

Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



PRENDRE LA PPE (PROPHYLAXIE POST EXPOSITION)

Débuter un traitement antirétroviral (pilules anti-VIH) dans les 72 heures suivant une exposition potentielle au VIH afin de prévenir son acquisition chez une personne séronégative

Description

- La prophylaxie post-exposition (PPE ou PEP en anglais) consiste en une combinaison de médicaments anti-VIH que peut prendre une personne séronégative après une exposition possible au VIH pour réduire la possibilité qu'une infection se développe.¹
- Les médicaments, qui permettent de prévenir l'infection, doivent être pris rapidement par voie orale dans un délai maximal de 72 heures de l'exposition au VIH, et de manière quotidienne pendant 4 semaines complètes.^{1,2}
- La PPE ne protège pas contre la transmission des autres ITSS.

Efficacité

- Dans les études sur l'exposition professionnelle, la transmission mère-enfant et auprès des animaux, la PPE s'est avérée très efficace, sans toutefois l'être à 100%.²
- L'efficacité de la PPE dans le contexte d'une exposition sexuelle est encore peu connue. Les quelques études l'ayant évaluée notent de faibles taux de nouvelles infections (entre 0% et 1%).³⁻⁶
- Dans une étude impliquant spécifiquement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ayant eu des comportements sexuels à risque, 1,5% des participants ayant utilisé la PPE ont été infectés, contre 11,6% des hommes n'ayant pas eu recours à la PPE.⁷
- Différents facteurs influenceraient son efficacité, par exemple :
 - Le temps d'attente avant le début du traitement : plus il est commencé tôt, plus il serait efficace.
 - L'adhérence au traitement : plus la posologie est respectée, plus il serait efficace.
 - La source du virus : si le virus est résistant à l'un des agents utilisés, le traitement peut être moins efficace.
 - L'exposition à d'autres contacts sexuels à risque au cours du traitement.²
- Un test de dépistage doit être effectué au moment de la prise de la PPE, puis 3 mois après la fin du traitement.⁸
- Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande de commencer le traitement le plus tôt possible, idéalement dans les 2 heures suivant l'exposition.⁹

Accessibilité

- La PPE est offerte dans certaines salles d'urgence et cliniques de soins d'urgence, ainsi que dans les cliniques spécialisées en santé sexuelle.
- La décision de prescrire la PPE revient aux fournisseurs de soins de santé et est traitée au cas par cas. Elle est basée sur une analyse du risque de transmission, qui peut être déterminé par différents facteurs, tels que :^{2,9}
 - Le risque que le partenaire sexuel soit séropositif, et s'il l'est, sa charge virale.
 - Le délai depuis l'exposition.
 - Le risque lié au type d'exposition.
- Les médicaments coûtent entre 1000\$ et 1500\$ pour un mois (selon les médicaments prescrits), mais le traitement est en partie couvert par les régimes d'assurance médicaments.¹⁰ Pour les personnes âgées de 18 à 64 ans bénéficiaires du régime public (RAMQ), le coût est d'au maximum 85,75\$ pour un

traitement.¹¹ Les couts varient pour les personnes avec une assurance privée, généralement entre 20% à 25% du prix mensuel.

Acceptabilité

- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!* (2016-2017), 79% des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes disent connaître la PPE. Parmi ceux-ci, 82% se disent très en confiance envers son efficacité pour réduire les risques d'infection par le VIH.¹²
- Selon les études, jusqu'à 97% des hommes démontrent un intérêt à utiliser la PPE en cas de besoin.^{13,14}
- Dans une étude offrant gratuitement la PPE, 43% des hommes ont opté de ne pas prendre le traitement malgré avoir rapporté au moins un comportement à risque, les principales raisons étant :
 - Le fait que le partenaire sexuel soit un partenaire régulier.
 - Ne pas considérer que la pratique était assez à risque pour y avoir recours.
 - Avoir des préoccupations quant aux effets secondaires du traitement.⁷
- Dans une étude pancanadienne, seulement 42% des hommes considèrent la PPE comme étant efficace, tandis que 58% sont d'avis contraire.¹⁵
- Selon une analyse de plusieurs études, 67% des hommes qui ont décidé de prendre la PPE suivent le traitement au complet.¹⁶
- Avantages de la PPE :
 - Présente une efficacité élevée contre le VIH.^{9,17}
 - Constitue une alternative d'urgence si la stratégie prévue a échoué ou a été oubliée.¹⁷
 - Provoque un sentiment de soulagement, réduit l'anxiété suite à une pratique à risque.¹⁷
- Désavantages de la PPE :
 - Comporte des effets secondaires¹⁷ dont la nature et la sévérité varient d'une personne à l'autre, mais qui peuvent rendre difficile la prise assidue des médicaments¹, ce qui constitue souvent la source de l'arrêt du traitement ou du non-suivi des indications médicales.²
 - Doit être débuté à l'intérieur d'un temps très limité.¹⁷
 - Présente une efficacité qui dépend entièrement de la prise complète et assidue du traitement.¹⁷ Ne protège pas contre les autres ITSS.¹⁰
 - N'est disponible que dans les cliniques spécialisées et dans certains centres hospitaliers (peut être difficile d'y avoir accès en dehors de Montréal).¹⁷
 - Comporte un risque de développer une résistance médicamenteuse s'il y a infection par le VIH pendant la prise de la PPE.¹
 - Soulève des inquiétudes concernant la possibilité que la disponibilité de la PPE entraîne le développement d'un faux sentiment de sécurité et l'augmentation des pratiques à risque.^{1,17} Ces inquiétudes ne seraient pas scientifiquement fondées.^{14,18}
- Obstacles à la PPE :
 - Avoir une perception négative à l'égard du comportement à risque (par ex. honte, déception, sentiment d'échec).¹⁹
 - Avoir une perception erronée du niveau de risque encouru lié au comportement ou au partenaire.^{7,17,19,20}
 - Rencontrer des barrières pratiques pouvant contrer l'accès rapide à la PPE, ce qui assure l'efficacité du traitement (par ex. heures d'ouverture des cliniques, méconnaissance du personnel médical).^{17,21}
 - Avoir le sentiment de devoir divulguer des informations sensibles au personnel pour y avoir accès (par ex. orientation sexuelle, pratiques sexuelles, nombre de partenaires).¹⁷
 - Ne pas être en mesure d'assumer les couts pouvant être engendrés pour ceux qui n'ont pas d'assurance ou dont la couverture n'est pas de 100%.¹⁷
 - Ne pas connaître son existence ou l'endroit pour y accéder.¹⁷

Cout-efficacité

- La PPE serait cout-efficace si elle est implantée comme méthode complémentaire aux efforts de prévention du VIH et si elle est offerte aux personnes présentant des pratiques à haut risque.²²⁻²⁶

Références :

1. CATIE. (2011). *La prophylaxie post-exposition (PPE)*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-post-exposition-ppe>
2. Sultan, B., Benn, P., & Waters, L. (2014). Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV/AIDS Research and Palliative Care*, 6, 147-158.
3. Kahn, J. O., Martin, J. N., Roland, M. E., Bamberger, J. D., Chesney, M., Chambers, D., . . . Katz, M. H. (2001). Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against Human Immunodeficiency Virus infection after sexual or injection drug use exposure: The San Francisco PEP Study. *Journal of Infectious Diseases*, 183, 707-714.
4. Roland, M. E., Neilands, F. M., Krone, M. R., Katz, M. H., Franes, K., Grant, R. M., . . . Martin, J. N. (2005). Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *Clinical Infectious Diseases*, 41, 1507-1513.
5. Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Landovitz, R. J., Wang, J., Moe, A., Kanouse, D. E., & Reback, C. (2008). Non- occupational post exposure prophylaxis as a biobehavioral HIV-prevention intervention. *AIDS Care*, 20(3), 376-381.
6. Thomas, R., Galanakis, C., Vézina, S., Longpré, D., Boissonnault, M., Huchet, E., . . . Machouf, N. (2015) Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. *PLoS ONE* 10(11)
7. Schechter, M., do Lago, R. F., Mendelsohn, A. B., Moreira, R. I., Moulton, L. H., & Harrison, L. H. (2004). Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(5), 519-525.
8. Durojaiye, O. C., & Freedman, A. (2013). HIV prevention Strategies. *Medecine*, 41(8), 466-469.
9. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2010). *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*. Gouvernement du Québec.
10. Davey, H., Challacombe, L., & Wilton, J. (2010). *La prophylaxie post-exposition (PPE) : Peut-on empêcher l'infection du VIH après une exposition?* Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2010/prophylaxie-post-exposition-ppe-peut-empêcher-infection-vih-apres-exposition>.
11. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Montant à payer pour les médicaments*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/montant-a-payer-medicaments.aspx>.
12. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
13. Dodds, C., Hammond, G., Keogh, P., Hickson, F., & Weatherburn, P. (2006). *PEP talk: Awareness of, and access to post-exposure prophylaxis among Gay & Bisexual men in the UK*. Repéré à www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report06d.pdf
14. Donnell, D., Mimiaga, M. J., Mayer, K., Chesney, M., Koblin, B., & Coates, T. (2010). Use of non-occupational post-exposure prophylaxis does not lead to an increase in high risk sex behaviors in men who have sex with men participating in the EXPLORE trial. *AIDS Behaviour*, 14(5), 1182-1189.11.
15. Appel aux hommes Canada. (2013). *Rapport technique*. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
16. Ford, N., Irvine, C., Shubber, Z., Baggaley, R., Beanland, R., Vitoria, M., . . . Calmy, A. (2014). Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 28(18), 2721-2727.
17. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
18. Martin, J. N., Roland, M. E., Neilands, T. B., Krone, M., Bamberger, J., Robert, K., . . . Katz, M. H. (2004). Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. *AIDS*, 18(5), 787-792.
19. Körner, H., Hendry, O., & Kippax, S. (2005). It's not just condoms: Social contexts of unsafe sex in gay men's narratives of post-exposure prophylaxis for HIV. *Health, Risk & Society*, 7(1), 47-62.
20. Sayer, C., Fisher, M., Nixon, E., Nambiar, K., Richardson, D., Perry, N., & Llewellyn, C. (2008). Will I? Won't I? Why do men who have sex with men present for post-exposure prophylaxis for sexual exposures? *Sexually Transmitted Infections*, 85(3), 206-211.
21. Lurie, P., Miller, S., Hecht, F., Chesney, M. & Lo, B. (1998). Postexposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure: Clinical, Ethical, and Policy Considerations. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1769-1773.
22. Pinkerton, S. D., Holtgrave, D. R., & Bloom, F. R. (1998). Cost-effectiveness of post-exposure prophylaxis following sexual exposure to HIV. *AIDS*, 12(9), 1067-1078.
23. Pinkerton, S. D., Martin, J. N., Roland, M. E., Katz, M. H., Coates, T. J., & Kahn, J. O. (2004). Cost-effectiveness of HIV postexposure prophylaxis following sexual or injection drug exposure in 96 metropolitan areas in the United States. *AIDS*, 18(15), 2065-2073.
24. Pinkerton, S. D., Martin, J. N., Roland, M. E., Katz, M. H., Coates, T. J., & Kahn, J. O. (2004). Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 164(1), 46-54.
25. Guinot, D., Ho, M., Poynten, I., McAllister, J., Pierce, A., Pell, C., & Grulich, A. E. (2009). Cost-effectiveness of HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in Australia. *HIV Medicine*, 10(4), 199-208.
26. Herida, M., Larsen, C., Lot, F., Laporte, A., Desenclos, J., & Hamers, F. F. (2006). Cost-effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis in France. *AIDS*, 20(13), 1753-1761.