

Mai 2021

La thérapie antirétrovirale

pour les adultes infectés
par le VIH

Guide pour
les professionnels
de la santé

Version résumée

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89217-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

COMITÉ DE RÉDACTION

D^r Jean-Guy Baril

Président du comité consultatif sur le VIH et les hépatites
Direction de la prévention des infections transmissibles
sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des
Services sociaux
Médecin de famille
Clinique de médecine urbaine du Quartier latin, Montréal
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^{re} Isabelle Boucoiran

Gynécologue-obstétricienne
Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier
universitaire Sainte-Justine

D^r Claude Fortin

Microbiologiste-infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de
Montréal

D^{re} Fatima Kakkar

Pédiatre et infectiologue
Service des maladies infectieuses
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre maternel et infantile sur le sida,
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

M. Hugo Merveille

Chargé de rédaction et diffusion
Comité consultatif sur le VIH et le VHC
Programme national de mentorat sur le VIH et les
hépatites

D^r Sébastien Poulin

Microbiologiste-infectiologue
CISSS des Laurentides
Clinique I.D., Saint-Jérôme
Clinique de médecine urbaine du Quartier latin, Montréal

D^r Jean-Pierre Routy

Hématologue
Service des maladies virales chroniques,
Centre universitaire de santé McGill, Montréal

M^{me} Rachel Therrien

Pharmacienne
Unité hospitalière de recherche,
d'enseignement et de soins sur le sida, Centre
hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Benoit Trottier

Médecin de famille
Clinique de médecine urbaine du Quartier latin,
Montréal
Unité hospitalière de recherche,
d'enseignement et de soins sur le sida, Centre
hospitalier de l'Université de Montréal

Membre observateur

M. Guillaume Lemieux

Professionnel scientifique en pharmacothérapie
Institut national d'excellence en santé et en
services sociaux

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LE VIH ET LE VHC AYANT PARTICIPÉ À LA RÉVISION DE LA PRÉSENTE ÉDITION

D^r Jean-Guy Baril

Président du comité consultatif sur le VIH et les hépatites
Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux
Médecin de famille
Clinique de médecine urbaine du Quartier latin, Montréal
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Pierre Côté

Médecin de famille
Clinique de médecine urbaine du Quartier latin, Montréal
Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites

D^{re} Lucie Deshaies

Médecin de famille
CIUSSS de la Capitale Nationale
Médecin-conseil, INSPQ

D^r Claude Fortin

Microbiologiste-infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Membre liaison pour l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

D^{re} Fatima Kakkar

Pédiatre et infectiologue
Service des maladies infectieuses,
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

D^r Jean Longtin

Microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec, Université Laval

M^{me} Laurence Mersilian

Directrice générale
Centre associatif polyvalent d'aide hépatite C

M. Hugo Merveille

Chargé de rédaction et diffusion
Comité consultatif sur le VIH et le VHC
Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites

M. Ken Monteith

Directeur général
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, Montréal

D^r Alain Piché

Microbiologiste-infectiologue
Clinique VIH-sida, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

D^{re} Danielle Rouleau

Microbiologiste-infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M^{me} Rachel Therrien

Pharmacienne

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^{re} Cécile Tremblay

Microbiologiste-infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Benoit Trottier

Médecin

Clinique de médecine urbaine du Quartier latin, Montréal

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Chris Tsoukas

Interniste immunologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal

D^{re} Marie-Louise Vachon

Microbiologiste-infectiologue

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval

M^{me} Océane Apffel Font

Chargée de rédaction et diffusion

Comité consultatif sur le VIH et le VHC

Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	2
Généralités.....	3
1. Les principes de la thérapie antirétrovirale	4
2. Les classes d'antirétroviraux	6
3. L'infection aiguë par le VIH.....	8
4. Infection chronique : le traitement de première intention.....	9
4.1. Quand faire commencer une thérapie antirétrovirale ?.....	9
4.1.1. Les personnes présentant des symptômes	9
4.1.2. Les personnes asymptomatiques	9
4.1.2.1. Le traitement des personnes asymptomatiques peu importe la concentration de CD4 mesurée chez elles	9
4.1.2.2. Le début du traitement le jour même du diagnostic d'infection à VIH.....	10
4.1.2.3. Les personnes asymptomatiques qui risquent de transmettre l'infection à VIH.....	11
4.1.3. L'instauration d'une thérapie antirétrovirale dans un contexte d'infection opportuniste aiguë	12
4.1.4. Situations particulières : contrôleurs d'élite, co-infection par le virus de l'hépatite B et grossesse	13
4.2. Le choix du traitement antirétroviral de première intention	14
5. La modification des thérapies.....	17
5.1. Le remplacement de médicaments	17
5.2. Le changement de traitement en cas d'échec virologique ou thérapie de relais... 19	
5.2.1. La marche à suivre en cas d'échec virologique	19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les classes d'antirétroviraux.....	7
Tableau 2. Recommandations pour le choix des agents dans le traitement antirétroviral de première intention de l'infection par le VIH.....	15
Tableau 3 : Exemples de traitements de relais à envisager en fonction du type d'échec.....	20
Tableau 4. Classification de l'infection par le VIH.....	22

GÉNÉRALITÉS

Ce document est un résumé du guide La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH, guide rédigé par un groupe de travail du Comité consultatif sur le VIH et le VHC, sous la responsabilité de la Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang du ministère de la Santé et des Services sociaux. Tout comme ce résumé, le guide est diffusé sur les sites Web suivants : www.msss.gouv.qc.ca/fr/document et www.pnmvh.org.

Ce guide utilise un système de gradation des recommandations inspiré de celui de l'US Preventive Task Force et de celui du Department of Health and Human Services (DHHS). Les recommandations fondées sur des études cliniques contrôlées à répartition aléatoire sont plus fortes que les recommandations basées sur des essais cliniques non contrôlés ou sur des études de cohortes. Par ailleurs, en l'absence de résultats d'études ou d'essais cliniques probants, les recommandations viennent d'experts qui ont une bonne connaissance de la littérature scientifique récente.

Chaque recommandation est associée à un code de classification composé d'une lettre et d'un chiffre romain. La lettre correspond à la force de la recommandation, évaluée par les experts du comité consultatif, tandis que le chiffre renvoie au fondement de la recommandation. Les traitements et les médicaments fortement recommandés sont ceux pour lesquels les données sur l'efficacité sont très probantes. La recommandation sera modérée dans les cas de données moins probantes ou discordantes sur l'efficacité, de risques d'effets indésirables importants, d'interactions médicamenteuses multiples ou d'une expérience clinique limitée.

Les codes de classification des recommandations et leur signification	
Force de la recommandation	
A	Le médicament ou le traitement est fortement recommandé.
B	Le médicament ou le traitement est modérément recommandé.
C	La recommandation est optionnelle.
Fondement de la recommandation	
I	Au moins une étude clinique contrôlée à répartition aléatoire
II	Études cliniques non contrôlées, études cas-témoins ou études de cohortes
III	Opinion d'experts

1. Les principes de la thérapie antirétrovirale

Les patients atteints du VIH devraient toujours être suivis de concert avec un médecin possédant une expertise en matière de traitement antirétroviral. Il est d'ailleurs démontré que l'expertise du médecin en la matière influence le pronostic des personnes traitées. Cette collaboration est importante, d'autant que l'évolution rapide des connaissances et des recommandations permet un meilleur ajustement individuel des thérapies.

La réplication active du VIH cause des dommages au système immunitaire et favorise la progression de l'infection vers le sida. Les antirétroviraux actuellement sur le marché n'éradiquent pas l'infection par le VIH et ils n'empêchent pas toute réplication du virus. Ainsi, une réplication virale de faible niveau peut subsister même si la charge virale plasmatique est inférieure au seuil de détection des tests.

Les objectifs du traitement antirétroviral sont les suivants :

- maintenir en santé aussi longtemps que possible les personnes infectées par le VIH ;
- réduire la morbidité et la mortalité causées par le VIH ;
- supprimer la réplication virale à long terme ;
- améliorer la fonction immunitaire ;
- améliorer la qualité de vie ;
- prévenir la résistance du virus aux médicaments ;
- éviter la toxicité médicamenteuse ;
- éviter les interactions médicamenteuses dans la mesure du possible ;
- conserver des options thérapeutiques pour l'avenir ;
- prévenir la transmission du VIH.

La suppression de la réplication virale (ou *charge virale indétectable*) a comme effet de diminuer le risque de résistance du virus, d'améliorer la fonction immunitaire et de retarder la progression de la maladie. Le moyen le plus sûr d'obtenir la suppression durable de la réplication du VIH est d'utiliser une combinaison d'antirétroviraux efficaces avec lesquels le patient n'a jamais été traité ou qui n'entraînent pas de résistance croisée avec les antirétroviraux déjà pris. Le traitement antirétroviral devrait être offert à tous les adultes vivant avec le VIH dans le but d'améliorer leur santé (A-I).

Toutes les personnes infectées par le VIH doivent être considérées comme étant potentiellement infectieuses et devraient recevoir une information adéquate sur les risques de transmission du virus (A-II). Il n'y a aucune preuve de transmission de l'infection par le VIH pendant les relations sexuelles orales, vaginales ou anales sans condom lorsque la personne vivant avec le VIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang. Dans ce contexte, le risque de transmission est négligeable. Lorsque la personne prend le traitement tel que prescrit et que sa charge virale est égale ou supérieure à 200 copies par millilitre de sang, le risque de transmission est faible. Le traitement antirétroviral devrait être offert à tous les adultes vivant avec le VIH dans le but de faire diminuer le risque de transmission (A-I).

Pour du soutien et des avis sur la thérapie antirétrovirale, les cliniciens peuvent se tourner vers les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, le service téléphonique Consultation sida (région de Montréal : 514 849-5520 ; ailleurs au Québec : 1 800 363-4814) et le [Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites](#), qui offre des outils et des activités de formation continue aux professionnels de la santé (tél. : 514 282-9606).

2. Les classes d'antirétroviraux

Les antirétroviraux homologués et expérimentaux que l'on peut actuellement obtenir au Québec se divisent en six grandes classes :

- les inhibiteurs, nucléosidiques ou nucléotidiques, de la transcriptase inverse (INTI) ainsi que les inhibiteurs de la translocation ;
- les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) ;
- les inhibiteurs de la protéase (IP) ;
- les inhibiteurs d'entrée, qui comprennent quatre classes :
 - les inhibiteurs de fusion ;
 - les antagonistes des récepteurs CCR5 ;
 - les inhibiteurs d'attachement – qui se lient au GP 120 de l'enveloppe virale ;
 - les inhibiteurs post-attachement – qui se lient aux récepteurs CD4 ;
- les inhibiteurs de l'intégrase (INI) ;
- les inhibiteurs de maturation.

Tableau 1. Les classes d'antirétroviraux

INTI	INNTI	IP	IE	INI	IM
Inhibiteurs nucléosidiques	<ul style="list-style-type: none"> • Éfavirenz • Névirapine • Étravirine • Rilpivirine • Doravirine • Delavirdine^(f) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atazanavir, avec ou sans ritonavir • Darunavir avec ritonavir ou cobicistat^(a) • Fosamprenavir • Indinavir • Lopinavir^(d) • Nelfinavir • Ritonavir • Saquinavir • Tipranavir 	Inhibiteurs de fusion	<ul style="list-style-type: none"> • Dolutégravir • Elvitégravir^(c) avec cobicistat • Raltégravir • Cabotégravir • Bictégravir 	<ul style="list-style-type: none"> • BMS-955176^(e)
<ul style="list-style-type: none"> • Abacavir • Didanosine • Emtricitabine^(b) • Lamivudine • Stavudine • Zidovudine 			<ul style="list-style-type: none"> • Enfuvirtide 		
Inhibiteurs nucléotidiques			Antagonistes des récepteurs CCR5		
<ul style="list-style-type: none"> • Fumarate de ténofovir disoproxil • Fumarate de ténofovir alafénamide^(g) 			<ul style="list-style-type: none"> • Maraviroc 		
Inhibiteurs de la translocation			Inhibiteurs d'attachement		
<ul style="list-style-type: none"> • Islatravir^(e) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fostemsavir^(e) 				
			Inhibiteurs post-attachement		
			<ul style="list-style-type: none"> • Ibalizumab^(e) 		

Abréviations : IE : inhibiteur d'entrée ; IM : inhibiteur de maturation ; INI : inhibiteur de l'intégrase ; INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ; INTI : inhibiteur, nucléosidique ou nucléotidique, de la transcriptase inverse ; IP : inhibiteur de la protéase.

(a) Coformulation de Pezco**ix**^{MD}, qui contient le darunavir/cobicistat, ou Symtuza^{MD}, qui contient le darunavir/cobicistat/ténofovir alafénamide/emtricitabine.

(b) Uniquement en coformulation avec le ténofovir disoproxil ou le ténofovir alafénamide (Truvada^{MD}, Descovy^{MD}, Atripla^{MD}, Complera^{MD}, Odefsey^{MD}, Stribild^{MD}, Genvoya^{MD}, Biktarvy^{MD} ou Symtuza^{MD}).

(c) Uniquement en coformulation avec le ténofovir disoproxil/emtricitabine (Stribild^{MD}) ou le ténofovir alafénamide/emtricitabine (Genvoya^{MD}).

(d) Le lopinavir est coformulé avec le ritonavir (Kaletra^{MD}).

(e) Médicament actuellement utilisé en recherche ou par accès spécial au Québec. Plusieurs autres médicaments sont à l'étude. Des médicaments expérimentaux peuvent également être obtenus par l'entremise de programmes d'accès spécial, selon des conditions précises.

(f) N'est plus commercialisé au Canada.

(g) Uniquement en coformulation avec l'emtricitabine (Descovy^{MD}), l'elvitégravir/cobicistat (Genvoya^{MD}), la rilpivirine (Odefsey^{MD}), le darunavir/cobicistat (Symtuza^{MD}) ou le bictégravir (Biktarvy^{MD}).

3. L'infection aiguë par le VIH

Les arguments en faveur ou contre le début précoce des traitements en phase aiguë doivent être évalués pour chaque patient (voir à ce sujet, le guide en version complète). Parmi les arguments en faveur du traitement, il faut considérer que le traitement peut diminuer la transmission du virus et mener à une possible réduction des grappes de transmission du VIH fortement attribuables à la contagiosité accrue durant la primo-infection.

La plupart des experts recommandent de traiter les patients pour qui l'infection aiguë par le VIH est confirmée par les tests de laboratoire. Le traitement antirétroviral précoce ressemble à celui que l'on administre pendant la phase chronique de l'infection. Si ce traitement débute avant l'obtention des résultats des tests de résistance, il devrait inclure l'association de deux inhibiteurs, nucléosidiques ou nucléotidiques, de la transcriptase inverse avec soit préféablement le dolutégravir ou le bictégravir, soit alternativement le darunavir potentialisé par du ritonavir ou du cobicistat. Ces régimes sont recommandés ici en raison de leur haute barrière génétique à la résistance et du faible potentiel de résistance transmise aux intégrases ou aux inhibiteurs de la protéase dans notre population. En raison de la nécessité d'obtenir un résultat au test de l'allèle HLAB5701 avant de commencer à l'utiliser, l'abacavir pourrait difficilement faire partie des INTI prescrits dans le contexte d'un traitement rapide. En l'absence d'une résistance démontrée ou d'un test HLAB5701 positif, le traitement pourra être modifié, de façon à offrir d'autres options après l'obtention des résultats de ces tests (A-III).

Pour les femmes enceintes se trouvant dans la phase de la primo-infection, le risque de transmission verticale du VIH est plus élevé si elles présentent une charge virale élevée à la fin de la grossesse, et davantage encore au moment de l'accouchement. C'est pourquoi un traitement antirétroviral leur est fortement recommandé (A-II).

Recommandations pour le traitement de la primo-infection

Malgré l'absence d'essais cliniques à répartition aléatoire portant sur le traitement de la primo-infection, un traitement est recommandé aux personnes présentant une séroconversion au VIH (A-II). S'il existe un risque de transmission du virus, le traitement est recommandé pour faire diminuer ce risque, après discussion avec le patient sur les avantages et les inconvénients d'une telle approche (A-I).

4. Infection chronique : le traitement de première intention

4.1. Quand faire commencer une thérapie antirétrovirale ?

4.1.1. Les personnes présentant des symptômes

Il est recommandé de prescrire une thérapie antirétrovirale, indépendamment de la numération des CD4 et de la charge virale, aux personnes atteintes du sida (stade C de la classification établie par les Centers for Disease Control and Prevention en 1993 ; voir le [tableau 4](#)) ou présentant des symptômes cliniques persistants reliés au VIH, notamment de la fièvre, une toux, une perte de poids, une diarrhée ou une candidose oropharyngée ou vaginale (A-I).

4.1.2. Les personnes asymptomatiques

Les risques de mortalité ou de progression vers une maladie opportuniste classifiante pour le sida augmentent en présence de l'un ou l'autre des facteurs suivants :

- une faible numération des CD4 ;
- une charge virale de 100 000 copies/ml ou plus ;
- un âge supérieur à 50 ans ;
- l'injection de drogues ;
- un diagnostic antérieur de sida.

4.1.2.1. Le traitement des personnes asymptomatiques peu importe la concentration de CD4 mesurée chez elles

Historiquement, les recommandations de traiter l'infection à VIH ont été basées principalement sur la numération des CD4. Les premières études ont démontré les bénéfices cliniques du traitement pour les patients présentant une immunodéficience importante. D'autres études ont plus tard démontré le bénéfice des traitements pour les patients chez qui la numération des CD4 était inférieure à 350 cellules par microlitre, puis pour ceux chez qui le nombre de CD4 se situait entre 350 et 550 cellules par microlitre. Enfin, deux essais cliniques publiés en 2015, l'essai Temprano et l'essai START, ont confirmé les bénéfices de l'instauration immédiate du traitement antirétroviral, peu importe la numération CD4. Des études regroupant plusieurs cohortes montrent des avantages à faire commencer le traitement au-dessus du seuil de 350 cellules/ μ l. Au final, ces études soutiennent la recommandation générale de traiter toutes les personnes ayant une infection chronique à VIH, peu importe la concentration de CD4 mesurée chez elles (A-I).

4.1.2.2. Le début du traitement le jour même du diagnostic d'infection à VIH

Dans certaines populations, le début d'un traitement antirétroviral immédiat, soit le jour même du diagnostic d'infection à VIH, a augmenté la rétention en soins médicaux après ce diagnostic. Cela a été observé dans quelques études, dont une qui a été menée en Afrique du Sud et dans laquelle 377 participants ont été répartis, de façon aléatoire, pour commencer le traitement antirétroviral soit le jour du diagnostic, soit après quelques visites durant lesquelles un counselling était fait selon les standards de soins et incluait de l'information sur l'importance de l'adhésion au traitement. Les patients faisant partie du groupe début immédiat ont été plus nombreux à obtenir une charge virale indétectable après dix mois de suivi (64 % contre 51 %). Une étude semblable, menée en Haïti cette fois, a mené à des conclusions similaires. Il ressort d'une méta-analyse portant sur des essais cliniques et des cohortes que le fait de commencer le traitement dans les quatorze premiers jours après un diagnostic augmente le nombre de patients ayant entrepris un traitement dans les trois premiers mois, ce qui, dans les essais inclus dans cette analyse, mène à un plus grand nombre de suppressions virales et plus de rétention en soins après 12 mois. Cette stratégie n'a toutefois pas été testée dans le cadre d'essais randomisés menés dans des pays développés où la prévalence de la tuberculose est plus basse et où l'organisation des soins ainsi que l'accès aux soins sont différents. Des études états-uniennes comportant surtout des cohortes formées de personnes pour qui la liaison aux soins est problématique rapportent une bonne acceptabilité de cette stratégie et un contrôle viral plus rapide comparativement à ce qui a été habituellement observé dans le passé par d'autres auteurs. Pour l'instant, cette approche reste à valider dans notre population, mais elle pourrait être bénéfique lorsque les temps d'attente associés à l'approche traditionnelle en ce qui concerne l'instauration du traitement représentent, pour les patients, une barrière à la liaison aux soins.

Recommandations pour le traitement de l'infection chronique

En raison des bénéfices cliniques observés, il est recommandé de traiter le plus tôt possible toutes les personnes ayant une infection chronique à VIH, peu importe la numération des CD4 (A-I). Le fait de commencer le traitement le jour même où il reçoit son diagnostic pourrait être bénéfique pour le patient lorsque l'attente qu'implique l'approche traditionnelle au regard de l'instauration de son traitement représente une barrière à la liaison aux soins. Cependant, les bénéfices de cette stratégie doivent être validés dans le contexte des soins.

4.1.2.3. Les personnes asymptomatiques qui risquent de transmettre l'infection à VIH

L'essai HTPN 052, l'étude PARTNER et une méta-analyse publiée par un groupe canadien concluent que le risque de transmission est négligeable lorsque la charge virale reste sous le seuil de 200 copies par millilitre au moyen d'une thérapie antirétrovirale. Cette position est reprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, dans un avis de santé publique mentionnant qu'il n'y a aucune preuve de transmission de l'infection par le VIH pendant les relations sexuelles orales, vaginales ou anales sans condom lorsque la personne vivant avec le VIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang.

<p>Recommandation pour le traitement des personnes asymptomatiques qui risquent de transmettre l'infection à VIH à leurs partenaires</p>

<p>Le traitement de l'infection à VIH est recommandé chez les patients qui risquent de transmettre l'infection à leurs partenaires, indépendamment du niveau des cellules CD4 (A-I). Ce traitement doit viser une charge virale indétectable.</p>

4.1.3. L'instauration d'une thérapie antirétrovirale dans un contexte d'infection opportuniste aiguë

Recommandations pour l'instauration d'une thérapie antirétrovirale dans un contexte d'infection opportuniste aiguë	
<p>En général, il est recommandé au patient atteint d'une infection opportuniste (IO) pour laquelle il n'existe aucun traitement efficace (cryptosporidiose, microsporidioses, leucoencéphalopathie multifocale progressive et sarcome de Kaposi) de commencer une thérapie antirétrovirale le plus tôt possible (A-I). Dans le cas des IO pour lesquelles il existe un traitement spécifique efficace, la décision de faire commencer, précocement ou non, une thérapie antirétrovirale dépendra de l'IO diagnostiquée et du niveau d'immunosuppression du patient.</p>	
Situations cliniques	Conduites
IO sans traitement spécifique : <ul style="list-style-type: none"> • cryptosporidiose • microsporidioses • leucoencéphalopathie multifocale progressive 	Faire commencer à prendre les antirétroviraux (ARV) le plus tôt possible (A-I).
Néoplasie : <ul style="list-style-type: none"> • sarcome de Kaposi cutané modéré • lymphome non hodgkinien 	Faire commencer à prendre les ARV le plus tôt possible (A-I).
Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>	Faire commencer à prendre les ARV le plus tôt possible (A-I).
Toxoplasma	Faire commencer à prendre les ARV dans les deux à trois semaines (B-III).
<i>Mycobacterium</i> du complexe <i>avium</i> disséminé	Faire commencer à prendre les ARV le plus tôt possible (B-III).
Tuberculose	CD4 < 50 : ajouter les ARV à l'intérieur des deux semaines suivant le début de la prise des antituberculeux (A-I). CD4 > 50 : faire commencer à prendre les ARV au moins deux à quatre semaines, mais pas plus de huit à douze semaines, après le début de la prise des antituberculeux (A-I).
Méningite à cryptocoques	Faire commencer à prendre les ARV un minimum de deux semaines après le début du traitement de cette infection, soit à la fin du traitement antifongique d'induction (A-I). Il est probablement indiqué de retarder encore plus le début d'une thérapie antirétrovirale en présence d'hypertension intracrânienne et/ou d'un décompte de globules blancs dans le liquide céphalorachidien inférieur à 5 cellules par millilitre au moment du diagnostic de la cryptococcose ; pour ces patients, il pourrait être indiqué d'attendre jusqu'à dix semaines (B-II).

4.1.4. Situations particulières : contrôleurs d'élite, co-infection par le virus de l'hépatite B et grossesse

Est définie comme un « contrôleur du VIH », aussi appelé « contrôleur d'élite », une personne chez qui la charge virale reste indétectable ou inférieure à 50 copies par millilitre durant plus d'un an en l'absence de tout traitement antirétroviral. Malgré la charge virale indétectable, il persiste une activation immune qui peut mener à une déplétion des cellules CD4 avec le temps ainsi qu'à une augmentation de la fréquence d'athérosclérose et d'hospitalisation. Aucune étude n'ayant été menée en vue de démontrer les bénéfices cliniques du traitement pour ces patients, il n'est pas possible de faire une recommandation, à l'heure actuelle, sur celui-ci. Cependant, on a pu démontrer que le traitement antirétroviral pourrait diminuer les marqueurs d'activation immunitaire chez ces patients. Il peut y avoir un avantage théorique au traitement des contrôleurs d'élite, surtout ceux qui présentent un déclin des cellules CD4 ou des manifestations cliniques.

Lorsqu'il faut aussi traiter une infection causée par le virus de l'hépatite B (VHB), il est recommandé d'instaurer une thérapie anti-VIH puissante à base d'analogues des nucléosides et des nucléotides qui agiront à la fois contre le VIH et le VHB (A-II). On évitera ainsi d'exposer le patient à des thérapies sous-optimales pouvant entraîner une résistance du VIH lorsqu'un traitement anti-VHB s'impose. À ce sujet, voir le document intitulé [La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine \(VIH\) et le virus de l'hépatite B \(VHB\) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec](#).

Il est recommandé de traiter les femmes enceintes sans égard à la numération des CD4 (A-I) afin de prévenir la transmission materno-fœtale ou durant l'accouchement (voir la section 9 de la [version complète du guide](#)).

4.2. Le choix du traitement antirétroviral de première intention

Les études cliniques sur les traitements de première intention permettent d'affirmer que certaines combinaisons d'antirétroviraux sont préférables à d'autres. Les combinaisons de première intention doivent être individualisées, en fonction particulièrement des comorbidités et de la comédication.

Sauf indication contraire, les études retenues pour appuyer les recommandations sont des études prospectives à répartition aléatoire menées avec des patients qui n'avaient jamais pris d'antirétroviraux et qui ont été suivis pendant au moins 48 semaines.

Les **combinaisons préconisées** doivent être envisagées en premier lieu. Plusieurs études cliniques démontrent qu'elles ont une efficacité et une durabilité optimales. Ces combinaisons sont bien tolérées et faciles d'utilisation du fait d'un nombre de prises réduit et d'un moindre potentiel d'interactions médicamenteuses. Les **solutions de rechange** seront envisagées en second lieu, en raison d'une efficacité moins probante, d'une plus grande toxicité ou du potentiel d'interactions médicamenteuses multiples. Elles peuvent être utilisées lorsque les combinaisons préconisées sont inaccessibles compte tenu des politiques de remboursement des médicaments ou contre-indiquées à cause d'une comorbidité, de conditions particulières ou d'une toxicité. Les **combinaisons non recommandées** sont à éviter, sauf si leurs bénéfices potentiels peuvent surpasser les risques. Les **combinaisons contre-indiquées** ne devraient jamais être utilisées.

Les combinaisons préconisées incluent un inhibiteur de l'intégrase non potentialisé et un ou deux inhibiteurs, nucléosidiques ou nucléotidiques, de la transcriptase inverse (INTI). Le raltégravir, le dolutégravir et le bictégravir sont recommandés comme inhibiteur de l'intégrase pour les patients n'ayant jamais reçu d'antirétroviraux.

Tableau 2. Recommandations pour le choix des agents dans le traitement antirétroviral de première intention de l'infection par le VIH

Afin de ne pas complexifier le tableau, les régimes thérapeutiques à base de trois INTI (à éviter) sont soulignés dans la colonne de gauche. Les médicaments sont présentés par classe, par niveau de recommandation puis par ordre alphabétique. La liste des médicaments remboursés par le programme public du Québec se trouve sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, au <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/foire-aux-questions-sur-les-medicaments/virus-de-limmunodeficiency-humaine.html>

Combinaisons préconisées	Bictégravir/ténofovir alafénamide/emtricitabine (A-I) Dolutégravir ^(a) /abacavir ^(b, c) /lamivudine (A-I) Dolutégravir + ténofovir alafénamide/emtricitabine (A-I) Dolutégravir ^(a) + ténofovir disoproxil ^(d) /emtricitabine (A-I) Dolutégravir + lamivudine ^(e, f) (A-I) Raltégravir die ou BID + ténofovir disoproxil ^(d) /emtricitabine (A-I) ou ténofovir alafénamide/emtricitabine ^(f) (A-III) Raltégravir die ou BID + abacavir ^(b, c) /lamivudine ^(f) (A-I)	
Solutions de rechange	Traitement de fond	Troisième agent
Solutions de rechange lorsque ABC, TDF ou TAF sont contre-indiqués ou non accessibles	Abacavir/lamivudine ^(b, c, g) Ténofovir alafénamide/emtricitabine Ténofovir disoproxil ^(d) /emtricitabine Ténofovir disoproxil ^(d) /lamivudine Darunavir/r die ^(h) + raltégravir BID ^(f, j) (B-I)	
	Ténofovir alafénamide/emtricitabine Ténofovir disoproxil ^(d) /emtricitabine Ténofovir disoproxil ^(d) /lamivudine	Doravirine ^(f) (B-I) Darunavir/r die ^(c, h) (B-I) Darunavir/cobicistat ^(c, h) (B-I) Elvitégravir/cobicistat ^(f, h, i) /TAF/FTC ou TDF/FTC (B-I) Éfavirenz ^(f) (C-I) Rilpivirine ^(f, j) (C-I)

Tableau 2. Recommandations pour le choix des agents dans le traitement antirétroviral de première intention de l'infection par le VIH (suite)

Combinaisons non recommandées	Stavudine + didanosine Stavudine + lamivudine Zidovudine + lamivudine + abacavir Zidovudine + lamivudine	Atazanavir non potentialisé ^(k) Delavirdine Indinavir Indinavir/r Nelfinavir Névirapine ^(l) Tipranavir/r Ritonavir Saquinavir non potentialisé Saquinavir/r BID
Combinaisons contre-indiquées	Lamivudine + emtricitabine Ténofovir + didanosine + INNTI Ténofovir + abacavir + lamivudine Ténofovir + didanosine + lamivudine Zidovudine + stavudine	

Abréviations : BID : deux fois par jour ; die : une fois par jour ; FTC : emtricitabine ;

TAF : ténofovir alafénamide ;

TDF : ténofovir disoproxil fumarate.

- (a) Solution de rechange en période de conception ou durant les six premières semaines de la grossesse.
- (b) Lorsque le test HLA-B*5701 est négatif et qu'il y a absence d'hépatite B.
- (c) Peut augmenter le risque de maladie cardiovasculaire, mais les données à ce sujet sont discordantes.
- (d) Utiliser le ténofovir disoproxil avec précaution chez les patients dont la fonction rénale est altérée ou qui prennent d'autres médicaments néphrotoxiques.
- (e) Régime ayant une efficacité non prouvée pour les charges virale supérieures à 500 000 copies par millilitre. Moins d'études sur les bithérapies que sur les trithérapies ont démontré une efficacité et des bénéfices cliniques à long terme.
- (f) Le résultat d'un test de résistance est requis avant de commencer ce régime thérapeutique. Il ne devrait pas être utilisé en cas de résistance aux INTI, présumée ou prouvée, en raison de sa plus faible barrière génétique ou du manque de données sur son utilisation dans ce contexte.
- (g) Pourrait être moins efficace chez les patients dont l'ARN-VIH-1 est $\geq 100\ 000$ s'il est administré avec de l'éfavirenz ou de l'atazanavir potentialisé par le ritonavir.
- (h) Chez les patients qui ne prennent pas de médicaments ni de produits ayant un potentiel d'interactions avec le cobicistat ou le ritonavir.
- (i) Ne pas utiliser dans la formulation avec le ténofovir disoproxil (Stribild^{MD}) si le débit de filtration glomérulaire est inférieur à 70 ml/min avant le début du traitement.
- (j) Est moins efficace chez les patients dont l'ARN-VIH-1 est $\geq 100\ 000$ ou si les CD4 sont sous le seuil de 200 cellules par microlitre.
- (k) Avec le ténofovir, l'atazanavir doit être potentialisé par le ritonavir ou le cobicistat.
- (l) La névirapine n'est généralement pas recommandée, mais elle pourrait être considérée comme une option possible pour les femmes ayant < 250 cellules CD4 par microlitre et les hommes ayant < 400 cellules CD4 par microlitre. Elle ne devrait pas être prescrite aux patients chez qui la numération des CD4 est plus élevée, sauf si les bénéfices surpassent nettement les risques.

5. La modification des thérapies

La thérapie antirétrovirale peut être modifiée afin de réduire ou de prévenir des toxicités, de diminuer les interactions médicamenteuses, de faciliter l'adhésion du patient à son traitement ou encore d'améliorer le contrôle de la réplication virale en cas d'échec.

Dans le cas des patients avirémiques, il est possible de remplacer par un autre le médicament qui cause la toxicité ou les difficultés relatives à l'adhésion à ce traitement. Le remplacement d'un médicament est appelé *substitution*. Si la modification consiste en une réduction du nombre de prises ou de comprimés, il s'agit d'une *simplification*.

Dans le cas des patients en situation d'échec virologique, il est généralement peu utile, voire potentiellement dangereux, de simplement intensifier le traitement en cours, car l'apparition de résistances impose une révision du traitement impliquant un changement de médicaments. Cette stratégie s'appelle *thérapie de relais*.

5.1. Le remplacement de médicaments

Recommandations pour le remplacement des médicaments

Les régimes préconisés comme traitements de première ligne et les solutions de rechange peuvent être utilisés dans une stratégie de remplacement de médicaments aux fins de la simplification ou de la réduction des effets secondaires.

En l'absence d'une résistance antérieure, présumée ou prouvée, aux INTI, les nombreuses options de remplacement de médicaments qui suivent peuvent être envisagées.

Il a été montré que le remplacement d'un IP par de la rilpivirine, de la doravirine, du raltégravir, du dolutégravir, du bictégravir ou de l'élvitégravir/cobicistat peut réduire les problèmes d'hyperlipidémie (B-I).

La substitution d'un analogue de la thymidine (zidovudine ou stavudine) par de l'abacavir ou du ténofovir peut résorber partiellement (B-I) ou prévenir (C-III) la lipoatrophie.

Le passage du ténofovir disoproxil au ténofovir alafénamide peut réduire les risques de protéinurie, de syndrome de Fanconi et d'ostéoporose (A-I), et est recommandé dans les cas d'insuffisance rénale quand le degré de filtration glomérulaire se situe entre 30 et 50 ml/min (A-II) ; de plus, il pourrait être utile dans les cas d'ostéoporose (C-II).

Le remplacement de l'éfavirenz par de l'élvitégravir/cobicistat, de la rilpivirine ou de l'étravirine peut réduire les troubles neuropsychiatriques (B-I).

La substitution d'un IP potentialisé par un médicament ayant une plus faible barrière génétique à la résistance doit être évitée lorsque le traitement de fond n'est pas pleinement actif ou qu'il est entravé par de la résistance (B-I), comme dans les cas suivants :

- un échec thérapeutique antérieur ;
- une résistance aux INTI acquise en primo-infection ;
- un traitement antérieur sous-optimal, tel qu'une monothérapie ou une bithérapie composée d'INTI.

Pour ces cas, la possibilité de conserver l'IP potentialisé ou la substitution d'un IP par du dolutégravir ou du bictégravir peuvent être envisagés lorsqu'un changement de traitement est rendu nécessaire à cause d'interactions ou d'une intolérance (B-II).

Le passage d'une trithérapie à une bithérapie à base soit de dolutégravir et de rilpivirine, soit de dolutégravir et de lamivudine, soit de cabotégravir et de rilpivirine injectables peut réduire l'exposition médicamenteuse en l'absence de résistance, présumée ou prouvée, aux agents administrés, d'hépatite B ou d'autres contre-indications (A-I).

5.2. Le changement de traitement en cas d'échec virologique ou thérapie de relais

En cours de traitement, un certain nombre de patients se trouveront en situation d'échec virologique. Certaines études démontrent que l'incidence des échecs aux traitements a diminué depuis 2002, possiblement en raison d'une simplification des traitements, d'une plus grande tolérance à ceux-ci et d'une plus grande importance accordée par les patients à l'adhésion à leur traitement. Le traitement antirétroviral offert après l'échec d'une thérapie antirétrovirale hautement active est appelé *thérapie de relais*.

5.2.1. La marche à suivre en cas d'échec virologique

Quand un échec thérapeutique s'observe, il faut d'abord tenter d'en déterminer la cause. Cet échec peut être imputable à divers facteurs comme la résistance à un médicament, des perturbations pharmacocinétiques ou un problème d'adhésion au traitement. Une adhésion imparfaite provoque une baisse de la concentration des médicaments à un niveau sous-optimal, ce qui favorise la sélection de mutations de résistance.

Les tests génotypiques de résistance et le dosage plasmatique des IP, des INNTI et des INI permettront de choisir une thérapie de relais adéquate. Les tests de résistance doivent toujours être interprétés en relation avec les antécédents thérapeutiques. Dans l'évaluation de l'échec, on doit donc tenir compte de toutes les thérapies antérieures ainsi que des résultats des tests de résistance et des dosages plasmatiques déjà effectués. Des conseils au patient sont essentiels pour favoriser son adhésion au traitement. L'objectif du traitement est toujours la suppression virale à moins de 50 copies par millilitre à l'aide d'au moins deux médicaments actifs.

Conduite en cas d'échec virologique
<ul style="list-style-type: none">• Confirmer l'échec par une seconde mesure de la charge virale.• Évaluer le degré d'adhésion au traitement.• Demander des tests de résistance sous traitement et interpréter les résultats à la lumière des thérapies et des résistances antérieures.• Si des désordres pharmacocinétiques sont soupçonnés, procéder au dosage plasmatique des INI, des IP et des INNTI^(a).• Demander un test de tropisme si l'usage d'un antagoniste de CCR5 est envisagé.• Déterminer les options thérapeutiques valables en fonction des comorbidités, des régimes thérapeutiques antérieurs du patient et des toxicités qui se sont déjà manifestées.
(a) Le dosage plasmatique des INNTI est surtout utile dans les cas de toxicité et d'interactions médicamenteuses.

Recommandations pour les traitements de relais en cas d'échec

- Viser la suppression virale à moins de 50 copies par millilitre avec l'utilisation d'au moins deux médicaments actifs dans le nouveau régime thérapeutique, et de trois médicaments actifs lorsque c'est possible (A-I).
- Éviter d'utiliser un médicament d'une nouvelle classe lorsque celui-ci apparaît comme le seul médicament actif du régime thérapeutique, sauf si l'état du patient est sérieusement compromis à court terme (C-III).
- Si des antirétroviraux dont l'activité est compromise doivent être utilisés, choisir des médicaments bien tolérés ayant une activité antivirale résiduelle ou qui peuvent réduire la capacité virale répliquative (C-III).
- Consulter un expert afin de vérifier l'accessibilité de nouveaux médicaments par l'entremise d'essais cliniques ou de programmes d'accès compassionnel (C-III).

Tableau 3 : Exemples de traitements de relais à envisager en fonction du type d'échec

D'autres options de traitement non étudiées dans des essais cliniques pourraient être envisagées sur la base des recommandations contenues dans l'encadré relatif aux traitements de relais. Dans le doute, une discussion avec un collègue est recommandée.	
Type d'échec	Traitement de relais
Échec d'un traitement de première intention	
INTI + INNTI	<ul style="list-style-type: none"> • Le dolutégravir et des INTI recommandés auxquels le virus est sensible (A-I). • Une combinaison de lopinavir/r et de raltégravir (B-I). • Un IP/r et des INTI recommandés auxquels le virus est sensible (B-I).
INTI + IP ou IP/r	<ul style="list-style-type: none"> • 2 INTI recommandés + 1 IP/r sans résistance croisée (de préférence, le darunavir/r) pour les patients montrant une résistance aux autres IP (B-I). • 2 INTI recommandés + 1 IP/r + 1 INI (A-I) ou 1 INNTI (C-II). • 2 INTI recommandés + le dolutégravir si au moins un des INTI est actif (A-III)

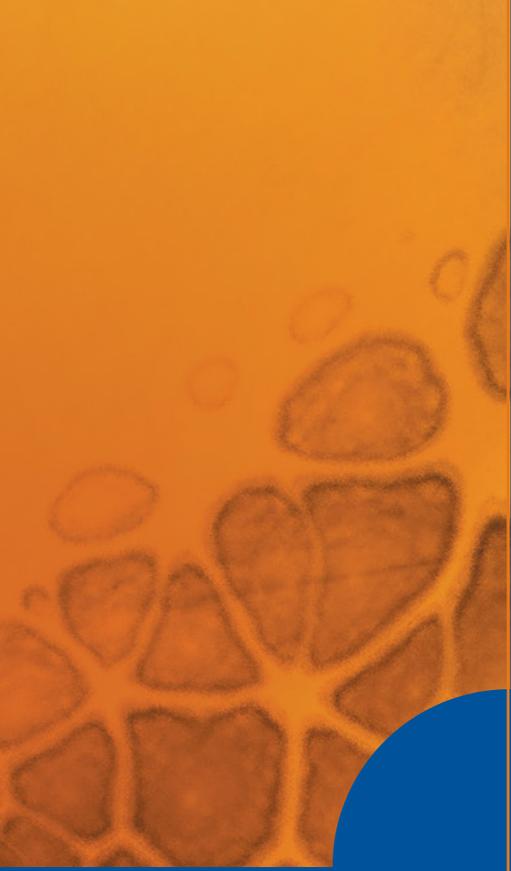
Tableau 3 : Exemples de traitements de relais à envisager en fonction du type d'échec (suite)

Types d'échec	Traitements de relais
Échecs séquentiels avec résistance aux IP et aux INNTI	
INTI + IP + INNTI	<p>Exemples de traitements de relais :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2 INTI actifs + 1 IP/r sans résistance croisée (B-I) ; ● l'étravirine + 1 INTI + le darunavir/r BID pour les patients montrant une résistance aux autres IP (B-I). Ajouter au besoin l'enfuvirtide (B-I), le dolutégravir (B-II), le raltégravir (B-II) ou le maraviroc^(a) (B-II) ; ● le dolutégravir avec deux autres médicaments, dont au moins un autre médicament actif (A-I). Le raltégravir est une solution de rechange au dolutégravir lorsque le darunavir peut être utilisé et qu'il est pleinement actif (B-II) ; ● le maraviroc^(a) avec des INTI et des IP de nouvelle génération, auxquels s'ajoute ou non de l'enfuvirtide (B-I). <p>Dans les cas de résistances multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● thérapie composée d'au moins deux médicaments actifs à partir des INTI recommandés, des IP et des INNTI de nouvelle génération et des autres classes de médicaments tels que le maraviroc^(a), le dolutégravir, le raltégravir ou l'enfuvirtide (C-III). Il y a peu de données sur la pertinence de continuer ou non à utiliser les INTI ou les IP en cas de résistance étendue ; ● au besoin, utiliser des médicaments encore à l'étude pour construire un régime thérapeutique actif (C-III).
Échecs séquentiels avec résistance aux IP, aux INNTI et aux INI	
INTI + IP+ INNTI+INI	<ul style="list-style-type: none"> ● Le dolutégravir^(b) 50 mg BID avec deux autres médicaments, dont au moins un autre médicament actif (B-II). ● Au besoin, utiliser des médicaments encore à l'étude pour construire un régime thérapeutique actif (C-III) ou consulter un expert.
<p>(a) Utiliser le maraviroc si un test de tropisme révèle la présence d'un tropisme R5. (b) Le dolutégravir doit être utilisé deux fois par jour en cas de résistance aux inhibiteurs de l'intégrase.</p>	

Tableau 4. Classification de l'infection par le VIH

Numération lymphocytaire (cellules/ μ l)	A Infection asymptomatique LGP	B Infection symptomatique (excluant sida)	C SIDA
≥ 500	A1	B1	C1
De 200 à 499	A2	B2	C2
< 200	A3	B3	C3
Principales affections cliniques associées			
		<p>Candidose oropharyngée</p> <p>Candidose vulvo-vaginale persistante, fréquente ou réfractaire</p> <p>Leucoplasie chevelue de la langue</p> <p>Dysplasie cervicale, de modérée à grave, ou carcinome <i>in situ</i> du col utérin</p> <p>Zona (plus d'un dermatome récurrent)</p> <p>Neuropathie périphérique</p> <p>Symptômes constitutionnels : fièvre ($> 38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$) ou diarrhée durant plus d'un mois</p> <p>Angiomatose bacillaire</p> <p>Listériose</p> <p>Purpura thrombopénique idiopathique</p> <p>Salpingite compliquée d'abcès tubo-ovariens</p>	<p>Pneumonie à <i>Pneumocystis jirovecii</i></p> <p>Candidose œsophagienne</p> <p>Candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire</p> <p>Rétinite à cytomégalovirus (CMV)</p> <p>Infection à CMV (autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire)</p> <p>Toxoplasmose cérébrale</p> <p><i>Herpes simplex</i> : ulcères chroniques (durant plus d'un mois), bronchiques, pulmonaires ou œsophagiens</p> <p>Cancer du col utérin</p> <p>Pneumonie récidivante (deux épisodes ou plus en douze mois)</p> <p>Sarcome de Kaposi</p> <p>Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kansasii</i> (disséminée ou extrapulmonaire)</p> <p>Cryptosporidiose intestinale chronique (> 1 mois)</p> <p>Isosporidiose intestinale chronique (> 1 mois)</p> <p>Syndrome cachectique dû au VIH</p> <p>Cryptococcose extrapulmonaire</p> <p>Histoplasmose (disséminée ou extrapulmonaire)</p> <p>Lymphome immunoblastique</p> <p>Lymphome cérébral primaire</p> <p>Lymphome de Burkitt</p> <p>Leuco-encéphalopathie multifocale progressive</p> <p>Septicémie à <i>Salmonella</i> récidivante</p> <p><i>Mycobacterium tuberculosis</i> (pulmonaire ou extrapulmonaire)</p> <p>Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire</p> <p>Encéphalopathie liée au VIH</p>

Abréviations : CMV : cytomégalovirus ; LGP : lymphadénopathie généralisée persistante ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.



Compte tenu de l'évolution rapide des connaissances, les choix des régimes thérapeutiques peuvent être faits de concert avec un clinicien expérimenté dans le suivi des personnes infectées par le VIH. À cet effet, on peut faire appel au réseau des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) des centres hospitaliers universitaires québécois en téléphonant au Service spécialisé de consultation téléphonique sur le VIH-sida à l'intention des professionnels de la santé du Québec : 1 800 363-4814. Cette ligne spécialisée vous donnera également accès au Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites (PNMVH) qui offre dans les différentes régions du Québec toute une gamme d'outils de formation : pairage avec un médecin, stages cliniques, ateliers de perfectionnement et conférences (pnmvh.org).

Ce document présente les recommandations pour l'utilisation des médicaments antirétroviraux dans le traitement des adultes infectés par le VIH. Cette version est le résumé de la version intégrale qui inclut les rapports et les analyses des données ayant servi à formuler ces recommandations. La version intégrale est aussi mise en ligne sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux.

msss.gouv.qc.ca