

Offrir une prophylaxie préexposition contre le VIH

Taisa Trischuk PharmD Bradley Little MD Marlys LeBras PharmD ACPR

La transmission du VIH est une préoccupation constante au Canada. Depuis 1990, de 2000 à 2500 Canadiens reçoivent chaque année un diagnostic d'infection au VIH¹. La plupart de ces infections sont diagnostiquées chez des personnes qui s'identifient comme étant des homosexuels, des bisexuels ou des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), quoiqu'il existe des différences régionales¹. La prophylaxie préexposition (PPrE) est une stratégie de prévention proactive du VIH pour les individus non porteurs du VIH chez qui le risque est accru et continu. D'autres stratégies de réduction du risque, comme des tests de dépistage fréquents du VIH, l'utilisation du condom et une thérapie agoniste des opioïdes, peuvent être utilisées en combinaison avec la PPrE. Il existe des lignes directrices canadiennes et d'autres ressources sur la PPrE contre le VIH; par ailleurs, de récentes données font valoir que de nombreux HARSAH susceptibles de bénéficier de cette stratégie n'utilisent pas actuellement la PPrE²⁻⁴. Compte tenu de la confiance que les patients leur accordent, les médecins de famille sont donc bien placés pour offrir la PPrE à ceux qui pourraient en tirer des bienfaits. Cet article présente des facteurs à prendre en compte lorsque la PPrE est prescrite à des HARSAH.

Identifier les individus à risque de contracter le VIH

Les individus qui ne sont pas porteurs du VIH et sont à risque élevé de le contracter peuvent être identifiés à la suite d'une anamnèse détaillée portant sur la santé sexuelle et la consommation de drogues. Les risques antérieurs et les risques futurs anticipés doivent être considérés. Une approche sensible aux traumatismes et individualisée devrait être adoptée en fonction du genre, de la culture et de l'ethnicité. Les prescripteurs peuvent se servir de l'outil d'évaluation HIRI-MSM (indice du risque d'incidence du VIH chez les HARSAH) pour évaluer le risque de contracter le VIH⁵. Selon une étude validée effectuée à Vancouver, des scores de 10 ou plus selon l'outil HIRI-MSM étaient associés à une incidence du VIH de 2% par année, tandis que des scores de 25 ou plus représentaient une incidence du VIH de 7% par année⁶. Des lignes directrices canadiennes donnent leur aval à l'HIRI-MSM comme outil d'évaluation et considèrent que la PPrE est indiquée pour les HARSAH dont le score de risque est de 11 ou plus². Un faible score à l'HIRI-MSM signifie que l'acquisition du VIH est improbable; cependant, une PPrE peut quand même être offerte si les bienfaits l'emportent sur les risques chez une personne en particulier.

De plus, un individu peut être à risque accru de contracter le VIH s'il a eu besoin d'une prophylaxie

post-exposition non professionnelle (incidence par année du VIH d'environ 7%) ou s'il a des antécédents d'infections transmises sexuellement (ITS) (incidence par année du VIH d'environ 5%)^{6,7}.

Description du cas

Thomas (un pseudonyme), un homme de 31 ans, vient pour la première fois à votre clinique familiale. Il vous dit qu'il vient de déménager dans la région, qu'il n'a pas de diagnostic médical connu et qu'il se considère comme étant en bonne santé. Vous lui demandez la permission de lui poser quelques questions sur sa santé sexuelle dans le contexte de votre bilan habituel. Il y consent.

Docteur: «Pour commencer, avez-vous des questions à propos de votre santé sexuelle?»

Thomas: «Je n'ai pas subi de test de dépistage des ITS depuis un certain temps. Faudrait-il en subir plus souvent maintenant que mon ami et moi avons décidé d'avoir une relation ouverte? Nous savons que nous devrions utiliser des condoms, mais ce n'est pas toujours le cas.»

Docteur: «Je recommande un dépistage des ITS au moins tous les 3 mois, étant donné que vous êtes sexuellement actif. Puisque vous avez des partenaires masculins, puis-je vous poser des questions sur votre risque de contracter le VIH? Vos réponses m'aideront à déterminer s'il vaut la peine d'envisager un médicament pour prévenir la transmission du VIH, puisque de nombreux hommes sous-estiment leur risque d'acquiescer le VIH.»

Vous utilisez l'outil d'évaluation HIRI-MSM et, selon l'âge de Thomas (31 ans, score de 5), le nombre de partenaires sexuels masculins (6 à 10, score de 4), le sexe anal réceptif sans condom (1 fois ou plus, score de 10) et l'utilisation de poppers (nitrite de pentyle, score de 3); vous additionnez ses scores et arrivez à un total de 22. Selon des lignes directrices canadiennes sur la PPrE pour le VIH², une PPrE est indiquée pour Thomas, qui pourrait envisager cette stratégie pour se protéger du VIH.

Données probantes à l'appui de la pratique: une combinaison de médicaments

À l'heure actuelle, il y a 2 médicaments indiqués pour prévenir le VIH chez les HARSAH au Canada (Tableau 1). Dans une étude randomisée contrôlée, chez des hommes à risque élevé qui avaient reçu une combinaison de 200 mg-300 mg d'emtricitabine-ténofovir disoproxil fumarate par jour, une réduction de l'incidence relative du VIH d'environ 50% a été observée par rapport au placebo

Tableau 1. Médicaments combinés pour la PPrE accessibles au Canada à l'intention des HARSAH

NOM GÉNÉRIQUE (MARQUE COMMERCIALE)	DOSAGE DU COMPRIMÉ	POSOLOGIE DE LA PPRE POUR LES HARSAH	COUVERTURE ET COÛT POUR 30 COMPRIMÉS
Emtricitabine-ténofovir disoproxil fumarate (Truvada)	200 mg–300 mg	Méthode quotidienne continue • 1 comprimé par voie orale par jour (indiqué sur l'étiquette) Méthode intermittente • 2 comprimés pris ensemble de 2 à 24 h avant l'activité sexuelle, puis 1 comprimé par jour pendant les 2 jours suivant la dernière activité sexuelle (non indiqué sur l'étiquette)	Couverture universelle dans la plupart des provinces et territoires; 250 \$ pour le médicament générique; 860 \$ pour le médicament de marque
Emtricitabine-ténofovir alafénamide (Descovy)	200 mg–25 mg	Méthode quotidienne continue • 1 comprimé par voie orale par jour (indiqué sur l'étiquette)	Non inclus dans le formulaire de la plupart des provinces et territoires; 860 \$ pour le médicament de marque (aucun générique accessible)

HARSAH—hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, PPrE—prophylaxie préexposition.

sur une période de 1,2 an (taux d'événements=3 c. 5,8%; nombre de sujets à traiter=36; rapport de risque=0,53, IC à 95% de 0,36 à 0,78)⁸. Le risque relatif a été réduit de 92% (IC à 95 % de 40 à 99%) dans l'analyse d'un sous-groupe chez qui les taux du médicament étaient détectables, ce qui met en évidence l'importance de l'observance⁸. La formulation du promédicament emtricitabine-ténofovir alafénamide, prise chaque jour, a été jugée d'une efficacité égale à celle de l'emtricitabine-ténofovir disoproxil fumarate pris chaque jour pour la prévention du VIH chez les HARSAH¹⁰. La prophylaxie préexposition prise au quotidien est une stratégie efficace pour réduire le risque de transmission du VIH.

La prophylaxie préexposition est généralement bien tolérée. Dans des études randomisées contrôlées, seulement 2% des participants ont discontinué la thérapie de manière permanente en raison d'événements indésirables^{8,9}. Les patients pouvaient ressentir de la nausée avec la PPrE, surtout durant les 4 premières semaines de la thérapie (taux d'événements=9 c. 5%; nombre nécessaire pour nuire=25; $p < ,0021$)⁸. Par ailleurs, une tolérance s'était développée après 1 à 2 semaines, notamment une diminution des taux de nausée semblable à celle observée avec le placebo⁸. Certains individus avaient de la diarrhée (de 4 à 16%) ou une céphalée (de 2 à 4%); ces événements indésirables étaient semblables à ceux du placebo^{8,9}.

La prophylaxie préexposition n'entraîne habituellement pas des pratiques sexuelles plus risquées. De multiples études ont démontré qu'il n'y avait pas de différence dans l'incidence des ITS chez les participants sous PPrE par rapport au placebo^{8,10}. Dans une étude, on a observé une diminution du nombre de participants partenaires réceptifs de relations anales, passant d'environ 12 à 6 partenaires, et une augmentation de l'utilisation du condom d'environ 50 à 75%⁸.

L'emtricitabine-ténofovir disoproxil fumarate peut avoir un effet sur la fonction rénale (diminution du

débit de filtration glomérulaire estimé [DFGe] d'environ 1 mL/min./année par rapport au placebo) et peut minimalement réduire la densité minérale osseuse². Ces 2 effets sont habituellement réversibles avec la cessation. Des experts suggèrent de minimiser l'utilisation de néphrotoxines comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'éviter la déplétion du volume de liquides et de prendre en charge les comorbidités liées aux reins (p. ex. hypertension et diabète)². L'emtricitabine-ténofovir alafénamide semble avoir moins d'impacts sur les biomarqueurs néphrologiques et osseux, et pourrait être une solution de rechange pour ceux dont le DFGe est inférieur à 60 mL/min ou qui ont subi une fracture antérieurement⁹.

Il est nécessaire, lorsqu'une PPrE est amorcée, de procéder à une évaluation de la fonction rénale au départ, puis périodiquement, de même qu'à tous les autres bilans mentionnés au **Tableau 2**, pour assurer l'efficacité et la sûreté de manière continue. Il n'est pas recommandé de mesurer la densité minérale osseuse, à moins que ce soit autrement indiqué^{2,3,11}. Il faudrait demander une consultation auprès d'un spécialiste en VIH ou en maladies infectieuses pour les personnes dont le DFGe est inférieur à 60 mL/min, qui ont des antécédents de fractures ou qui sont enceintes, pour la suite de la prise en charge.

De retour à Thomas

Vous discutez du risque que court Thomas de contracter le VIH et vous lui expliquez les bienfaits de la PPrE. Thomas est intéressé, mais il n'en sait pas beaucoup au sujet de la PPrE, mis à part le fait qu'il connaît quelques amis qui l'utilisent actuellement. Vous montrez à Thomas une illustration infographique (accessible sur **CFPlus***) sur la PPrE et vous lui donnez des renseignements à ce sujet.

*L'illustration infographique sur la PPrE et Prophylaxie préexposition (PPrE) pour la prévention du VIH: tableau comparatif des médicaments sont accessibles en anglais à <https://www.cfp.ca>. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

Tableau 2. Bilans initiaux et de suivi pour une PPrE administrée à des HARSAH: Un test de dépistage sérologique de l'hépatite C doit être fait tous les 12 mois (ou plus souvent s'il existe un risque continu, comme le partage de matériel d'injection de drogues).

BILANS INITIAUX	BILANS APRÈS 1 MOIS*	ORDONNANCES PERMANENTES DE BILANS TOUS LES 3 MOIS*
<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage sérologique du VIH (et évaluer les signes et symptômes du HIV[†]) • Dépistage sérologique de l'hépatite A[‡] • Dépistage sérologique de l'hépatite B[‡] • Dépistage sérologique de l'hépatite C • Dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée dans l'urine, plus prélèvements dans la gorge ou rectaux, le cas échéant • Dépistage sérologique de la syphilis • Dosage de la créatinine sérique et mesure du DFGe • Analyse d'urine • NFS 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage sérologique du VIH • Dosage de la créatinine sérique et mesures du DFGe • Optionnel: <ul style="list-style-type: none"> — Dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée dans l'urine, plus prélèvements dans la gorge ou rectaux, le cas échéant — Dépistage sérologique de la syphilis — Analyse d'urine 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage sérologique du VIH • Dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée dans l'urine, plus prélèvements dans la gorge ou rectaux, le cas échéant • Dépistage sérologique de la syphilis • Dosage de la créatinine sérique et mesure du DFGe • Optionnel: <ul style="list-style-type: none"> — Analyse d'urine

DFGe—débit de filtration glomérulaire estimé, HARSAH—hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, NFS—numération de la formule sanguine, PPrE—prophylaxie préexposition.

*S'assurer que les bilans sont faits environ 1 à 2 semaines avant le rendez-vous du patient (virtuel ou en personne)

[†]S'assurer des résultats de tests négatifs pour le VIH au cours des 7 derniers jours (5 à 14 jours) et aucune nouvelle exposition.

[‡]Aiguiller vers une agence de santé publique pour la vaccination si non immunisé; envisager une consultation auprès d'un service spécialisé en maladies infectieuses pour les porteurs de l'hépatite B.

Docteur: «La PPrE ou prophylaxie préexposition est une mesure de prévention du VIH, sous forme d'un comprimé qui contient 2 médicaments que vous prenez habituellement 1 fois par jour. C'est une méthode appelée le dosage continu. On connaît bien les effets à court et à long terme de ce médicament, parce qu'on l'utilise depuis des années comme composante du traitement pour le VIH. Dans les études, il a été démontré qu'il est efficace, sécuritaire et bien toléré s'il est pris tel que prescrit.»

Thomas: «J'hésite encore. Pouvez-vous me parler des effets secondaires?»

Docteur: «La plupart des gens n'ont pas d'effets secondaires, mais certains peuvent avoir de légers maux d'estomac ou de tête après avoir commencé à le prendre. Ces effets, s'ils se produisent, disparaissent habituellement en 1 ou 2 semaines, à mesure que vous vous habituez au médicament. Si vous prenez la PPrE chaque jour pendant des années, elle peut avoir un impact minimal sur la fonction rénale et la densité minérale osseuse. C'est pourquoi votre

fonction rénale est évaluée avant de la prendre, puis tous les 3 mois en même temps que le dépistage du VIH. Il n'est pas nécessaire de mesurer la densité minérale osseuse, parce que cet effet se produit graduellement pendant de nombreuses années et qu'il semble réversible quand la PPrE est arrêtée.»

D'autres conseils sur le counseling se trouvent à l'**Encadré 1**. Après vos discussions, Thomas accepte de commencer une PPrE et vous prescrivez les analyses sanguines comme il est indiqué au **Tableau 2**.

Suivi par téléphone 1 semaine plus tard

Les résultats des analyses sanguines de Thomas sont normaux, et il n'est pas porteur du VIH. Vous lui conseillez de prendre le médicament pendant au moins 7 jours avant une exposition sexuelle pour être entièrement protégé, de surveiller des symptômes de séroconversion au VIH et d'éviter de prendre à long terme des anti-inflammatoires non stéroïdiens (**Encadré 1**). Vous envoyez à la pharmacie une prescription d'emtricitabine-ténofovir disoproxil furamate (**Tableau 1**) pour 1 mois,

Encadré 1. Conseils importants pour le counseling auprès des HARSAH qui suivent une PPrE selon la méthode du dosage quotidien continu

Administration

- Les médicaments pour la PPrE doivent être pris pendant 7 jours de suite pour une protection complète avant une activité sexuelle
- À la cessation de la PPrE, continuer à prendre le médicament pendant 2 jours après la dernière activité sexuelle

Observance

- L'observance de la médication est importante. Élaborer avec la personne des stratégies pour améliorer la fidélité au traitement (p. ex. alerte téléphonique, pilulier, porte-clés avec pilulier)
- La PPrE n'est pas la PPE — si le patient a omis de prendre des doses, il devrait appeler son médecin pour obtenir des conseils sur la prise en charge
- Surveiller la présence de maux de gorge, de maladies apparentées à la mononucléose ou d'éruptions cutanées — le patient devrait appeler son médecin si les symptômes durent quelques jours, car il pourrait s'agir d'une séroconversion au VIH

Effets secondaires courants et prise en charge

La fréquence des effets suivants diminue avec le temps, et la prise en charge se fait en fonction des symptômes; voir l'illustration infographique sur la PPrE* pour plus de renseignements

- Selles molles : prendre du lopéramide en vente libre, au besoin
- Nausée : prendre du diméthylhydrinate en vente libre, au besoin; prendre avec de la nourriture ou au coucher.
- Mal de tête : prendre de l'acétaminophène en vente libre, au besoin, plutôt que des AINS

Suivi

- Faire un premier suivi 1 mois après le début de la PPrE, et tous les 3 mois par la suite
- S'assurer que les bilans sont effectués environ 1 semaine avant chaque rendez-vous pour que les résultats soient accessibles aux fins d'examen
- Discuter d'autres stratégies de réduction du risque de contracter le VIH, comme l'utilisation d'un condom

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien, HARSAH—hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, PPE—prophylaxie post exposition non liée au travail, PPrE—prophylaxie préexposition.

*L'illustration infographique sur la PPrE en anglais est accessible à <https://www.cfp.ca>. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

et vous demandez à Thomas de répéter les analyses sanguines 1 semaine avant que l'ordonnance soit épuisée (**Tableau 2**).

Suivi à la clinique 1 mois plus tard

Thomas a eu des selles molles après avoir commencé la PPrE, mais tout est revenu à la normale après 2 jours. Les résultats des analyses sanguines après 1 mois étaient normaux, y compris la fonction rénale, et il est confirmé qu'il n'est pas porteur du VIH. Il vous dit qu'il se sent moins craintif de contracter le VIH durant ses rencontres sexuelles depuis qu'il a commencé la PPrE. Certains de ses amis lui ont dit qu'ils ne prenaient la PPrE qu'au besoin (intermittent) et il se demande s'il pourrait faire de même.

Données probantes à l'appui de la pratique: sur une base continue ou intermittente

Les méthodes de dosage quotidien continu et de dosage intermittent sont deux options étayées par des données probantes pour les HARSAH. Le dosage intermittent exige une dose de charge (2 comprimés de 200 mg–300 mg d'emtricitabine–ténofovir disoproxil fumarate administrés comme 1 dose) de 2 à 24 heures avant l'activité sexuelle, suivie de 1 comprimé

par jour pendant 2 jours après la dernière activité sexuelle (**Tableau 1** et **CFPlus***). Dans une étude randomisée contrôlée, cette stratégie de dosage a réduit l'incidence du VIH de 86% chez des HARSAH à risque élevé par rapport au placebo (taux d'événements=1 c. 7%; rapport de risque=0,86; IC à 95% de 0,40 à 0,98)¹². Le médicament à l'étude n'a pas été détecté chez les participants qui ont acquis le VIH et on a mis un terme à l'essai après 9,3 mois en raison des bienfaits éprouvés¹². Un plus grand nombre de participants suivant le dosage intermittent ont eu des effets indésirables gastro-intestinaux par rapport à ceux prenant le placebo (taux d'événements=14 c. 5%; nombre nécessaire pour nuire=12); on a avancé que l'effet pouvait être attribuable à la dose de charge¹². Il s'est produit plus d'élévations du dosage de la créatinine sérique avec l'emtricitabine–ténofovir disoproxil fumarate qu'avec le placebo (18 c. 10%; $p=,03$), mais aucun de ces événements n'a entraîné la cessation du médicament¹². Il n'y a pas eu de différence entre les groupes sur le plan des fractures¹².

Habituellement, on prescrit initialement le dosage quotidien continu pour déterminer la tolérance de la personne à la PPrE et, par la suite, on peut envisager le dosage intermittent en fonction de l'observance par l'individu, de ses préférences et d'autres facteurs. L'usage

indiqué sur l'étiquette du dosage quotidien continu de la PPrE par des HARSAH est corroboré par un plus grand nombre de données probantes et peut être avantageux pour ceux qui préfèrent l'habitude d'une administration quotidienne ou ceux qui ont une activité sexuelle régulière. Même s'il s'agit d'un usage non indiqué sur l'étiquette, le dosage intermittent a reçu l'aval d'une ligne directrice canadienne et peut alléger le fardeau pharmacologique et l'exposition au médicament pour ceux qui ont une activité sexuelle prévisible². Par ailleurs, certains individus ont plus de symptômes gastro-intestinaux dus à la dose de charge de l'option intermittente. Cette méthode devrait être utilisée avec précaution et en consultation avec des spécialistes des maladies infectieuses chez les personnes porteuses du virus de l'hépatite B pour qui le dosage quotidien continu est souvent préféré. Les bilans et la surveillance (**Tableau 2**) demeurent les mêmes pour les méthodes du dosage quotidien continu et intermittent.

Résolution du cas

Thomas et vous discutez des 2 méthodes de dosage de la PPrE.

Docteur: «La méthode quotidienne convient mieux à ceux qui ont de la difficulté à se souvenir de prendre leurs médicaments, parce qu'elle devient une partie de votre routine. Elle procure aussi une protection continue si vous avez souvent des relations sexuelles ou des rencontres sexuelles imprévues. La méthode intermittente consiste à prendre 2 comprimés de la PPrE de 2 à 24 heures avant l'activité sexuelle, puis 1 comprimé par jour pendant les 48 heures suivant la dernière. Il est plus difficile de s'en souvenir, mais cela peut être une meilleure option si vos activités sexuelles sont moins fréquentes et plus prévisibles. Les 2 méthodes fonctionnent bien.»

À la suite d'une prise de décisions partagée, Thomas décide de continuer avec la dose quotidienne de la PPrE, dont il se souviendra plus facilement. Il prévoit aussi avoir de nouveaux partenaires à l'avenir et des activités sexuelles imprévisibles. Il reçoit une prescription pour une durée de 3 mois et une ordonnance pour subir des analyses sanguines et un dépistage des ITS

de 1 à 2 semaines avant son prochain rendez-vous de suivi, dans 3 mois. Il faut examiner les résultats de ces bilans avant de renouveler la prescription de 3 mois. Si ses pratiques sexuelles changent, son risque de contracter le VIH peut être réévalué à sa prochaine visite de suivi. Un résumé de la gestion de la PPrE se trouve à la **Figure 1**.

Conclusion

La prophylaxie préexposition est une stratégie sécuritaire, bien tolérée et fondée sur des données probantes pour réduire le risque de transmission du VIH; toutefois, de nombreux HARSAH à risque de contracter le VIH n'utilisent pas cette thérapie. Les médecins de famille peuvent amorcer une PPrE en identifiant les individus à risque élevé, en procédant aux bilans repères, en informant les patients, en prescrivant la PPrE, et en assurant le suivi continu pour assurer la conformité à la PPrE, son efficacité et sa sécurité.

La **D^e Taisa Trischuk** (PharmD) est pharmacienne responsable du soutien à l'information au Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles de l'Université de la Saskatchewan à Saskatoon. Le **D^r Bradley Little** est médecin de famille au Spectrum Health à Vancouver (C.-B.). La **D^e Marlys LeBras** (PharmD) est pharmacienne responsable du soutien à l'information au Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles.

Intérêts concurrents

RxFiles et les auteurs qui y collaborent n'ont aucun intérêt concurrent de nature commerciale. Le Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles est financé par l'intermédiaire d'une subvention de l'Université de la Saskatchewan; les recettes additionnelles « sans but lucratif ni perte de bénéfice » proviennent de la vente de livres et des abonnements en ligne. Aucune aide financière n'a été obtenue pour cette publication.

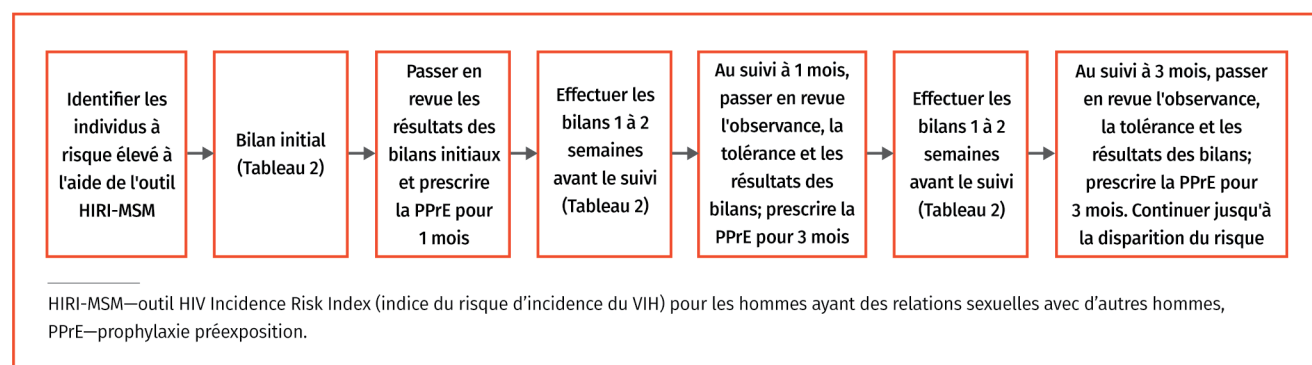
Correspondance

D^r Marlys LeBras; courriel marlys@rxfiles.ca

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. *Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2020. Accessible à : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90.html#s7>. Réf. du 1^{er} févr. 2022.
2. Tan DHS, Hull MW, Yoong D, Tremblay C, O'Byrne P, Thomas R, et coll. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. *CMAJ* 2017;189(47):E1448-58. Erratum dans : *CMAJ* 2018;190(25):E782.
3. *Guidance for the use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) for the prevention of HIV acquisition in British Columbia*. Vancouver, BC: British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2020. Accessible à : http://bccfe.ca/sites/default/files/uploads/publications/centredocs/prep_guidelines_17-jun-2020.pdf. Réf. du 1^{er} févr. 2022.
4. Cox J, Apelian H, Moodie EEM, Messier-Peet M, Hart TA, Grace D, et coll. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among urban Canadian gay, bisexual and other men who have sex with men: a cross-sectional analysis of the Engage cohort study. *CMAJ Open* 2021;9(2):E529-38.

Figure 1. Chronologie de la gestion d'une PPrE



5. Smith DK, Pals SL, Herbst JH, Shinde S, Carey JW. Development of a clinical screening index predictive of incident HIV infection among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012;60(4):421-7.
6. Lachowsky NJ, Cui Z, Sereda P, Stephenson K, Rich A, Brown J, et coll. *HIV incidence rate and predictors among gay and other men who have sex with men (MSM) in Vancouver: additional benefit of an administrative health data linkage*. Présenté au 25^e Congrès annuel canadien de la recherche sur le VIH/sida; 2016; Winnipeg, MB.
7. Hull M, Lachowsky N, Moore D, Harris M, Guillemi S, Zhang W, et coll. *High incidence of subsequent HIV seroconversion amongst MSM accessing recurrent non-occupational post-exposure prophylaxis (NPEP) in Vancouver, BC*. Présenté au 25^e Congrès annuel canadien de la recherche sur le VIH/sida; 2016; Winnipeg, MB.
8. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et coll. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med* 2010;363(27):2587-99. Publ. en ligne du 23 nov. 2010.
9. Mayer KH, Molina JM, Thompson MA, Anderson PL, Mounzer KC, De Wet JJ, et coll. Emtricitabine and tenofovir alafenamide vs emtricitabine and tenofovir disoproxil fumarate for HIV pre-exposure prophylaxis (DISCOVER): primary results from a randomised, double-blind, multicentre, active-controlled, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet* 2020;396(10246):239-54.
10. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et coll. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet* 2016;387(10013):53-60. Publ. en ligne du 9 sept.
11. LeBras M. *Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for prevention of HIV: drug comparison chart*. Saskatoon, SK: RxFiles; 2021. (Accessible dans CFPlus.)*
12. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et coll. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2015;373(23):2237-46. Publ. en ligne du 1^{er} déc. 2015.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician 2022;68:e81-6. DOI: 10.46747/cfp.6803e81

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **March 2022** issue on **page 197**.