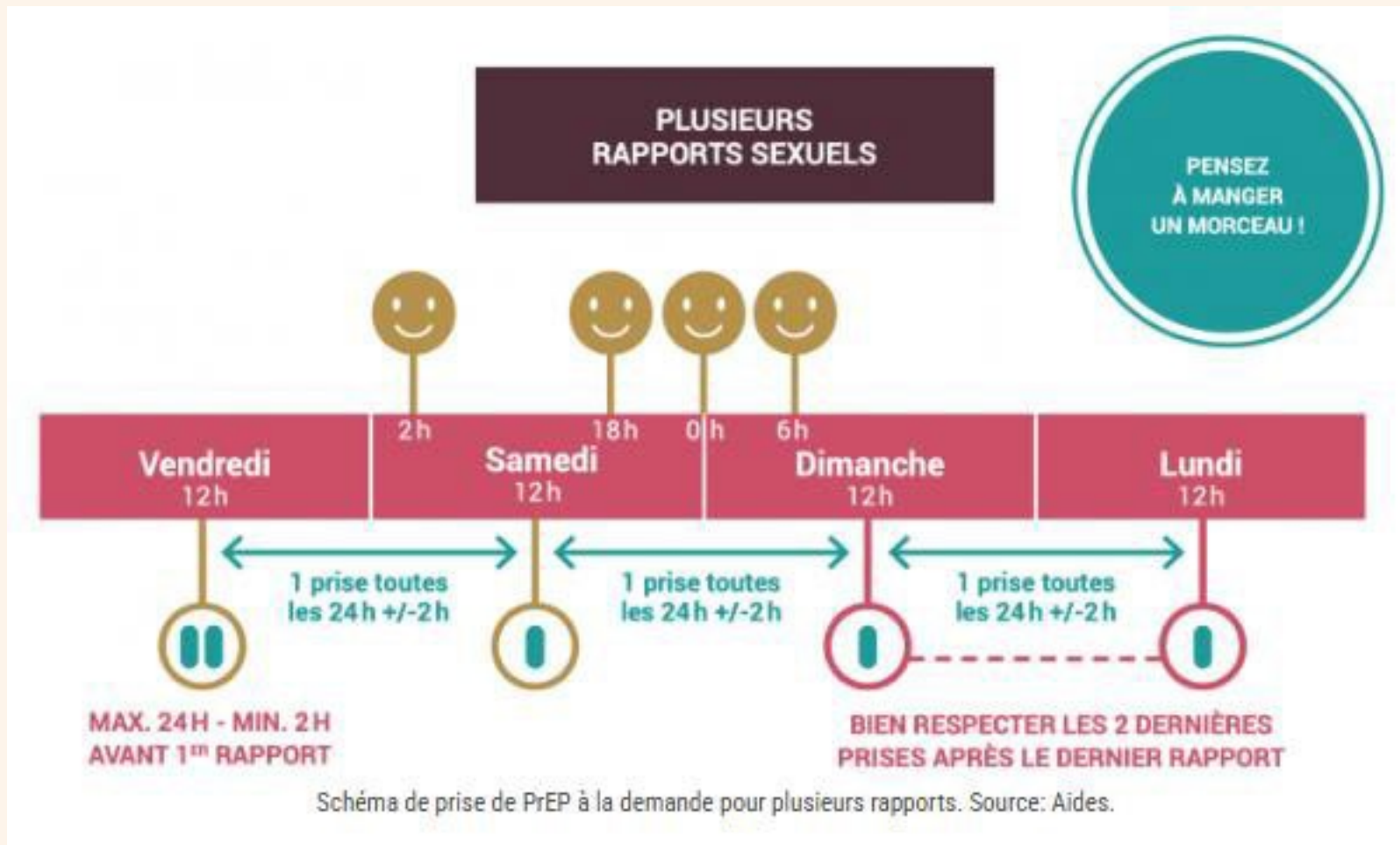


Répéter la posologie au patient à chaque renouvellement!  
2 comprimés de 2à24h avant la relation puis 1 co. à chaque 24 heures, répéter 1 co./jr jusqu'à 48 hrs APRÈS dernière relation

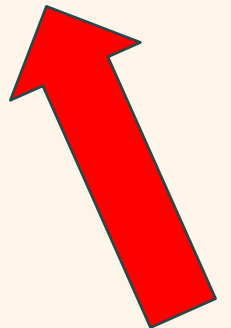
Schéma 2-1-1  
GbHARSAH et  
Femme  
transgenre  
seulement!



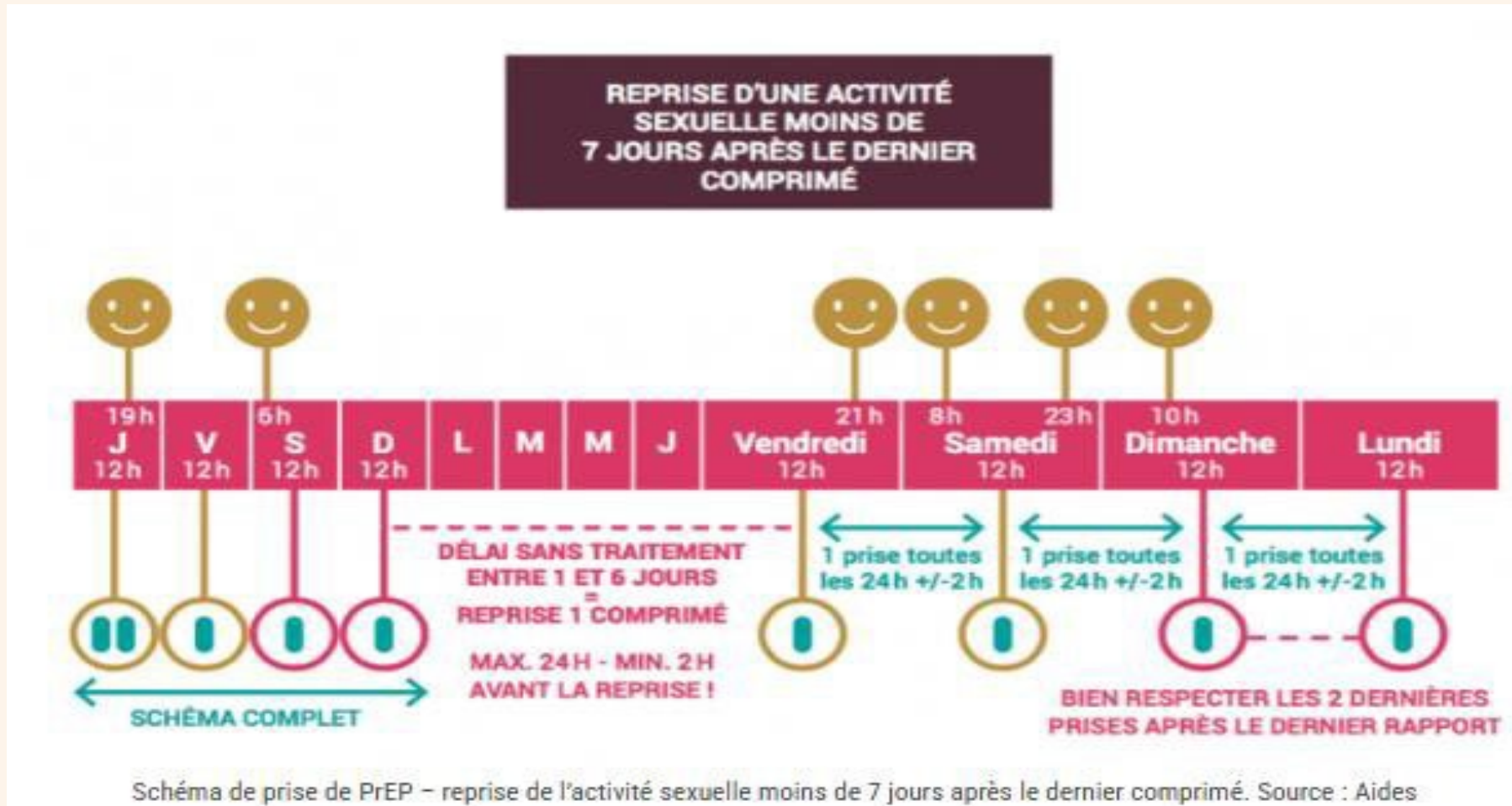
# PRISE À LA DEMANDE TDF/FCT (++RAPPORTS)



GbHARSAH et  
Femme transgenre  
seulement!

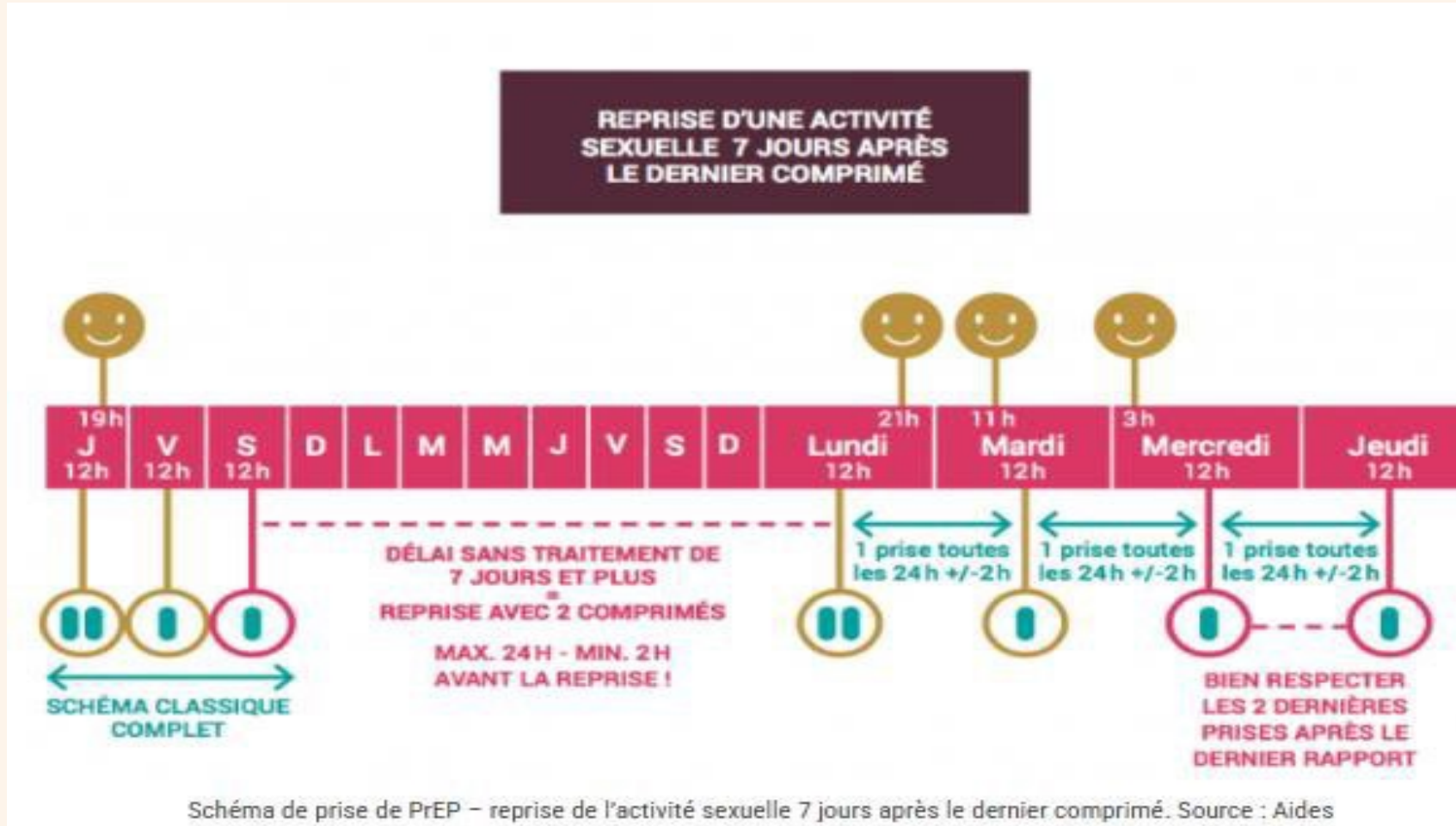


# PRISE À LA DEMANDE (CAS PARTICULIER)



GbHARSAH et  
Femme  
transgenre  
seulement!

# PRISE À LA DEMANDE (CAS PARTICULIER)



GbHARSAH et  
Femme transgenre  
seulement!



# TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE ET EMTRICITABINE (TAF/FTC) DIE 25mg/200mg



- Non recommandé si ClCr ou DFGe inférieur à 30 mL/min
- Pro médicament : La concentration plasmatique de TAF est plus basse que celle du TDF, ce qui permet de réduire la toxicité rénale et osseuse\*
- la cinétique du TAF est caractérisée par une meilleure stabilité plasmatique, des concentrations intracellulaires plus élevées du métabolite actif (ténofovir diphosphate)
- Pas remboursé par la RAMQ, programme d'aide de la Compagnie
- Attention VHB : risque d'hépatite fulminante à l'arrêt

Dépistage ITSS  
aux 3- 4 mois

Prise DIE  
seulement

Ne se prend pas à la demande!

|                 |                                                                                                  |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Élimination :   | Emtricitabine : Fèces 14 % - Urine < 70 %.<br>Ténofovir-alafénamide : Fèces 32 % - Urine < 1 %.  |
| Demi-vie (t½) : | Emtricitabine - environ 10 heures<br>Ténofovir-alafénamide - 0.51 heure, (ténofovir - 32 heures) |





# TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE ET EMTRICITABINE (TAF/FTC) DIE



## Interactions médicamenteuses

Attention anticonvulsivants : carbamazépine, phénytoïne (inducteurs puissants 3A4/ PgP)

Produits naturels : millepertuis (inducteur 3A4 dépend de la dose, inducteur PgP)

| Voies métaboliques |                                                                                                |                                                                                               | Transporteurs                                                                                |      |    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|
|                    |  inhibiteur |  inducteur |  substrat |      |    |
| CYP3A4             |                                                                                                |                                                                                               | +                                                                                            | BCRP | ++ |
|                    |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                              | MRP2 | ++ |
|                    |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                              | P-gp | ++ |

# **CABOTEGRAVIR ORAL (30mg) ET INJECTABLE (CAB LA) (600mg/3ml)**



## **Phase orale préliminaire (facultative) CAB oral**

- surtout pour la tolérance du produit
- 1 comprimé par jour pour  $\geq 28$  jours

## **Phase injectable**

### **Posologie :**

- Une injection IM au jour 0 suivie d'une injection après 30 jours, puis 1 injection IM aux 2 mois par la suite

### **Messages clés**

Avant chaque injection on doit faire un dépistage VIH (4e génération)

Dépistage ITSS aux 4 mois

# CAB LA



# À REEMPLIR PAR LE MÉDECIN OU IPS

PROGRAMME DE SOUTIEN  
**APRETUDE**  
SUPPORTS

## INSCRIPTION AU PROGRAMME



**VEUILLEZ NE PAS ENVOYER  
CE FORMULAIRE À  
VIV SOINS DE SANTÉ.**

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli par télécopieur au numéro sans frais 1-855-448-0514 ou par courriel à l'adresse [info@apretude.ca](mailto:info@apretude.ca). Numéro de téléphone sans frais : 1-844-266-2164. Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure de l'Est, sauf les jours fériés.

### RENSEIGNEMENTS SUR L'UTILISATEUR D'APRETUDE

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Prénoms à utiliser : ☐ Elle/la ☐ Il/lui ☐ Je/le

Numéro de dossier de la clinique \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Sexe à la naissance : ☐ Féminin ☐ Masculin

Langue de préférence : ☐ Anglais ☐ Français

Principale personne-ressource (si autre que l'utilisateur d'APRETUDE) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ ☐ Ne pas laisser de message

Autre numéro de téléphone (le cas échéant) \_\_\_\_\_ ☐ Ne pas laisser de message

Préférences de communication ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soir ☐ Autre \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LA COUVERTURE DU PATIENT

☐ Régime privé ☐ Régime public

Nom du fournisseur \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de régime \_\_\_\_\_ Date de naissance du titulaire de régime (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Numéro de groupe/régime/police (s'il y a lieu, n° d'assurance maladie provinciale) \_\_\_\_\_

Numéro de certificat/d'identification du participant \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE L'UTILISATEUR D'APRETUDE OU DE SON TUTEUR

☐ J'ai lu, compris et accepte la déclaration d'autorisation de l'utilisateur d'APRETUDE au verso de ce formulaire.

Signature de l'utilisateur d'APRETUDE ou de son représentant légal \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**OU**

### Consentement verbal

☐ L'utilisateur d'APRETUDE confirme avoir lu, compris et accepté la déclaration d'autorisation de l'utilisateur d'APRETUDE au verso de ce formulaire.

Signature \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Par (OBLIGATOIRE) \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PRESCRIPTEUR

Nom du professionnel de la santé prescripteur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Mode de communication préféré : ☐ Courriel ☐ Téléphone ☐ Télécopieur ☐ Principale personne-ressource

Principale personne-ressource (si autre que le professionnel de la santé prescripteur) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

- ☐ **Critères d'admissibilité** : Je confirme par la présente que la personne à inscrire est un adulte ou un adolescent âgé de 12 ans ou plus et pesant au moins 35 kg à risque de transmission sexuelle de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine 1 (VIH-1) dont la séro-négativité est confirmée.

Il faut faire passer un test de dépistage du VIH-1 aux personnes avant d'amorcer un traitement par APRETUDE. Un dépistage de l'infection par ce virus devrait également être effectué avec chaque administration subséquente d'APRETUDE.

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE

#### PREND ACTUELLEMENT LA PPÉ

☐ Oui ☐ Non

#### TRAITEMENT PRÉLIMINAIRE PAR VOIE ORALE

☐ Oui

**APRETUDE** (cabotégravir à 30 mg) (> 28 jours)

Une fois par jour. La première injection a lieu le dernier jour du traitement préliminaire par APRETUDE par voie orale ou dans les 3 jours suivants.

**Delivrer une quantité suffisante pour 30 jours.**

☐ Non

#### INJECTIONS

☐ **Injections initiales d'APRETUDE**

3 mL (600 mg) de cabotégravir

**1 injection I.M. par mois pendant 2 mois**

☐ **Injections subséquentes d'APRETUDE**

(à commencer 2 mois après la seconde injection initiale)

3 mL (600 mg) de cabotégravir

**1 injection I.M. tous les 2 mois**

Renouvellements \_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_

### DEMANDES D'ANALYSE DE LABORATOIRE pour les tests de dépistage sérologique du VIH (choisir une option)

- ☐ seront effectuées par le professionnel de la santé prescripteur
- ☐ seront effectuées à chaque injection par Bayshore avec \_\_\_\_\_ renouvellements

### AUTORISATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

En signant le présent document, vous indiquez :

- Avoir lu, compris et accepté la déclaration d'autorisation du professionnel de la santé au verso de ce formulaire.
- Cette ordonnance représente l'ordonnance originale.

Signature du professionnel de la santé \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Télocopie confidentielle : Ce message contient des renseignements privilégiés et confidentiels qui ne doivent pas être divulgués. Si vous n'êtes pas le destinataire de ce message, veuillez communiquer avec le programme de soutien APRETUDE SUPPORTS et détruire ce message ainsi que toute copie existante.

APRETUDE est indiqué chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus et pesant au moins 35 kg à risque pour la PPÉ afin de réduire le risque de transmission sexuelle de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine 1 (VIH-1).

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <https://viiexchange.com/fr-ca/apretude-mp> pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde et précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la pharmacologie et les conditions d'utilisation clinique. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie en composant le 1-877-393-8448. Pour signaler un effet indésirable, veuillez composer le 1-877-393-8448.

### AUTORISATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Veillez lire les renseignements figurant dans la section relative à la déclaration d'autorisation de l'utilisateur d'APRETUDE pour obtenir une description détaillée du programme de soutien aux patients **APRETUDE SUPPORTS** (le « programme ») et si vous les approuvez, veuillez signer à l'endroit indiqué.

- J'atteste que pour prescrire ce médicament à cet utilisateur, je me suis fondé sur mon jugement médical indépendant et sur le consentement éclairé de l'utilisateur. Je reconnais que la participation de l'utilisateur à ce programme prendra fin si l'utilisation du médicament n'est pas conforme à la monographie du produit.
- J'accepte que **RX SPÉCIALITÉS BAYSHORE LTÉE** (« le fournisseur de services ») et/ou **ViiV Soins de santé ULC** (« ViiV ») communiquent avec moi au sujet de l'utilisateur, du produit ou de plaintes relatives au produit. Je consens à ce que les renseignements indiqués dans mes ordonnances soient utilisés aux fins de l'administration, de la surveillance et de l'évaluation du programme.
- J'autorise le fournisseur de services, dans le contexte du programme, à être mon mandataire désigné pour transmettre l'ordonnance par télécopieur ou par un autre mode d'expédition à la pharmacie choisie par l'utilisateur dont le nom est indiqué plus haut.
- Je comprends que mes renseignements, y compris les renseignements indiqués dans mes ordonnances, peuvent être communiqués à ViiV aux fins de l'évaluation du programme.
- Je reconnais que des effets indésirables peuvent être signalés dans le cadre de la participation de la personne au programme et je comprends que ViiV ou ses mandataires et/ou le fournisseur de services peuvent communiquer avec moi pour fournir des renseignements de suivi à Santé Canada.

### AUTORISATION DE L'UTILISATEUR D'APRETUDE OU DE SON TUTEUR OU REPRÉSENTANT LÉGAL

En signant le présent formulaire (ou en donnant votre consentement verbal), vous acceptez de vous inscrire au programme de soutien aux patients **APRETUDE SUPPORTS** (le « programme ») et attestez avoir lu et compris les renseignements ci-dessous :

- Le programme est destiné à faciliter l'accès au médicament à des personnes admissibles ayant reçu une ordonnance d'APRETUDE et à leur fournir une aide complémentaire. Les services offerts dans le cadre du programme peuvent comprendre : (i) l'examen de l'admissibilité au remboursement du médicament et/ou à une aide financière (ii) un soutien pour l'administration d'APRETUDE, l'exécution de l'ordonnance, la livraison du médicament ou les tests de dépistage et (iii) des ressources sur la maladie et le médicament.
- Je comprends que le fournisseur de services, au nom de ViiV Soins de santé ULC (« ViiV »), peut recueillir et conserver (i) des renseignements personnels tels que mon nom, mon adresse, mon numéro de téléphone, ma date de naissance, (ii) des renseignements d'ordre médical liés au trouble médical pour lequel **APRETUDE** m'a été prescrit, y compris les données sur les résultats signalés par les patients et (iii) des renseignements liés à mon assurance tels que des renseignements concernant ma couverture d'assurance maladie (collectivement « mes renseignements » ou « vos renseignements »). Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements aux fins des services fournis dans le cadre du programme.
- Le programme est un programme ViiV, administré par un tiers fournisseur de services (le « fournisseur de services ») sélectionné par ViiV. Dans l'éventualité où ViiV désigne un nouveau fournisseur de services, j'accepte que mes renseignements lui soient transmis afin d'assurer la continuité des services offerts dans le cadre du programme.
- J'autorise le fournisseur de services, au nom de ViiV, à communiquer avec moi, mes proches aidants, mon professionnel de la santé prescripteur, mon pharmacien, un membre du personnel infirmier ou tout autre professionnel de la santé qui me dispense des soins, ainsi qu'avec tout assureur ou organisme gouvernemental en vue notamment de recueillir des renseignements additionnels, si cela est jugé nécessaire pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité de la présente demande et pour administrer le programme.
- En temps normal, ViiV ne consulte pas vos renseignements et délègue cette tâche au fournisseur de services, dans le cadre de l'administration du programme. Néanmoins, ViiV peut accéder directement à vos renseignements dans de rares circonstances, par exemple, pour transférer vos renseignements personnels à un nouveau fournisseur de services, pour procéder à des audits du programme afin d'évaluer ou d'améliorer celui-ci, ou pour rendre des comptes à des autorités réglementaires (p. ex. pour signaler des effets indésirables à un organisme gouvernemental).
- Je comprends que les assureurs peuvent être tenus de recueillir des renseignements d'ordre médical associés à l'utilisation d'APRETUDE et que ces données peuvent être communiquées aux assureurs et aux organismes de réglementation dans la mesure nécessaire pour permettre le remboursement. Je consens à ce que le fournisseur de services communique avec moi pour me demander de répondre à des questionnaires ou de fournir de la rétroaction au sujet des services dont je bénéficie en lien avec mon affection médicale ou le traitement par **APRETUDE** à des fins d'étude de marché et d'évaluation de la qualité des services fournis dans le cadre du programme.
- Le fournisseur de services peut fournir à ViiV des renseignements anonymisés ou regroupés recueillis dans le cadre du programme, qui pourraient être utilisés par ViiV à des fins de recherche clinique, de recherche sur les résultats de santé, d'études de marché ou d'évaluation interne, et divulgués par ViiV à des tiers conformément à la politique de confidentialité de ViiV accessible à <https://viihealthcare.com/fr-ca/renonce-de-confidentialite/>.
- Je comprends que mes renseignements seront stockés dans une base de données sécurisée et confidentielle et que l'accès à la base de données sera limité au personnel autorisé. Des mesures de protection sont utilisées pour protéger mes renseignements contre l'accès, la divulgation, la copie, l'utilisation ou la modification non autorisés. J'ai le droit de demander l'accès à mes renseignements que ViiV et/ou son tiers fournisseur de services conservent dans leurs dossiers, sous réserve des restrictions d'ordre légal applicables, ce qui comprend le droit de corriger ces renseignements et de recevoir un compte rendu de la manière dont ils ont été utilisés et une liste des organisations à qui ils ont été divulgués. Pour demander l'accès à mes renseignements personnels, ou encore pour formuler une demande ou une plainte, je peux communiquer avec le fournisseur de services, par téléphone au **1-800-668-9490**, ou avec le Bureau de la protection des renseignements personnels de Bayshore, par courriel, au [privacyofficer@bayshore.ca](mailto:privacyofficer@bayshore.ca). Je comprends et j'accepte que mes renseignements puissent être transférés et conservés à l'extérieur de ma province, de mon territoire ou de mon pays et que les lois sur la protection des renseignements personnels en vigueur dans ces régions puissent être moins strictes que les lois en vigueur au Canada et dans ses provinces. En plus de ce qui précède, je comprends et j'accepte que mes renseignements puissent être utilisés ou communiqués à quiconque dans la mesure où cette communication est prescrite par une loi, un règlement ou une ordonnance du tribunal applicables.
- Je comprends que (i) je ne suis pas obligé de consentir à la présente autorisation, mais que si je ne le fais pas, je ne pourrai pas participer au programme; (ii) le consentement à la présente autorisation n'est pas une exigence aux fins de la couverture d'assurance et n'aura aucune incidence sur mon inscription à l'assurance; (iii) la participation au programme n'est pas obligatoire pour avoir accès à **APRETUDE**; (iv) l'acceptation de ma participation au programme repose sur des critères prédéfinis. Si je ne suis satisfait pas aux critères, je peux voir ma demande d'inscription rejetée ou être retiré du programme; (v) ViiV peut annuler ou modifier le programme en tout temps; (vi) je peux révoquer la présente autorisation en envoyant une lettre à : **Programme de soutien APRETUDE SUPPORTS, 2101 Radwin Road, Mississauga, ON L5K 2L3** ou à toute autre adresse fournie par le fournisseur de services, mais que si je le fais, je ne pourrai plus participer au programme; (vii) la révocation de l'autorisation aura pour effet d'interdire l'utilisation et la divulgation de mes renseignements APRÈS la date à laquelle ma lettre de révocation est reçue et traitée, mais n'aura pas pour effet d'empêcher ViiV d'utiliser les renseignements communiqués déjà reçus, uniquement aux fins du programme.



ViiV Soins de santé ULC  
75 rue Queen, bureau 1 400  
Montréal (Québec) H3C 2N6  
vii@viihealthcare.ca

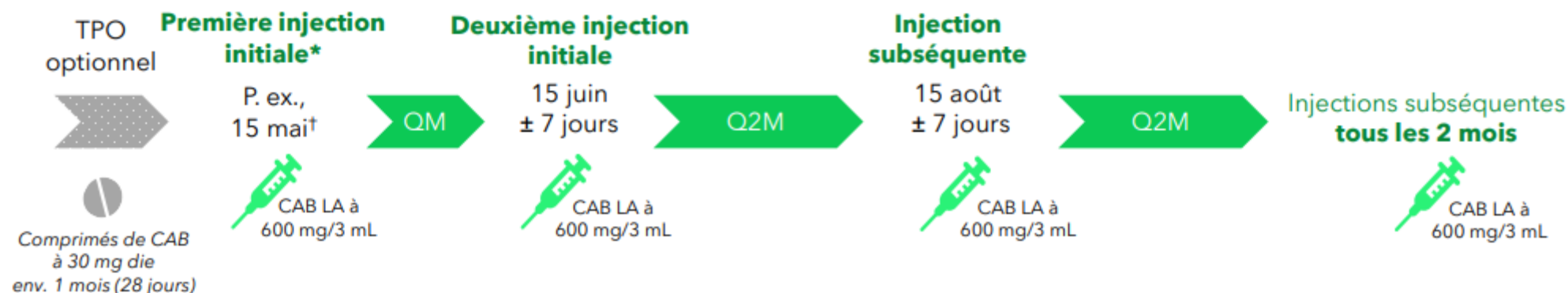
Les marques de commerce sont détenues ou utilisées sous licence par le groupe de sociétés de ViiV Soins de santé.  
© 2016 groupe de sociétés de ViiV Soins de santé ou son concessionnaire de licence.  
Code : PPA-CA-CR1-LBNF-240006-F Date : 12-2014



# Amorce du traitement par le CAB LA pour la PPrE

Les injections de CAB LA peuvent être administrées directement, ou encore un traitement préliminaire par voie orale peut être utilisé pour évaluer la tolérabilité<sup>1</sup>. Selon les lignes directrices de l'IAS-USA, il faut restreindre l'utilisation du traitement préliminaire par voie orale aux patients qui ont des antécédents d'atopie grave ou chez qui celle-ci pourrait être préoccupante, car la possibilité de non-adhésion à l'administration orale peut entraîner une période de vulnérabilité à l'infection par le VIH (classification des données : AIII)<sup>2</sup>.

**Le CAB LA est administré sous forme d'injections reçues à temps tous les mois pendant 2 mois, puis tous les 2 mois<sup>1</sup>.**



## Commentaires d'experts

**Selon les lignes directrices canadiennes, d'après des modèles pharmacocinétiques, le temps estimé entre l'amorce du traitement par le CAB LA et l'atteinte de la protection est de 7 jours<sup>3</sup>.**

**Chez les patients qui prennent déjà une PPrE par voie orale, il faut la poursuivre pendant 7 jours après la première injection de CAB LA afin d'optimiser la protection. De plus, il convient de remettre au patient un approvisionnement de traitement de relais par voie orale le jour de l'injection afin qu'il l'ait à sa disposition en cas d'omission d'un rendez-vous planifié.**

**Chez les patients qui ne prennent pas de PPrE et qui ont eu une exposition entraînant un risque élevé au cours des 6 dernières semaines, il faut envisager d'amorcer d'abord une PPrE par voie orale, puis passer à la PPrE injectable après un nouveau test de dépistage du VIH à 6 semaines, en raison du risque de survenue d'un syndrome LEVI.**

« Le traitement préliminaire par voie orale est optionnel. J'explique le faible risque d'intolérance au médicament et je discute ensuite avec le patient. Je lui rappelle le calendrier d'injection tous les 2 mois et le dépistage nécessaire. S'il décide d'arrêter, il pourrait devoir prendre une PPrE par voie orale pendant quelques mois après l'arrêt, selon le risque auquel il est exposé. »

**Gordon Liu**  
M.D., CCFP, AAHIVS

\*Si le TPO est utilisé, la première injection doit être administrée le dernier jour du TPO ou dans les 3 jours suivants. †Le jour cible choisi devient la date de traitement cible pour l'administration de toutes les injections subséquentes.

1. ViiV Soins de santé ULC. Monographie d'Apretude, 14 mai 2024. 2. Gandhi RT, et al. JAMA. 1<sup>er</sup> décembre 2024. Publication en ligne avant l'impression.

3. Tan DHS, et al. DRAFT GUIDELINES FOR COMMENT.





# Date cible de l'injection et fenêtre d'administration

La date de la première injection initiale devient la date de traitement cible pour l'administration des injections subséquentes. La dose peut être administrée 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après la date de traitement cible. Les injections doivent être administrées aussi près que possible de la date d'injection cible. **Utilisez la date établie (p. ex., le 15 du mois) comme date de traitement cible.**

Il est fortement recommandé de respecter le schéma d'administration des injections.

## Commentaires d'experts

**Le « jour » cible du mois reste le même, peu importe à quel moment la personne reçoit l'injection à l'intérieur de la fenêtre des injections antérieures. Si on cible le 15 du mois, la date cible d'injection restera toujours le 15 du mois.**

**Par exemple :**

**Joe reçoit sa 1<sup>re</sup> injection initiale le 1<sup>er</sup> juin. Sa prochaine injection est prévue le 1<sup>er</sup> juillet, mais il la reçoit le 3 juillet. Malgré cela, le rendez-vous pour sa première injection Q2M demeure le 1<sup>er</sup> septembre.**

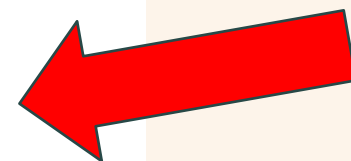
## Exemple de date cible d'injection le 15<sup>e</sup> jour du mois

|    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    | 1  | 2  | 3  |
| 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |    |

 Date cible d'injection

 Fenêtre d'injection : 7 jours avant / après la date cible d'injection

Concept  
Target Date





# Reprise de l'administration des injections après une dose omise, avec ou sans traitement de relais à prise orale

Il est fortement recommandé de respecter le schéma d'administration des injections. Les personnes qui manquent une visite d'injection prévue depuis > 7 jours doivent faire l'objet d'une réévaluation clinique, et un test de dépistage du VIH doit être réalisé pour s'assurer que la reprise de la PPrE demeure appropriée. Les comprimés oraux de CAB peuvent être utilisés en tant que PPrE par voie orale à court terme chez les personnes qui ne pourront pas recevoir les injections prévues CAB LA.



## Traitement de relais à prise orale



Combien de temps s'est écoulé depuis la **date d'injection cible manquée<sup>†</sup>**?

Si une injection ne peut être reçue dans les 7 jours qui précèdent ou qui suivent la date prévue au calendrier, entreprendre un traitement oral quotidien par le CAB LA pendant une période pouvant aller jusqu'à 2 mois, pour remplacer une injection\*.

Dans les cas de traitement par le CAB par voie orale qui dépasserait 2 mois, il est recommandé d'opter pour un autre traitement par voie orale.

≤ 1 mois

**Poursuivre les injections d'APREUDE tous les 2 mois<sup>‡</sup> le plus tôt possible**

> 1 mois

**Réinstaurer les injections<sup>‡</sup>**

2 injections initiales à 1 mois d'intervalle, puis tous les 2 mois par la suite

## Commentaires d'experts

### Points clés à retenir pour les patients :

*Si le patient estime qu'il ne pourrait pas recevoir l'injection dans les 7 jours qui précèdent ou qui suivent la date prévue au calendrier, il doit entreprendre le traitement oral le jour où il aurait dû recevoir l'injection. Il devrait communiquer avec la clinique dès que possible pour prendre un nouveau rendez-vous; le patient ne peut pas prendre les comprimés oraux de CAB comme traitement de relais pendant > 2 mois. S'il planifie le faire, il faut changer de traitement de PPrE. Si le patient utilise un traitement de relais par le CAB par voie orale, mais il manque l'injection prévue à la date cible de > 1 mois, il va devoir recevoir les injections initiales 1 fois par mois (2 injections à 1 mois d'intervalle).*

**Envisagez de prescrire le CAB par voie orale le jour de la première injection afin que le patient ait une ordonnance « au cas où ».**

\*Si un traitement de relais à prise orale est utilisé, reprendre l'administration des injections de CAB LA le dernier jour d'administration par voie orale ou dans les 3 jours suivants. <sup>†</sup>Si une personne omet ou reporte une injection de plus de 7 jours et qu'elle n'a pas reçu de traitement oral dans l'intervalle suivant la dose omise, il faut procéder à une réévaluation clinique afin de déterminer si la reprise de l'administration des injections est appropriée. <sup>‡</sup>Injections i.m. de CAB LA à 600 mg/3 mL.



# Que dois-je savoir à propos de la queue pharmacocinétique? (1 de 2)



En raison des propriétés associées à la longue durée d'action du CAB, des concentrations résiduelles du médicament peuvent persister dans la circulation générale des personnes pendant une période prolongée (jusqu'à 12 mois, voire plus)<sup>1</sup>.

- Graduellement, la protection conférée par les concentrations de CAB diminue, et les infections par le VIH peuvent survenir, comme on l'a constaté dans les études contrôlées à répartition aléatoire<sup>2</sup>.

Dans les lignes directrices canadiennes, on peut lire que « **si le traitement par le CAB LA est arrêté et la personne demeure exposée à un risque d'infection par le VIH, la reprise d'une autre PPrE pendant au moins 48 semaines est recommandée si le risque d'infection par le VIH demeure présent**<sup>3</sup>. »

Les lignes directrices internationales émettent certaines recommandations visant la prévention de l'infection par le VIH durant la queue pharmacocinétique du CAB LA :

- **Lignes directrices de l'IAS-USA** : Faire passer les personnes qui demeurent à risque d'infection par le VIH à la PPrE par voie orale pendant la période de risque continu<sup>4</sup>.
- **Lignes directrices de l'OMS** : Donner des conseils sur l'importance d'utiliser d'autres options de prévention (p. ex., préservatifs, PPE, PPrE orale) si le risque de contracter le VIH demeure présent<sup>2</sup>.

Selon la monographie :

*D'autres formes de PPrE doivent être envisagées après l'arrêt du traitement par APRETUDE pour les **personnes exposées à un risque continu** d'acquisition du VIH-1; elles doivent être instaurées dans les deux mois suivant la dernière injection d'APRETUDE<sup>1</sup>.*

## Commentaires d'experts

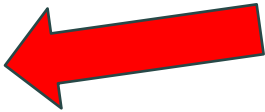
**Remettez une ordonnance de PPrE par voie orale à toute personne qui cesse le traitement par le CAB LA et insistez sur la nécessité de recourir à un autre moyen de protection pendant une période pouvant atteindre 12 mois si elle demeure exposée à un risque, qu'il soit anticipé ou non. La personne peut cesser tout traitement si elle se trouve dans une situation exempte de tout risque (p. ex. couple fermé). Dans l'éventualité où une situation exposant la personne à un risque imprévu se produit et qu'elle ne prend pas de PPrE orale, la PPE peut être utilisée.**

1. ViiV Soins de santé ULC. Monographie d'Apretude, mai 2024. 2. Organisation mondiale de la Santé. 2022 Guidelines On Long-acting Injectable Cabotegravir for HIV Prevention. En ligne : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097>. Consulté le 28 août 2024. 3. Tan DHS, et al. DRAFT GUIDELINES FOR COMMENT.

4. Gandhi RT, et al. JAMA. 2023;329(1):63-84.

# LENACAPAVIR (INHIBITEUR DE LA CAPSIDE)

## Futur proche

- 2 injections de 1,5ml en sous-cutanée aux 6 mois
- Utilisé présentement dans les cas de résistance en association avec autres tx contre le VIH
- Attention Inhibiteur CYP 3A4 et Pg-P 
- Dépistage ITSS aux 6 mois?
- Posologie à l'étude : 2 comprimés lenacapavir avec la 1ère injection (2x 1,5ml) puis 2 comprimés le jour 2 et ensuite 1 injection (2 x 1,5ml) aux 6 mois ??

| Voies métaboliques |                                                                                                  |                                                                                                 | Transporteurs                                                                                  |      |                                                                                                  |                                                                                                 |                                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |  inhibiteur |  inducteur |  substrat |      |  inhibiteur |  inducteur |  substrat |
| CYP3A4             | ++                                                                                               |                                                                                                 | +++                                                                                            | BCRP | ++                                                                                               |                                                                                                 |                                                                                                |
| UGT1A1             |                                                                                                  |                                                                                                 | ++                                                                                             | P-gp | ++                                                                                               |                                                                                                 | +                                                                                              |

# POINT SUR LA DOXY PEP!

- Surtout prévention de la Chlamydia /Syphilis  
Moindre proportion pour prévention  
Gonorrhée
- Photosensibilité (dose >150mg DIE) 
- Diarrhées (en addition PPrE orale!)
- Attention interaction IONS multivalents/produits laitiers/FER\*
  - Formation de complexes non absorbés
    - Espacer de 2h avec la prise
      - \*fer peut être de plusieurs heures

## DOXY PEP-Posologie

2 COMPRIMÉS (200mg) à  
l'intérieur de 72 heures après les  
rapports non- protégés  
\*maximum 3 fois PAR SEMAINE\*



# LES ERREURS EN PHARMACIE

1- Patient n'a pas fait de dépistage depuis >4 mois!

Avisez le patient dès le premier service que les dépistages ITSS doivent être faits aux 3 à 4 mois obligatoirement

Prescrire les dépistages!

Toujours vérifier au DSQ et inscrire les résultats de dépistage de façon standardisée au dossier patient en reliant à la prescription de PPrE

Si le patient nous confirme qu'il a rendez-vous prochainement

Mieux vaut servir plutôt que le patient se mette à risque



Exemple:  
Suivi PPrE (rx reliée TDF/FCT au dossier)

29.11.2024 via DSQ VIH neg Syphilis neg Gono/Chlam U R G neg , Clcr ok dst205121



# LES ERREURS EN PHARMACIE

Patient prend PPrE à la demande et renouvellement très aléatoire de quelques comprimés à la fois

- Toujours servir 1 pot de 30 comprimés au patient et non seulement 4 comprimés (mieux vaut avoir PPrE en sa possession)
- Donner feuillet explicatif de la PPrE sur demande
- À chaque service revoir la posologie de la prise sur demande avec le patient
  - Prendre 2 comprimés 2 à 24 heures avant relation sexuelle non protégée, puis continuer à prendre 1 comprimé 1 fois par jour jusqu'à 48hrs après la dernière relation sexuelle non protégée \*PPrE\*



# QUESTIONS PPRE ET PL67 DANS LE CONTEXTE SOV ET JM

**Le PL67 nous permettra-t-il de prescrire la PrEP ?**

-Oui mais en assurant le suivi adéquat!

Voir nouvelles recommandations Suivi PPrE

Message clé:

-Dépistage ITSS

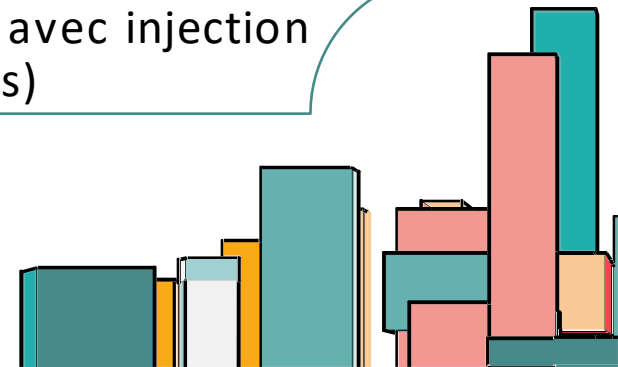
aux 3-4 mois

Pour cabotégravir inj.

-Dépistage sanguin VIH  
avant chaque injection

-Dépistage ITSS aux 4  
mois

(en ligne avec injection  
aux 2 mois)



# QUESTIONS PPRE ET PL67 DANS LE CONTEXTE SOV ET JM

- Quelle approche adopter face à des résultats de dépistage anormaux, tels qu'un test positif à la syphilis ou à une autre infection ?

- 2 situations possibles:

- NON SYMPTOMATIQUE:

- on prescrit et on traite

- SYMPTOMATIQUE:

- on réfère soit au MD soit au GAP

Message clé:

PL67 ouvre la porte à la PRÉVENTION sous toutes ses formes (PrEP incluse)

Et donc à la diminution de la transmission de maladie(s) dans la collectivité chez les personnes asymptomatiques.



# QUESTIONS PPRE ET PL67 DANS LE CONTEXTE SOV ET JM

- La loi 67 facilitera-t-elle le suivi des ITSS chez les patients ayant reçu une prescription de PrEP ?
  - Différence entre suivi/dépistage

Message clé:

Pour l'ensemble des pharmaciens, le dépistage peut se faire chez les patients ASYMPTOMATIQUES qu'on pourra aussi traiter

Pour les autres on doit référer!



# QUESTIONS PPRE ET PL67 DANS LE CONTEXTE SOV ET JM

- Pensez-vous que des corridors de service seront mis en place pour orienter les patients dont les tests révèlent une infection ?
  - Si patient avec infection confirmée mais asymptomatique :

On peut traiter en pharmacie!
  - Patient symptomatique :

On doit référer au GAP ou au MD

## Message clé :

Avant d'offrir le service de PPrE

-S'assurer d'avoir au  
PRÉALABLE un  
CORRIDOR de service

-On est très chanceux car le  
référencement fonctionne très  
bien au niveau SOV et JM !





# **MERCI !!!**

**Pharmacien(ne)s, votre rôle est  
crucial : Agissez, informez, sauvez  
des vies.**

**Ensemble, faisons la différence  
contre le VIH!**

David St-Jean Gagnon

514-508-1770

[davidstjean@rxmtl.com](mailto:davidstjean@rxmtl.com)

[www.rxmtl.com](http://www.rxmtl.com)



FORMULAIRE  
D'APPRÉCIATION

