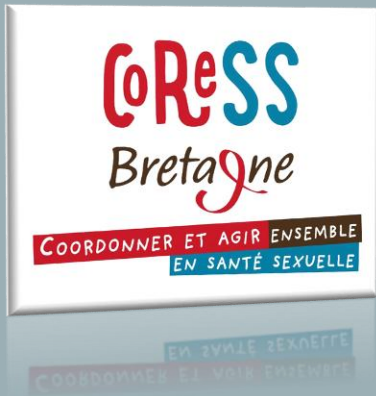




ARV à longue durée d'action Présent et futur...

GERICCO 2026 – 12 mars - Lorient

Dr Cédric Arvieux

Avec l'aide des couvertures congrès du CoReSS-Bretagne, du « Meilleur de » et de la lettre de l'infectiologue

Liens d'intérêts

- Trésorier de l'AFRRI (Association pour la Formation et la Recherche en Réanimation et Infectiologie, qui reçoit des financements de l'industrie pharmaceutique pour ses actions de formation)
- Intervention AEI, agence de communication médicale (post-CROI)

Quels sont les bénéfices attendus des ARV-LA ?

- Diminution de la charge mentale en lien avec la prise de comprimés
- Diminution de la stigmatisation (réelle et ressentie)
- Amélioration de l'adhésion sur le court et long terme
- Absence d'interactions sur la phase absorption
- Faciliter les voyages et déplacements...

L'importance d'une approche « populationnelle »

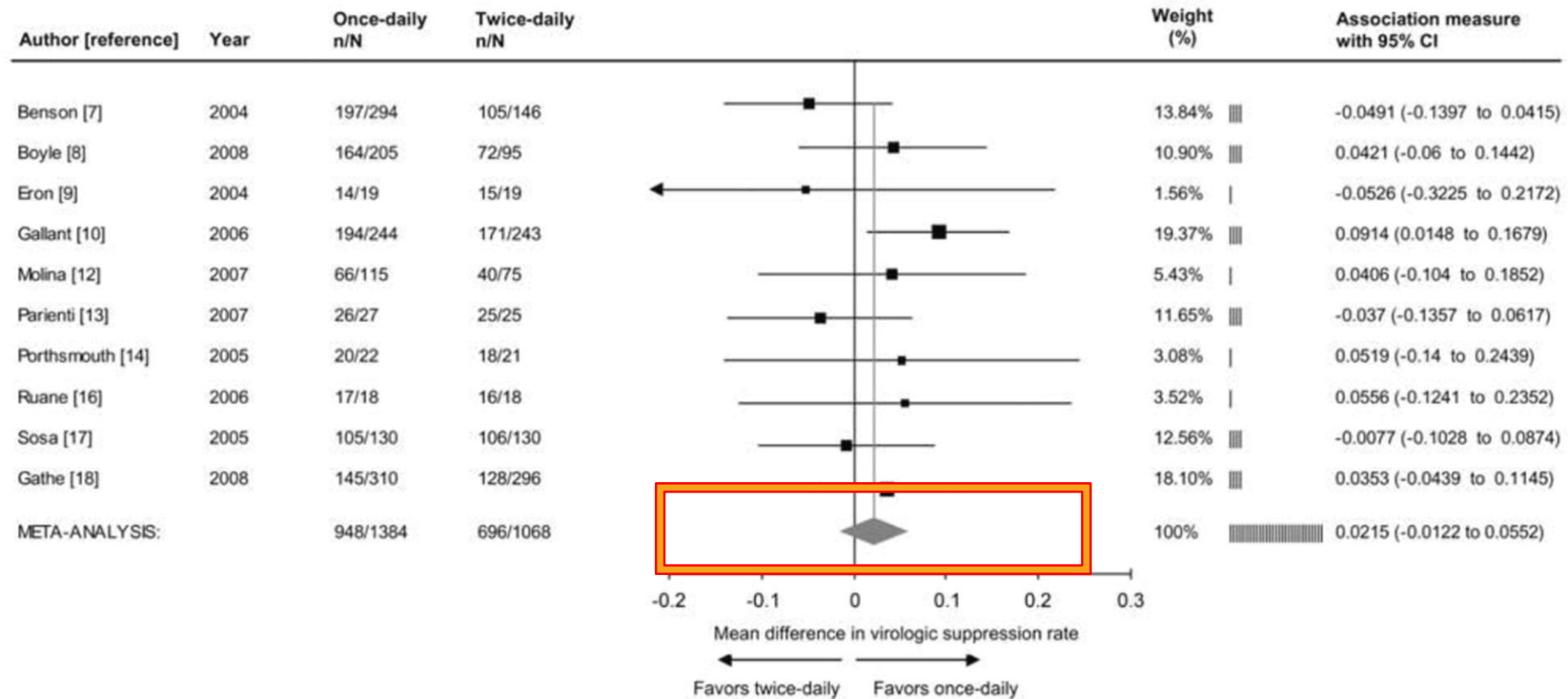
- ARV-LA pour les PVVIH ayant une charge virale indétectable sous traitement bien toléré
 - Améliorer le « confort »
- ARV-LA pour les PVVIH ayant une charge virale détectable sous traitement
 - Répondre au challenge de l'adhésion au traitement
- ARV-LA en prévention

Quelles sont les molécules/associations qui répondent actuellement à la définition de longue durée d'action ?

- **Cabotégravir/Rilpivirine tous les deux mois en IM**
- Lénacapavir tous les 6 mois SC
- ~~Ibalizumab tous les 15 jours~~



L'adhésion au traitement et l'efficacité sont-elles meilleures si on diminue le nombre de « prises ».



Association Cabotégravir/Rilpivirine

CAB/RPV LONGUE DURÉE D'ACTION

PRINCIPALES ÉTUDES

Étude	Phase / population	Design / comparateur	Schéma LA	Critère principal	Résultat clé	Points à retenir
FLAIR	Phase 3 Naïfs → induction orale puis switch	Randomisé, ouvert CAB/RPV LA Q4W vs poursuite orale	IM Q4W	ARN VIH ≥ 50 (FDA) S48 (NI)	NI vs oral Suppression maintenue	Induction obligatoire ISRs fréquentes
LATTE-2	Phase 2b CV < seuil après induction	Randomisé Q4W vs Q8W vs oral (contrôle)	IM Q4W/Q8W	Suppression viro (S48+)	Taux élevés de suppression → base des phases 3	Essai dose/rythme PK & acceptabilité
ATLAS	Phase 3 CV < seuil sous ART oral	Randomisé, ouvert CAB/RPV LA Q4W vs poursuite ART	IM Q4W	ARN VIH ≥ 50 S48 (NI)	NI vs oral CVF rares	Switch chez traités ISRs principales
ATLAS-2M	Phase 3b CV < seuil	Randomisé Q8W vs Q4W	IM Q8W vs Q4W	ARN VIH ≥ 50 S48 (NI)	Q8W NI vs Q4W Durabilité $\geq 96w$	CVF rares Préférence Q8W
SOLAR	Phase 3b CV < seuil sous BIC/FTC/TAF	Randomisé 2:1 Switch Q8W vs poursuite BIC/FTC/TAF	IM Q8W	ARN VIH ≥ 50 S48 (NI)	NI vs BIC/FTC/TAF	Lead-in oral optionnel ISRs principales
CARES	Phase 3b Afrique, CV < seuil	Randomisé Switch Q8W vs poursuite ART	IM Q8W	ARN VIH ≥ 50 S48 (NI)	NI vs oral Suppression >96%	Données sous-types / contexte Logistique injections
LATITUDE	Phase 3 Adhérence difficile	Stratégie 2 étapes Après cv <200 : LA vs standard oral	IM Q4W	Échec de régime / contrôle viro S48	Supériorité LA ↓ risque d'échec	Étude clé « adhésion » Implémentation + soutien

MÉTA ANALYSE



- ARV-LA non –inférieur au comparateur oral
- Si échec : plus de résistance (57 versus 9%)
- Tolérance
 - Réactions aux sites d'injection

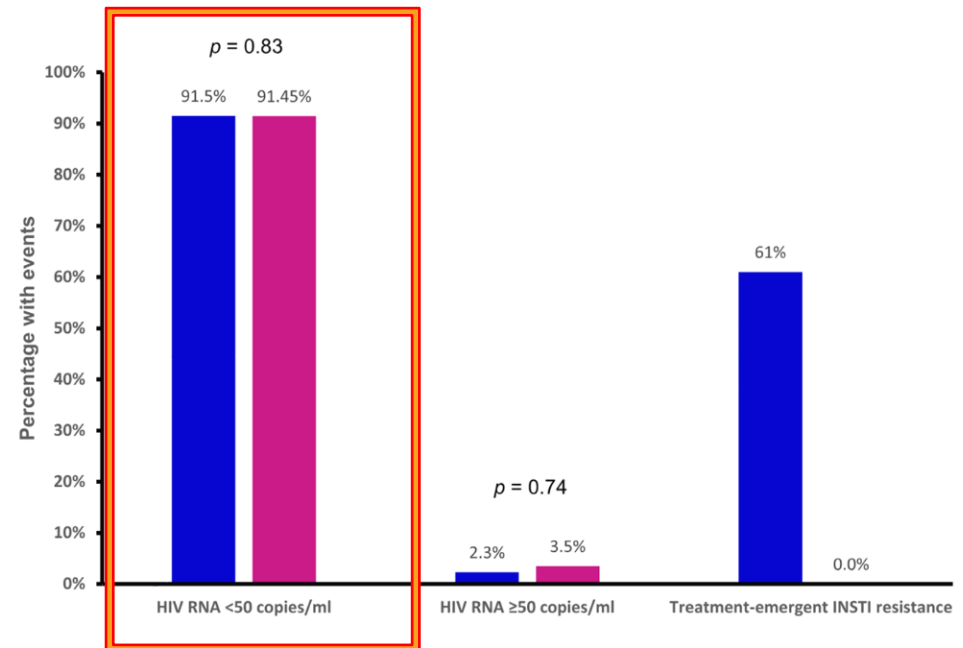
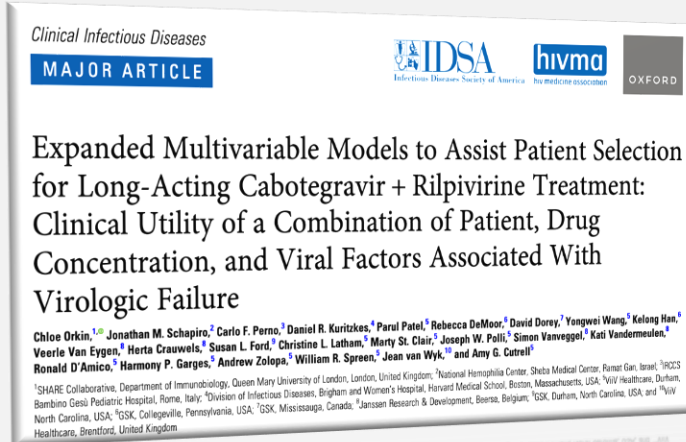


Figure 2. Summary of the efficacy of LAA (first bars) versus SOT (second bars). INSTI, integrase strand transfer inhibitor. Treatment-emergent INSTI resistance figures did not use total participants as the denominators but were limited to successfully genotyped participants.

Facteurs prédictifs de l'échec



- Lien facteur de risque/échec
 - 0 FR : 0,4%
 - 1 FR: 2%
 - ≥ 2 FR : 19,3%

Table 1. Baseline Factor Analyses of CVF^a (Single- and All-Regimens Models)

Covariate	Single-Regimen Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI) [<i>P</i> Value], n = 1363		All-Regimens Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI) [<i>P</i> Value], n = 1431 ^b	
	Full Model	Final Model	Full Model	Final Model
RPV RAMs: yes/no	16.9 (3.74–76.1) [.0002]	21.7 (5.80–80.8) [<.0001]	11.3 (4.83–26.5) [<.0001]	10.4 (3.88–27.9) [<.0001]
HIV-1 subtype A6/A1: yes/no	24.5 (3.47–173) [.0013]	12.9 (4.42–37.5) [<.0001]	9.17 (0.984–85.3) [.0516]	9.15 (3.79–22.1) [<.0001]
Baseline BMI: kg/m ²	1.09 (0.994–1.19) [.0671]	1.09 (1.00–1.19) [.0447]	1.09 (1.01–1.17) [.0205]	1.10 (1.02–1.18) [.0145]
Regimen: Q8W/Q4W	1.00 (0.526–6.67) [1.2221]	d	1.00 (0.756–4.70) [1.1710]	d
Integrase L74I: ^c yes/no	0.480 (0.068–3.40) [.4629]	d	1.23 (0.117–12.9) [.8642]	d
Sex at birth: female/male	0.796 (0.222–2.85) [.7254]	d	0.827 (0.329–2.08) [.6858]	d
Other NNRTI RAMs: yes/no	1.87 (0.465–7.51) [.3787]	d	2.65 (1.12–6.31) [.0273]	2.78 (1.15–6.76) [.0237]
CAB RAMs: yes/no	2.01 (0.115–35.0) [.6332]	d	1.66 (0.28–9.79) [.5742]	d
Other INSTI RAMs: yes/no	0 [.9998]	d	0.401 (0.022–7.28) [.5368]	d

Abbreviations: BMI, body mass index; CAB, cabotegravir; CI, confidence interval; CVF, confirmed virologic failure; IAS-USA, International Antiviral Society-USA; INSTI, integrase strand transfer inhibitor; LA, long-acting; NNRTI, nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor; Q4W, every 4 weeks; Q8W, every 8 weeks; RAM, resistance-associated mutation; RPV, rilpivirine.

Bolded values represent statistically significant predictors (*P* < .05).

^aThrough week 124 for FLAIR, week 96 for ATLAS, and week 152 for ATLAS-2M.

^bParticipants who received both Q4W and Q8W CAB + RPV LA were included twice in the model, once for each regimen. A total of 1600 complete records was included.

^cL74I (including L74/L/I, but not any L74I mixtures containing M).

^dCovariates eliminated from the selected models. RAMs were determined per 2019 IAS-USA guidelines [25].

Essai CARES

nature medicine



Article

<https://doi.org/10.1038/s41591-025-04041-7>

Cabotegravir and rilpivirine for treatment of HIV infection in Africa: week 96 results from the phase 3b randomized, open-label, noninferiority CARES trial

noninferiority CARES trial

Outcome	Long-acting therapy (n=255)	Oral therapy (n=257)	Difference (95% CI)*, percentage points	Noninferiority margin (%)
Primary outcome				
HIV-1 viral load level, no. (%)				
<50 copies ml ⁻¹	247 (97%)	250 (97%)	-0.4 (-3.1 to 2.0)	-10%
≥50 copies ml ⁻¹	4 (2%)	2 (1%)	0.8 (-0.7 to 3.2)	-
No virological data [§]	4 (2%)	5 (2%)	-	-
Primary outcome, sensitivity analyses				
HIV-1 viral load level, no. (%)				
<50 copies ml ⁻¹ (additional adjustment) [†]	97%	97%	-0.4 (-3.4 to 2.5)	-
<50 copies ml ⁻¹ (per protocol) ⁻	220/224 (98%)	214/215 (>99%)	-1.3 (-4.2 to -0.1)	-
<50 copies ml ⁻¹ (complete case)	247/251 (98%)	250/252 (99%)	-0.8 (-3.3 to 0.7)	-
Secondary and other efficacy outcomes				
HIV-1 viral load <200 copies ml ⁻¹ , no. (%)	249 (98%)	251 (98%)	-0.01 (-2.4 to 2.4)	-
Confirmed virological failure, no. (%)**	4 (2%)	0	1.6 (0.4 to 4.2)	4%
Confirmed virological failure (per protocol), no. (%) ⁻	4 (2%)	0	1.6 (0.4 to 4.2)	-
Confirmed virological failure with ≥1 major acquired resistance mutation, no. (%)	3 (1%)	0	-	-
CD4 ⁺ cell count change from baseline, cells mm ^{-3††}	-7±213	18±228	-25 (-64 to 13)	-

CAB/RPV en situation peu favorable ACTG A5359 LATITUDE

ORIGINAL ARTICLE

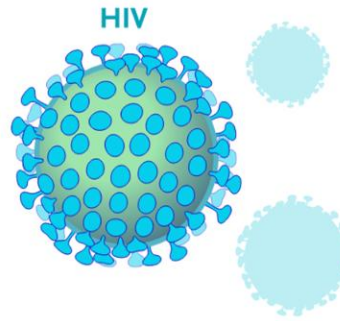
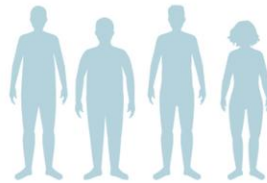
Cabotegravir plus Rilpivirine for Persons with HIV and Adherence Challenges

A.I. Rana,¹ L. Zheng,² J. Castillo-Mancilla,^{3,4} Y. Bao,² S. Sieczkarski,² K.M. Brooks,⁴ J.E. Lake,⁶ C. Fichtenbaum,⁷ S.L. Heath,¹ P.F. Belaunzaran-Zamudio,⁸ K. Klingman,⁸ L. Fox,⁸ T. Morton,⁸ M. Stirratt,⁹ J.Z. Li,¹⁰ E.P. Acosta,¹ C. Venuto,¹¹ O. Galárraga,¹² S. Shoptaw,¹³ D. Wohl,¹⁴ M. Green,⁵ C. Beijer,¹³ K. Ferbas,¹³ C. Jennings,¹⁵ K. Shin,¹⁶ R. Collahua,⁶ M. Dorosh,⁴ P. Wannamaker,⁹ R. D'Amico,³ K. Smith,³ W. Spreen,³ K. Vandermeulen,¹⁷ R. Van Solingen-Ristea,¹⁷ C. Wimbish,¹⁴ K.T. Tashima,¹⁹ and R.J. Landovitz,¹³ for the ACTG A5359 LATITUDE Trial Team*

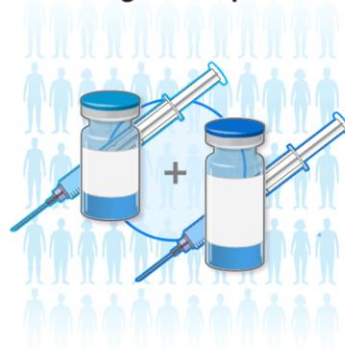
- Première étape : renforcement du suivi, aide financière et sociale (451 patients)
- Seconde étape : en cas de CV < seuil, randomisation poursuite traitement oral vers CAB/RPV IM (306 patients)
- Critère de jugement : CV > 200 ou arrêt de traitement à S48

Participants

- 306 adults in step 2
- Median age, 42 years
- Men: 73%; Women: 27%

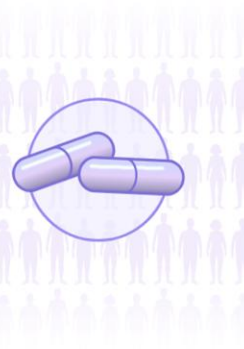


Cabotegravir–Rilpivirine



N = 152

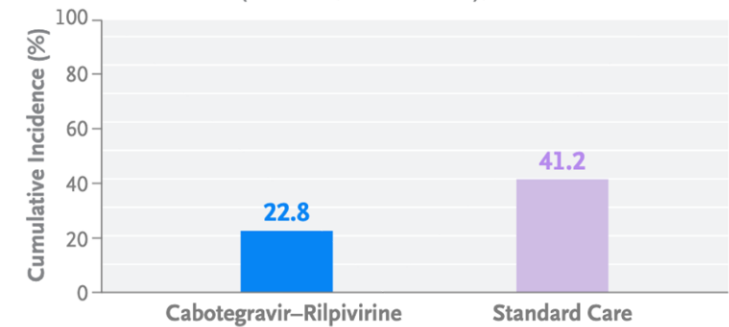
Standard Care



N = 154

Regimen Failure

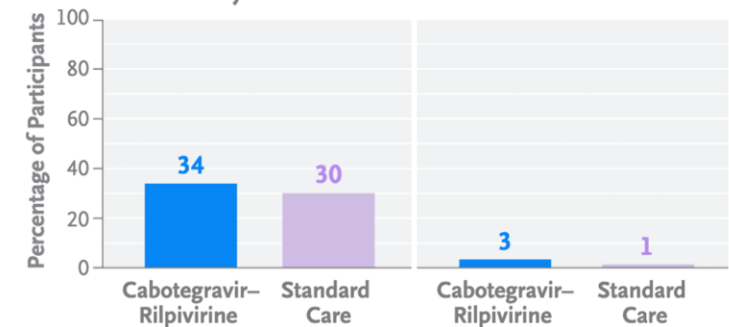
Difference, –18.4 percentage points, (98.4% CI, –32.4 to –4.3); P=0.002



Adverse Events in Step 2

Any Event

Event Leading to Discontinuation

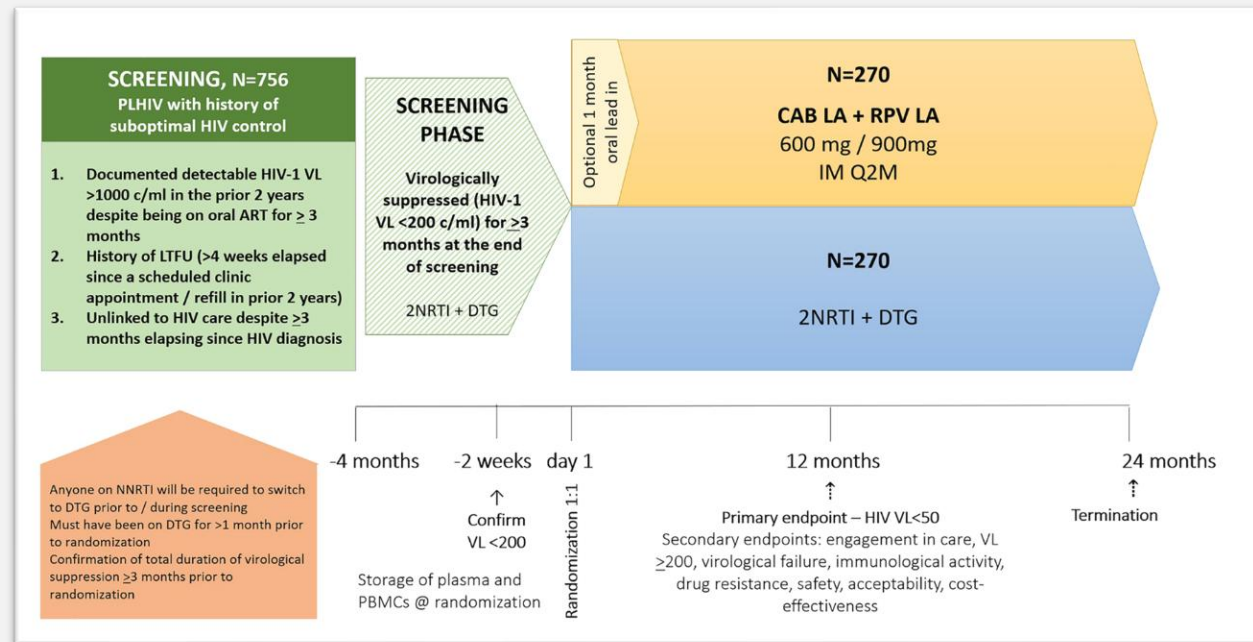


ESSAIS IMPALA = LATITUDE EN AFRIQUE

Efficacy and Safety of Long-acting Injectable Cabotegravir and Rilpivirine in Improving HIV-1 Control in sub-Saharan Africa: Protocol for a Phase 3b Open-Label Randomized Controlled Trial (IMPALA)

[version 1; peer review: 1 approved]

Victoria Babirye Tumusiime¹, Eugene Ruzagira^{1,2}, Claire Norcross^{1,3}, Ingrid Eshun-Wilsonova⁴, Jonathan Kitonsa^{1,3}, Ubaldo Mushabe Bahemuka¹, Daniel Grint^{1,2}, Geoffrey Kimbugwe¹, Ayoub Kakande¹, David S Lawrence⁵⁻⁷, Fridah Mwendia^{1,8}, Rodica Van Solingen⁹, Veerle Van Eygen⁹, Fafa Addo Boateng¹⁰, Fiona Cresswell^{1,3,5}, IMPALA study team



Fin de l'étude : mars 2026

Les suivis long-terme

Hsu RK et al. *Journal of the International AIDS Society* 2025; 28:e70068
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.70068/full> | <https://doi.org/10.1002/jia2.70068>



RESEARCH ARTICLE

Comparable real-world effectiveness between switches to cabotegravir + rilpivirine long-acting or modern daily oral regimens in the United States: an OPERA cohort study

Ricky K. Hsu^{1,2}, Michael G. Sension³, Jennifer S. Fusco^{4,5}, Laurence Brunet⁴, Quateka Cochran⁵, Brooke Levis⁴, Gayathri Sridhar⁶, Vani Vannappagari⁶, Jean Van Wyk⁷, Michael B. Wohlfeiler⁸ and Gregory P. Fusco⁴

¹Corresponding author: Jennifer S. Fusco, EpiVidan, 150 Fayetteville Street Suite 2300, Raleigh, NC 27601, USA. (jennifer.fusco@epividan.com)

- Cohorte OPERA
 - Comparaison switch po versus CAB/RPV aux USA avec CV indétectable au changement
 - Pas de différence d'efficacité ARV-LA/ARV-po
 - CD4 bas : un peu plus d'échec pour ARV-LA
 - Deux échecs « inexplicables »

Table 3. Virologic outcomes among those with follow-up viral load

		CAB+RPV LA N = 1293	Oral ART N = 2523
	Number of VLs available over follow-up, median (IQR)	3.0 (2.0, 4.0)	3.0 (2.0, 5.0)
Last viral load	< 200 copies/ml, n (%)	1281 (99)	2431 (96)
	< 50 copies/ml, n (%)	1229 (95)	2298 (91)
CVF	n (%)	15 (1)	44 (2)
	Unadjusted odds ratio (95% CI) ^a	0.66 (0.35, 1.00)	Reference
	Adjusted odds ratio (95% CI) ^{a,b}	0.64 (0.40, 1.02)	Reference

Abbreviations: ART, antiretroviral therapy; CAB+RPV LA, cabotegravir + rilpivirine long-acting; CI, confidence interval; CVF, confirmed virologic failure; ml, millilitre; n, number.

^aExcluding 148 individuals missing race or baseline CD4 cell count.

^bAdjusted for age (linear and quadratic terms), female sex, Black race, injection drug use, history of AIDS-defining events, CD4 cell count (linear and quadratic terms), presence of comorbidities and core class in prior regimen.

Comparaison des PVVIH ayant débuté CAB + RPV LA avec une CV < ou ≥ 50 c/ml dans la cohorte OPERA

- Analyse sur l'initiation de CAB + RPV LA entre janvier 2021 et décembre 2024

Caractéristiques à l'initiation

	CV < 50 c/ml (n = 4 587)	CV ≥ 50 c/ml (n = 582)
Age, ans, médiane (IQR)	38 (32 - 50)	40 (32 - 51)
Femme	15 %	26 %
Race noire	43 %	54 %
Affection mentale	39 %	47 %
Usage de drogues	20 %	28 %
IMC ≥ 30 kg/m ²	30 %	29 %
Ancienneté diagnostic VIH, ans, médiane (IQR)	6 (2 - 12)	8 (2 - 16)
Ancienneté traitement ARV, ans, médiane (IQR)	3 (1 - 7)	4 (1 - 8)
CD4/mm ³ , médiane (IQR)	707 (528 - 913)	549 (342 - 781)
CV c/ml, médiane (IQR)	19 (19 - 20)	120 (60 - 2 040)
CV > 1 000 c/ml	-	27 %

Devenir après initiation

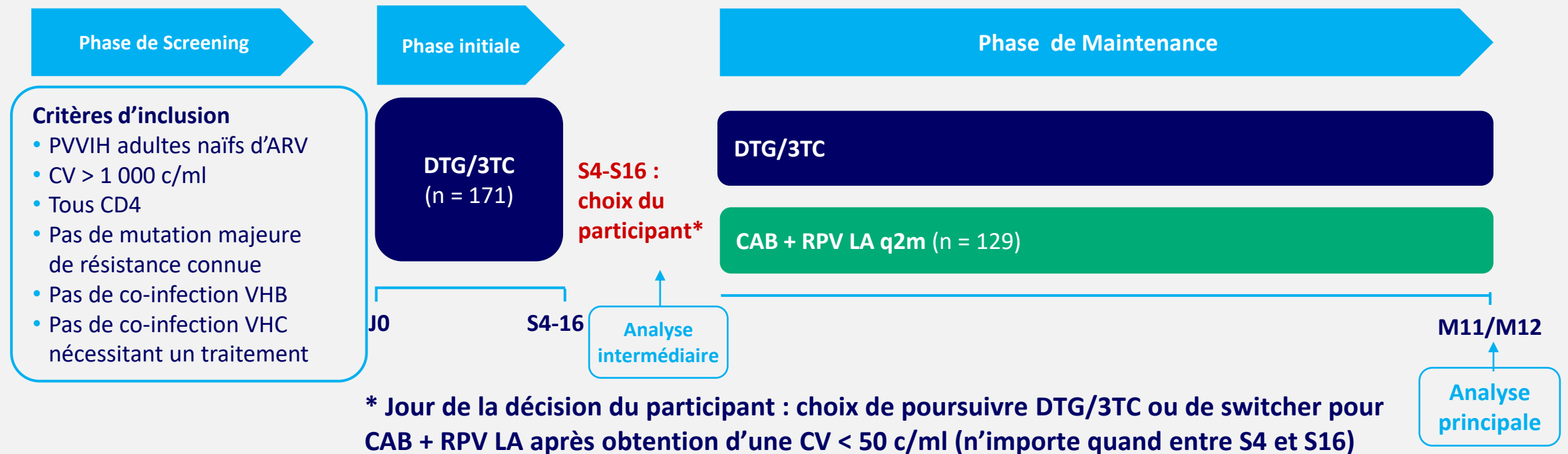
	CV < 50 c/ml (n = 4 196)	CV ≥ 50 c/ml (n = 529)
Durée sous CAB + RPV, mois (IQR)	16 (9 - 26)	15 (8 - 26)
Encore sous CAB + RPV à la fin de la période d'analyse	78 %	73 %
≥ 1 CV après initiation, n (%)	4 000 (95 %)	502 (95 %)
Dernière CV < 50 c/ml	95 %	79 %
CV < 50 c/ml sur tout le suivi	81 %	-
Suppression virologique obtenue	-	87 %
Echec virologique confirmé*, n (%)	43 (1 %)	7 (2 %)

* 2 CV consécutives ≥ 200 c/ml ou arrêt CAB + RPV après une seule CV ≥ 200 c/ml

Switch précoce vers CAB + RPV après initiation par DTG/3TC

Essai VOLITION (I)

- **Etude internationale** (Amérique du Nord, Amérique du Sud, Europe) de phase 3b, en ouvert, non randomisée

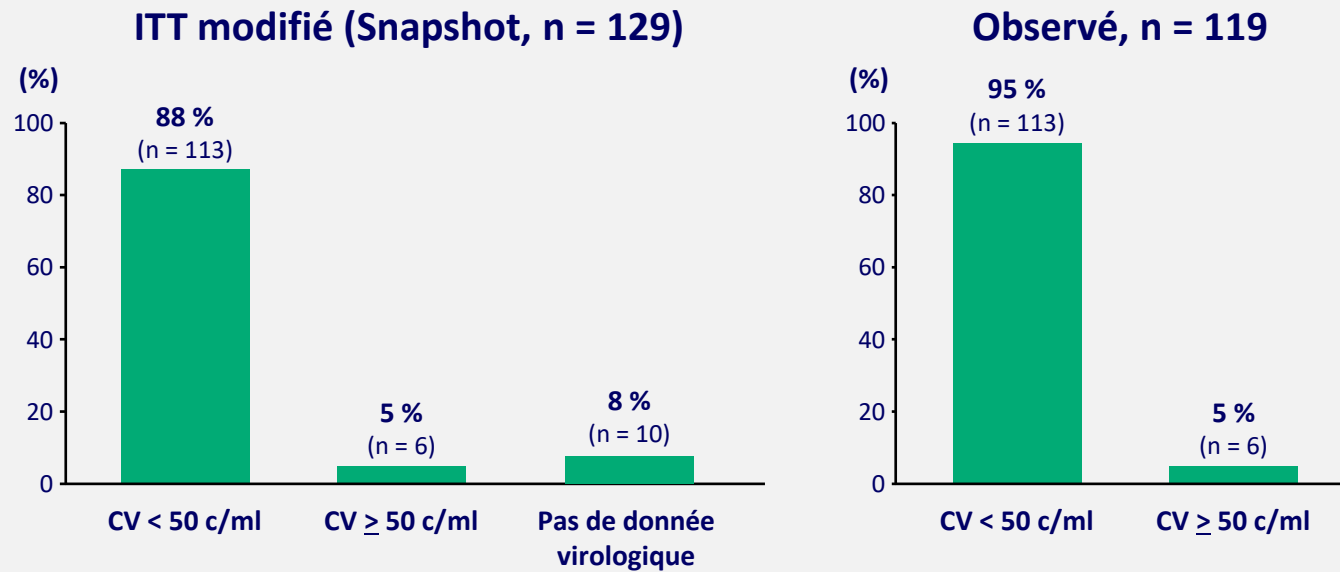


- Analyse intermédiaire : efficacité de DTG/3TC durant la phase de suppression (*Cordova E, IAS 2025, Abs. WEPEB033*)
 - 97,7 % (167/171) des participants atteignent la suppression virologique (CV < 50 c/ml) dans les 4-16 semaines de la phase initiale
 - Délai médian de suppression : 4,1 semaines (dépendant de la CV initiale, mais pas des CD4 initiaux)

Passage précoce vers CAB + RPV après initiation par DTG/3TC

Résultats à M11 : Essai VOLITION (2)

Résultat virologique à M11 pour les 129 participants
ayant changé pour CAB + RPV LA



- 4 échecs virologiques (2 CV > 200 c/ml après suppression CV < 50 c/ml)
 - 3/4 non confirmés après retest et n'ont pas eu d'émergence de mutations de résistance
 - 1 participant avec échec virologique confirmé et émergence de résistance

Forme injectable plébiscitée (89%) par ceux qui l'ont choisie...

CAB + RPV LA chez adolescents : Essai IMPAACT 2017

- **IMPAACT 2017 (MOCHA)** : essai phase I/2 non comparatif
- 18 sites cliniques dans 5 pays
- 144 adolescents (12 à < 18 ans) avec suppression virologique sous traitement oral
- Age médian 15 ans, IMC médian 19.5, 51% de filles



- **Efficacité**
 - 94,4 % de maintien de la suppression virologique
 - 11 blips (dont 2 avec CV > 200 c/ml), pas d'échec virologique confirmé à S96 (
- **Tolérance**
 - 2 EI de grade 3 (abcès), un EI de grade 4 (réaction anaphylactique résolutive mais conduisant à l'arrêt)
 - Réactions au site d'injection : 37 % des participants, 92 % de grade 1 et durant ≤ 7 jours

Avenir...

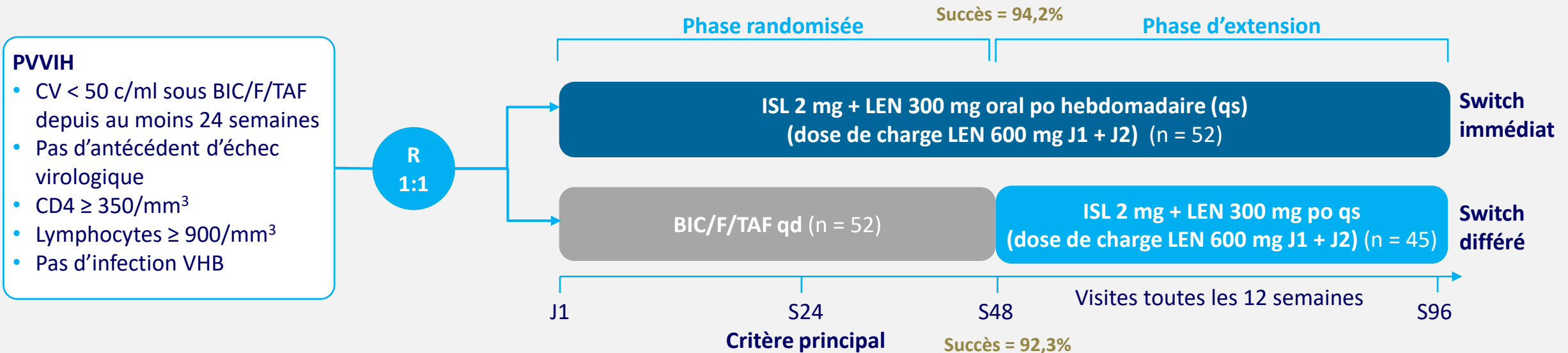
- CAB/RPV chez les > 60 ans (Espagne, en cours de recrutement)
- CAB/RPV, début avec CV détectable (USA, en cours de recrutement)
- CAB/RPV chez les enfants de 2-12 ans
- (VIHINJECT) Diminution de la douleur avec casque de réalité virtuelle (France Ouest)
- CAB/RPV en cas de sous-type A6 (Pologne, rétrospectif)
- CAB/RPV délivré à domicile chez les ex-perdus de vue (USA)
- CAB/RPV tous les 4 mois (CUATRO)

ARV-LA à base de lénacapavir

ARV-LA par voie orale

Bithérapie **islatravir** 2mg/**lénacapavir** 300 mg hebdomadaire

Essai de phase 2, en ouvert, chez des 97 PVVIH en succès virologique

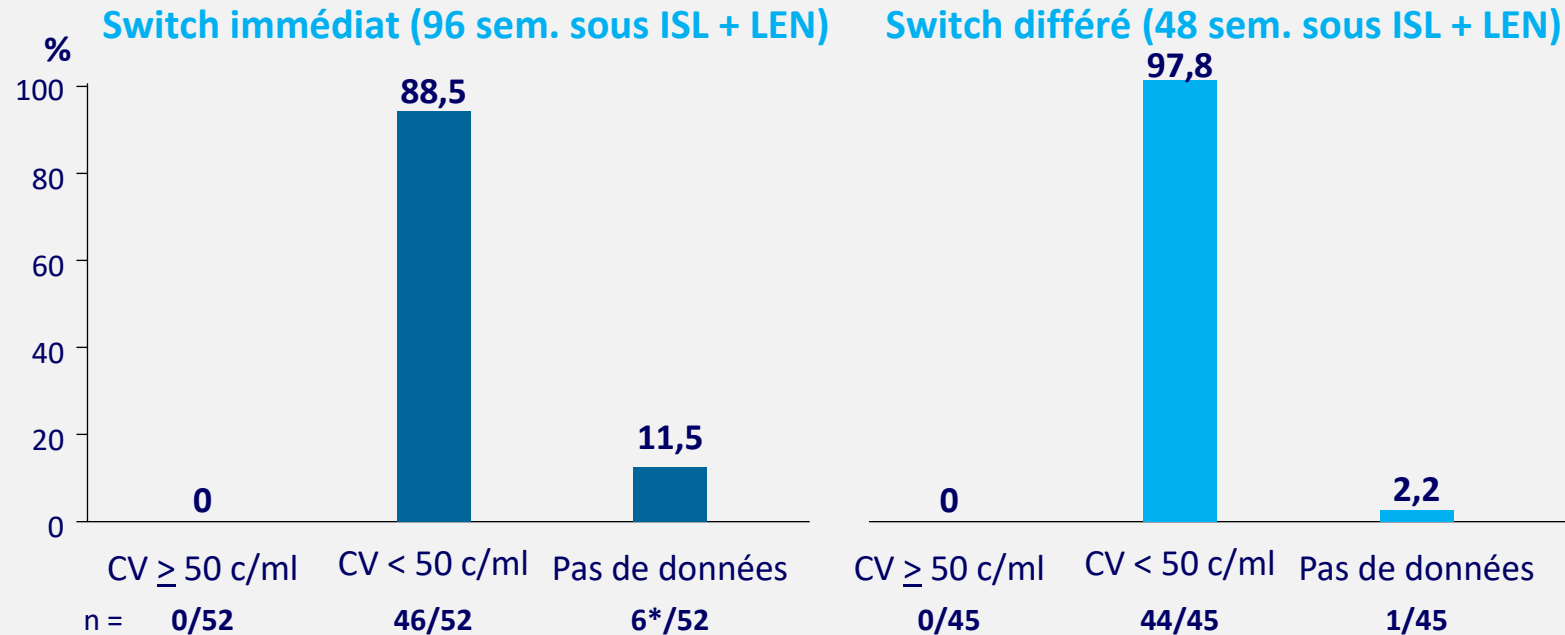


- Les caractéristiques initiales dans les 2 groupes étaient similaires : âge médian : 40 ans, femmes : 19 %, IMC médian : 27 kg/m², moyenne CD4 : 772/mm³, moyenne lymphocytes totaux : 1 970/mm³

ARV-LA par voie orale

Bithérapie islatravir 2mg/lénacapavir 300 mg hebdomadaire

Résultats virologiques à S96



Efficacité

- 100% CV < 50 c/ml à S96 ou au moment de l'arrêt, et donc aucune émergence de résistance)
- Adhésion au TTT (comptage cps)
 - 99,3 % dans le groupe switch immédiat
 - 98,6 % dans le groupe switch différé

Tolérance

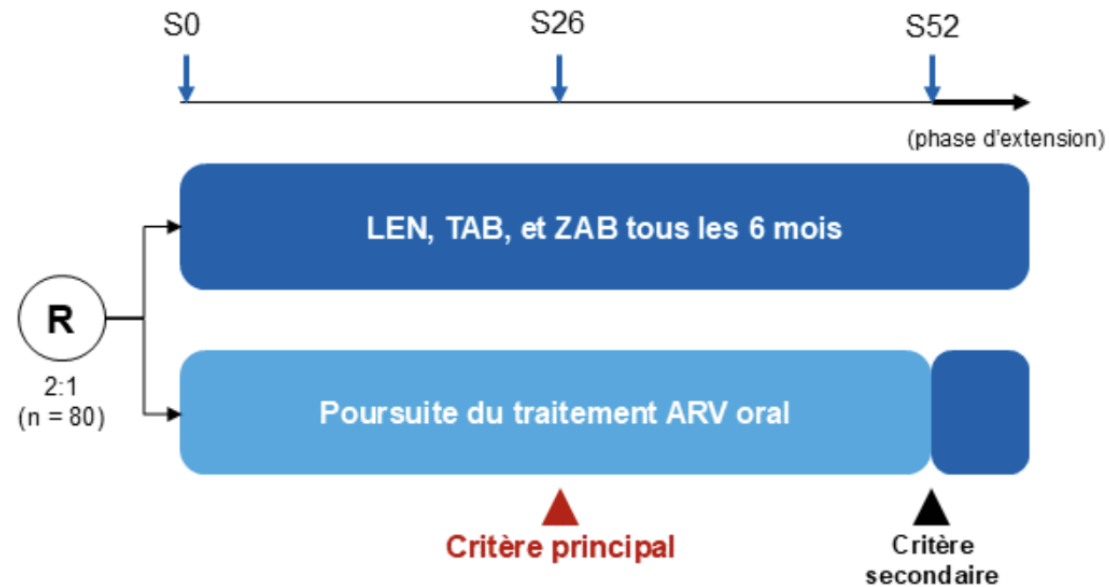
- Absence d'évolution cliniquement significative des lymphocytes totaux et des CD4 sur 108 semaines
- Aucun arrêt pour une baisse des lymphocytes totaux ou/et des CD4

Lénacapavir et bNAb semestriel Teropavimab (TAB) et le zinlirvimab (ZAB)

Schéma de l'étude

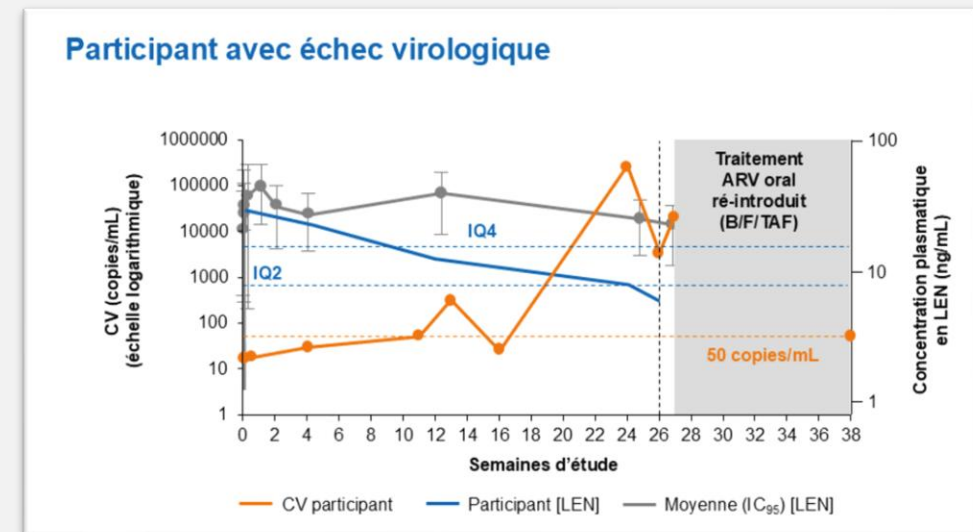
Principaux critères d'inclusion

- Âge 18-65 ans
- CV < 50 copies/mL $\geq$ 12 months
- Sous traitement ARV oral stable ($\leq$ 2 classes) depuis $\geq$ 12 months
- Taux de CD4+ > 200 cellules/ μ L
- VHB négatif
- Sensibilité élevée aux 2 bNAbs ($IC_{90} \leq 2 \mu$ g/mL)



Lenacapavir et bNAb (ZAB et TAB) semestriel

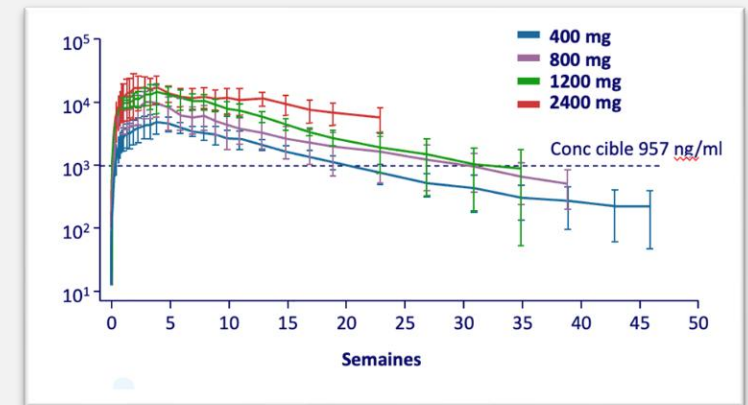
- Très bons résultats
 - CV < 50
 - 96,2% dans le groupe LTZ
 - 96,3% dans le groupe traitement standard à S26 (CROI), 89%/93% à S52 (EACS°)
- Un seul échec dans le groupe LEN/bNAbs
 - Avec résistance LEN et Zab
 - Re-supression sous B/F/TAF



Le pipeline

Le pipeline

- VH-499
 - Inhibiteur de capside
 - Bonne efficacité intrinsèque ($-2,2 \log_{10}$ à J10)
 - Formulation tous les 6 mois, début phase 2b (CYNERGY)
- VH-184
 - INI nouvelle génération
 - Profil de résistance un peu meilleur que BIC
 - Bonne efficacité intrinsèque ($-2,31 \log_{10}$ à J10)
 - Formulation SC tous les 6 mois, début phase 2b (INNOVATE)
- GS-3242
 - INI nouvelle génération, profil de résistance proche du BIC
 - Bonne efficacité intrinsèque ($-2,4 \log_{10}$ à J10 après un cp à 900 mg à J1 et J2)
 - Formulation IM/SC ≥ 4 mois



J'ai dit que je ne parlerai pas de l'APRETUDE™ ...



		
Principe de la PrEP VIH		2
A qui s'adresse la PrEP injectable par cabotégravir (APRETUDE®)?		3
Populations prioritaires		3
Contre-indications médicales à la prescription de cabotégravir (APRETUDE®)		4
Tolérance de la PrEP par cabotégravir (APRETUDE®)		4
Interactions		4
Situations particulières		5
Mineur-es		5
Personnes enceintes et allaitantes		5
Personnes non immunisées contre le VHB ou vivant avec le VHB		6
Qui peut prescrire la PrEP par cabotégravir (APRETUDE®)?		7
Les prescripteur-ices		7
Risque de résistance à la classe des inhibiteurs d'intégrase en cas d'acquisition d'une infection par le VIH survenant sous PrEP par cabotégravir (APRETUDE®)		7
Aide à la prescription de la PrEP par cabotégravir (APRETUDE®)		8
Comment prescrire la PrEP par cabotégravir (APRETUDE®)?		8
Délai pour être efficacement protégé d'une infection VIH à l'initiation de la PrEP par cabotégravir		9
Schéma de prescription de la PrEP par cabotégravir		10
Sans phase d'initiation par voie orale		10
Avec phase d'initiation par voie orale		11
Que faire en cas de retard dans le calendrier des injections de cabotégravir (APRETUDE®) ?		12
Que faire en cas d'omission de la 2ème injection (à S4 +/- 7j)?		12
Que faire en cas d'omission de la 3ème injection (à S8 +/- 7j) ou des suivantes (toutes les 8 semaines +/- 7j)?		13
Que faire en cas de retard de plus de 7 jours des injections selon le calendrier prévisionnel en l'absence de relais oral pris dans les temps?		13
Modalités d'arrêt et de reprise de la PrEP par cabotégravir		15
Quel bilan biologique prescrire pour l'initiation et le suivi sous PrEP par cabotégravir ?		15
Bilan biologique initial		15
Bilan biologique de suivi		16
Tableau récapitulatif		17
Que faire en cas de sérologie VIH et/ou ARN VIH positives?		18
Annexes		19
Modèles d'ordonnances		19
Ordonnance de cabotégravir IM pour les IDE		19
Ordonnance d'initiation de cabotégravir sans phase orale pour les médecins		20
Ordonnance d'initiation de cabotégravir avec phase orale pour les médecins		21
Ordonnance d'entretien de cabotégravir IM pour les médecins		22
Ordonnance de dépannage en cas de relais par cabotégravir oral nécessaire		23
Ordonnance de bilan biologique à l'initiation de la PrEP pour les médecins		24
Ordonnance de bilan biologique de suivi sous PrEP par cabotégravir pour les médecins		25
Précisions pour les mineur-es		26
Logigramme : conduite à tenir si une injection de cabotégravir n'a pas été réalisée selon le calendrier prévisionnel avec ou sans relais par la PrEP orale		27
Références		29
Participants		30

Gestionnaire Cabotégravir (APRETUDE®)

Outil d'aide à la gestion du cabotégravir injectable pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH

Proposé par la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS)

Outil d'aide à la décision clinique - Version 17.0 (Mars 2026)
Ne remplace pas le jugement clinique du prescripteur.

[Générateur de calendrier](#) [Gestion des omissions](#) [Arbre décisionnel omission](#)

Générateur de Calendrier d'Injections

[Protocole initial](#) [Mise à jour du calendrier](#)

Créez un calendrier personnalisé pour le suivi des injections de cabotégravir.

Nom du patient (optionnel) :
Ex: Patient XYZ

Date de la 1ère injection (Mois 0) :
jj / mm / aaaa

Nombre d'injections d'entretien à afficher :
6 injections (1 an)

[Générer le calendrier](#) [Télécharger en PDF](#) [Réinitialiser](#)

Pub



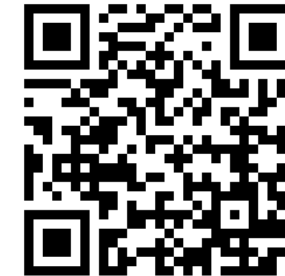
Illustration : Denver en 1898, cela a un peu changé depuis...- William Henry Jackson

CROI 2026 - 22 au 25 février - Denver Les chroniques du CoReSS-Bretagne

Les chroniques 100% indépendantes avec de vrais morceaux d'argent public dedans !

Nous revoilà aux USA pour l'incontournable congrès nord-américain autour du VIH et de quelques virus émergents (SARS-CoV2 et Mpox). Plus de 1500 communications ont été soumises au congrès et près des 2/3 (1028) ont été retenues... il doit y avoir une part d'autocensure dans les soumissions, car un taux d'acceptation de près de 60% est tout de même assez exceptionnel dans les grands congrès mondiaux. Par contre, la bataille pour être en communication orale est rude, compte tenu de la structuration du congrès : chacun des 3 jours du congrès, il n'y a que 4 sessions matinales parallèles de 120 minutes, avec 8-9 communications orales seulement : 90% des communications se font donc sous forme de poster affiché !

La question pour beaucoup de participants étrangers est de savoir comment la recherche et la santé US "émergent" des attaques actuelles organisées par l'administration Trump. D'autant plus curieux de voir comment les scientifiques américains réagissaient à ce vaste plan de désintégration de la recherche en santé que l'an dernier, nous avions trouvé une CROI en pleine sidération : alors que l'on était en plein "stop-down" des activités de coopération internationale et que le ministre de la santé R. Kennedy commençait à attaquer sérieusement les piliers de l'épidémiologie et de la vaccinologie américaine, la manifestation de protestation organisée par les activistes n'avait réuni qu'une poignée de protestataires (dont quelques congressistes français curieux...).



Re-Pub

Merci !



Merci !