

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2022

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)**

présentée et soutenue publiquement
le 03 octobre 2022 à POITIERS
par Madame **CHARRIER Margot**
Né le 15 octobre 1996

**Analyse des connaissances et des
représentations du VIH/SIDA :
enquête en pharmacie d'officine**

Composition du jury :

Président : Madame le Professeur RAGOT Stéphanie

Membres : Madame PINET Caroline, Maître de conférences
Monsieur DESPRES Rémi, Pharmacien
Madame FERRU Charlotte, Pharmacien

Directeur de thèse : Madame PINET Caroline, Maître de conférences

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2022

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 03 octobre 2022 à POITIERS
par, Madame **CHARRIER Margot**
Né le 15 octobre 1996

**Analyse des connaissances et des
représentations du VIH/SIDA :
enquête en pharmacie d'officine**

Composition du jury :

Président : Madame le Professeur RAGOT Stéphanie

Membres : Madame PINET Caroline, Maître de conférences
Monsieur DESPRES Rémi, Pharmacien
Madame FERRU Charlotte, Pharmacien

Directeur de thèse : Madame PINET Caroline, Maître de conférences

PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, PU, chimie thérapeutique
- COUET William, PU-PH, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, PU-PH, pharmacie clinique
- FAUCONNEAU Bernard, PU, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, PU, pharmacochimie
- IMBERT Christine, PU, parasitologie
- MARCHAND Sandrine, PU-PH, pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, PU, galénique
- PAGE Guylène, PU, biologie cellulaire
- RABOUAN Sylvie, PU, chimie physique, chimie analytique
- RAGOT Stéphanie, PU-PH, santé publique
- SARROUILHE Denis, PU, physiologie
- SEGUIN François, PU, biophysique, biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, MCU-PH, immunologie-hématologie
- BARRIER Laurence, MCU, biochimie
- BINSON Guillaume, MCU-PH, pharmacie clinique
- BODET Charles, MCU, bactériologie (HDR)
- BON Delphine, MCU, biophysique
- BRILLAUD Julien, MCU, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, MCU, microbiologie,
- CHAUZY Alexia, MCU, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, MCU, sciences physico-chimiques
- DELAGE Jacques, MCU, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, MCU, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, MCU, biologie végétale et pharmacognosie

- GREGOIRE Nicolas, MCU, pharmacologie (HDR)
- HUSSAIN Didja, MCU, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, MCU, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, MCU, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, MCU, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, MCU, physiologie
- RIOUX BILAN Agnès, MCU, biochimie
- THEVENOT Sarah, MCU-PH, hygiène et santé publique
- TEWES Frédéric, MCU, chimie et pharmacochimie
- THOREAU Vincent, MCU, biologie cellulaire
- WAHL Anne, MCU, chimie analytique

Maîtres de Conférences Associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- MIANTEZILA BASILUA Joe, épidémiologie et santé publique

Enseignant d'anglais

- DEBAIL Didier

Remerciements

A **Madame Caroline PINET**, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie votre soutien, votre disponibilité et votre analyse qui m'ont bien guidé dans mes travaux de recherche. Votre regard avisé m'a permis de mener à terme cette étude.

A **Madame Stéphanie RAGOT**, de me faire l'honneur de présider cette thèse.

A **Charlotte FERRU** et **Rémi DESPRES**, de votre participation dans le jury et de votre intérêt pour cette thèse.

A **tous les pharmaciens** qui m'ont accueilli dans leurs officines et qui m'ont aidé à prendre de l'assurance. Qui m'ont fait confiance et m'ont donné des responsabilités. Qui ont validé mon travail et m'ont aidé à progresser.

A **mes parents Hervé et Sylvette**, qui m'ont accompagné, soutenu et encouragé pendant toute ma scolarité. Vous avez été une présence bienveillante et précieuse durant mes études. J'espère vous avoir rendue fiers.

Et particulièrement à ma mère, pour les heures passer à m'accompagner dans mes apprentissages.

A **mon frère Loup et ma sœur Joséphine**, pour cette complicité fraternelle que nous partageons.

A **Maxime**, je te remercie pour ton aide, ton soutien, ta patience et ton écoute en toutes circonstances.

A **Rémi**, pour la complicité que nous avons partagée pendant notre cursus à la faculté et que nous partageons encore maintenant.

A **Charlotte**, je te remercie pour ta sympathie, ton soutien et ton amitié.

A **Camille**, je te remercie pour ton soutien, ta complicité et notre amitié fidèle depuis tant d'années.

Table des matières

Table des figures	8
Table des tableaux	10
Table des abréviations.....	11
INTRODUCTION	13
PARTIE 1 : Le virus de l'immunodéficience humaine et sa prise en charge	15
1. L'histoire	16
2. Épidémiologie.....	17
2.1. En France	17
2.2. Dans le monde.....	19
3. Caractéristiques du virus.....	21
3.1. Classification	21
3.2. Structure	21
3.3. Cycle de réplication virale	23
4. Modes de contamination.....	24
4.1. Transmission par voie sexuelle.....	25
4.2. Transmission par voie sanguine	25
4.3. Transmission mère-enfant (TME).....	26
5. Physiopathologie et signes cliniques	27
5.1. Stade 1 : Primo-infection.....	28
5.2. Stade 2 : Latence ou stade asymptomatique	29
5.3. Stade 3 : Phase SIDA.....	29
6. Les stratégies thérapeutiques	30
6.1. Objectifs des traitements antirétroviraux.....	30
6.1.1. Quand débiter le traitement ?	31
6.1.2. Choix du premier traitement antirétroviral	31
6.1.3. La trithérapie	32
6.2. Les différentes classes d'antirétroviraux	33
6.2.1. Les mécanismes d'action	34
6.2.2. Les effets indésirables	38
6.2.3. Optimisation du traitement antirétroviral.....	38
6.2.4. Les résistances aux antirétroviraux.....	39
6.2.5. Les évolutions.....	39
7. Campagnes de prévention et associations de lutte contre le VIH	40
7.1. L'histoire de la prévention du VIH.....	40
7.1.1. Dans les années 1980	41
7.1.2. Dans les années 1990	42
7.1.3. Dans les années 2000	43
7.1.4. Dans les années 2010	44
7.1.5. Et maintenant ?	46
7.2. Quelques associations françaises de lutte contre le VIH	47
7.2.1. Sidaction	47
7.2.2. AIDES.....	48
7.2.3. Act-up Paris.....	48
PARTIE 2 : Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin.....	49
1. Réduire les risques de contamination	51
1.1. Réduire le risque par voie sexuelle	51
1.2. Réduire le risque par voie sanguine	52
1.2.1. Accidents d'exposition sexuelle au sang	52
1.2.2. Accidents d'exposition au sang	52
1.2.3. Accidents d'exposition chez les usagers de drogues.....	53

1.3.	Réduire le risque de transmission mère-enfant	54
1.3.1.	Le désir d'enfant	54
1.3.2.	La grossesse	55
1.3.3.	L'accouchement et le nouveau-né	56
1.3.4.	L'allaitement :	57
2.	Les préservatifs	57
2.1.	Les préservatifs masculins	57
2.2.	Les préservatifs féminins	59
2.3.	Les gels lubrifiants	60
2.4.	La circoncision	61
3.	Le traitement post-exposition (TPE)	61
4.	Le traitement comme prévention (TasP)	63
5.	La prophylaxie pré-exposition (PrEP)	65
5.1.	Principe de la PrEP	65
5.2.	Les modes de prises de la PrEP	67
5.2.1.	PrEP en « prise continue » ou quotidienne	68
5.2.2.	PrEP en prise « à la demande » ou discontinue (hors AMM)	69
5.3.	Accompagner la dispensation d'une PrEP	73
6.	Le dépistage	74
6.1.	Test ELISA de 4 ^{ème} génération	76
6.2.	TROD (Test rapide d'orientation diagnostique)	77
6.3.	ADVIH (autotest de dépistage du VIH)	78
7.	La relation pharmacien-patient	83
7.1.	La confidentialité	83
7.2.	Le secret professionnel	84
7.3.	L'écoute et l'empathie	84
PARTIE 3 : L'enquête		86
1.	Les objectifs de l'étude	87
2.	Méthode et support d'enquête	87
2.1.	Composition et structure du questionnaire	87
2.2.	Critères d'inclusion et période d'enquête	88
3.	Les résultats de l'enquête	88
3.1.	Partie 1 : « Quelques questions sur vous »	88
3.2.	Partie 2 : « Le VIH/SIDA, c'est quoi ? »	92
3.3.	Partie 3 : « Vivre avec le VIH/SIDA »	100
4.	Discussions	107
CONCLUSION		110
ANNEXES		112
<u>Webographie :</u>		123
<u>Bibliographie :</u>		128

Table des figures

Figure 1 : Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologie confirmées positives, France, 2012-2020 (2)	18
Figure 2 : Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile (par million d'habitants), France, 2020 (2)	18
Figure 3 : Représentation de la structure du VIH (8)	22
Figure 4 : Représentation de l'organisation du génome du VIH (9)	23
Figure 5 : Le cycle de réplication du VIH (10)	23
Figure 6 : Risques de contamination lors de rapports non protégés (11)	25
Figure 7 : Évolution des marqueurs de l'infection à VIH dans le temps et impact des traitements (9)	28
Figure 8 : Mécanismes d'action des différentes classes d'ARV (17)	33
Figure 9 : Représentation de l'entrée du VIH dans une cellule cible (lymphocyte) (18)	36
Figure 10 : Affiche de la campagne du comité français d'éducation pour la santé, de 1987 « le SIDA, il ne passera pas par moi » (25)	41
Figure 11 : Préservatif rose géant placé sur l'obélisque de la Concorde, à Paris, 1er décembre 1993 (26)	42
Figure 12 : Appel au boycott du laboratoire Roche par les associations, en 2001 (27)	43
Figure 13 : Campagne d'AIDES de 2006 contre la sérophobie « Si j'étais séropositif » (27) ...	44
Figure 14 : Première campagne d'information et de promotion de la PrEP, « PrEP 4 love » (28)	45
Figure 15 : Première campagne d'information sur le TasP, « Révélation » par AIDES (29).....	46
Figure 16 : Mode d'emploi du préservatif masculin (45)	58
Figure 17 : Mode d'emploi du préservatif féminin (45)	60
Figure 18 : Affiches de la campagne « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre », de Santé publique France, décembre 2020 (49)	65
Figure 19 : Prise de la PrEP en continu (54)	68
Figure 20 : Prise de la PrEP à la demande, si rapport unique (54)	70
Figure 21 : Prise de la PrEP à la demande, si rapports multiples (54)	70
Figure 22 : Prise de la PrEP à la demande, si rapports multiples et reprise d'une activité sexuelle moins de 7 jours après le dernier comprimé (54)	71
Figure 23 : Prise de la PrEP à la demande, si rapports multiples et reprise d'une activité sexuelle 7 jours ou plus après le dernier comprimé (54)	72
Figure 24 : Prise de la PrEP à la demande, si schéma initial incomplet (54)	72
Figure 25 : Cinétique d'apparition des marqueurs biologiques au cours d'une infection à VIH (57)	75

Figure 26 : Délais pour la réalisation des tests de dépistage du VIH (58).....	75
Figure 27 : Profils obtenus par la technique du Western-Blot pour le VIH (59).....	77
Figure 28 : Protocole pour la réalisation d'un TROD VIH (test INSTI®) (61).....	78
Figure 29 : Répartition selon le sexe	89
Figure 30 : Répartition selon les âges	89
Figure 31 : Répartition selon le lieu de vie	90
Figure 32 : Répartition selon le niveau d'étude	90
Figure 33 : Répartition selon les catégories socio-professionnelles.....	91
Figure 34 : Répartition selon la présence, ou non, de personne séropositive dans l'entourage	91
Figure 35 : Représentation du niveau d'information ressenti sur le sujet VIH/SIDA.....	92
Figure 36 : Différence entre le VIH et le SIDA	93
Figure 37 : Les systèmes de l'organisme affectés par le VIH	93
Figure 38 : Les modes de contamination du VIH	94
Figure 39 : La contamination par voie sexuelle	94
Figure 40 : La transmission mère-enfant	95
Figure 41 : La contamination par voie sanguine	96
Figure 42 : Les moyens de se protéger et de protéger nos partenaires du VIH/SIDA.....	97
Figure 43 : Les connaissances sur la PrEP	98
Figure 44 : Connaissance du délai avant le dépistage	99
Figure 45 : Connaissance des différentes techniques de dépistage	100
Figure 46 : Espérance de vie d'une personne séropositive au VIH.....	101
Figure 47 : Une personne séropositive, sous traitement, représente un danger pour les autres	101
Figure 48 : Niveau de sensibilisation des interrogés.....	102
Figure 49 : Voies de sensibilisation sur le VIH/SIDA.....	102
Figure 50: Sensibilisation par les affiches	104
Figure 51 : Ressenti face au VIH/SIDA.....	105
Figure 52 : Comportement face à la découverte d'une séropositivité	105
Figure 53 : Les raisons de parler de sa séropositivité à son entourage	106
Figure 54 : Les raisons de ne pas parler de sa séropositivité à son entourage.....	106

Table des tableaux

Tableau 1 : Données mondiales sur le VIH d'ONUSIDA 2021 (3)	20
Tableau 2 : Antirétroviraux disponibles en 2022 (16)	37
Tableau 3 : Comparatif des outils de dépistage de l'infection à VIH	82
Tableau 4 : Les principales associations de lutte contre le VIH/SIDA	103

Table des abréviations

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ADNc : Acide Désoxyribonulcéique Complémentaire

ADVIH : Autotest de dépistage du VIH

AES : Accidents d'Exposition au Sang

AINS : Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ARN : Acide Ribonucléique

ARNm : Acide Ribonucléique Messenger

ARV : Antirétroviraux

CeGIDD : Centre Gratuit d'Informations, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMV : Cytomégalovirus

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes

CV : Charge virale

ECP : Effet Cytopathogène

ELISA : *Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay*

HAART : *Highly Active Antiretroviral Therapy* ou traitement antirétroviral hautement actif

HAS : Haute Autorité de Santé

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

HHV : Herpès Virus Humain

HSV : Herpès Simplex virus

HSH : Hommes ayant des relations Sexuels avec d'autres Hommes

HTA : Hypertension Artérielle

II : Inhibiteur de l'Intégrase

IF : Inhibiteur de Fusion

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INTI : Inhibiteur Nucléosidique/ Nucléotidique de la Transcriptase Inverse

IO : Infection Opportuniste
IP : Inhibiteur de Protéase
IP/r : Inhibiteur de Protéase potentialisé par le Ritonavir
IST : Infection Sexuellement Transmissible
I=I : Indétectable égal Intransmissible
LPPR : Liste des Produits et des Prestations Remboursables
LTR : *Long Terminal Repeat*
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PrEP : Prophylaxie Préexposition ou *Pre exposure prophylaxis*
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIV : *Simian Immunodeficiency Virus* ou virus de l'immunodéficience simienne
TasP : *Treatment As Prevention* ou traitement comme prévention
TI : Transcriptase Inverse
TMF : Transmission Materno-Fœtale
TPE : Traitement Post-Exposition
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UDI : Usagers de Drogue Injectable
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'apparition du **virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** dans les années 1980, fut un véritable bouleversement dans le monde. De nombreux cas, touchant différentes populations, ont été rapportés. Le **syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA, stade ultime de l'infection)** a décimé des millions de personnes. De nos jours, le SIDA tue encore, en France mais aussi dans le monde entier.

En plus de ce constat dramatique, cette maladie fait encore face à beaucoup de méconnaissances. Elle véhicule de nombreuses incertitudes, de peurs, de questionnements et de fausses idées. Ce manque d'informations peut créer, de nos jours, encore, un rejet des personnes séropositives, une stigmatisation, une discrimination ... C'est ce qu'on appelle la **sérophobie**. A ce jour, des avancées thérapeutiques majeures ont permis de considérablement améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le virus. Malgré tout, le manque d'information de la population envers ces évolutions fait persister des idées reçues.

En France, à ce jour, quel est le bilan ? Où en est le VIH/SIDA dans la société ?

Dans un premier temps, nous allons étudier ce virus très particulier : ses caractéristiques, sa structure, ses modes de transmission, ses conséquences sur le corps humain ... Nous allons aussi aborder les solutions thérapeutiques existantes pour les personnes touchées par ce virus. Aussi, nous allons faire un état des lieux de l'historique de cette maladie et de l'évolution des campagnes de lutte contre le VIH/SIDA en France.

Puis, nous allons développer le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de cette maladie. De nos jours, la **prévention combinée** permet d'associer plusieurs outils comme les préservatifs, le dépistage, la prophylaxie pré-exposition (PrEP), les campagnes de communication ... Ainsi, chacun peut combiner plusieurs mesures afin de se protéger et de protéger ses partenaires, permettant de limiter la propagation de cette maladie. En tant que pharmacien, nous avons un devoir de prévention, d'éducation et de promotion auprès de nos patients sur les moyens et stratégies existants afin de mener une lutte efficace contre le virus.

Pour finir, nous avons réalisé une **enquête** afin d'avoir une vision générale de la population française de nos jours face à cette maladie. Cette étude nous a permis d'estimer les connaissances de la population à un instant t. Un panel de questions sur les savoirs, le ressenti, les sentiments, les attitudes ... m'a permis d'analyse de la situation.

J'ai choisi de parler du VIH/SIDA pour cette thèse car cette maladie, toujours très présente, me semble quelque peu délaissée depuis plusieurs années et ceci s'est accentué avec la pandémie de Covid-19. De plus, cela a été une évidence lorsque j'ai emménagé à Paris. Précédemment, j'avais travaillé dans l'Ouest de la France dans des pharmacies où le nombre de personnes concernées par le VIH était relativement limité. Le sujet me semblait d'ailleurs peu évoqué. En exerçant dans une officine parisienne, j'ai noté une réelle différence. Le nombre de patients sous antirétroviraux (ARV) est beaucoup plus important, la délivrance de prophylaxie pré-exposition (PrEP) est quotidienne, les questions concernant le sujet sont aussi beaucoup plus nombreuses. Le VIH/SIDA est bien plus présent à Paris. Il m'a alors semblé essentiel d'être correctement formée sur ce sujet qui reste, de nos jours, encore sensible. A travers cette thèse, je souhaite améliorer les connaissances des personnes sur le VIH mais aussi participer à l'effort de lutte contre la sérophobie.

PARTIE 1 : Le virus de l'immunodéficience humaine et sa prise en charge

Le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH a été découvert il y a plus de 40 ans. La lutte contre ce virus est encore aujourd'hui, une préoccupation de santé publique de portée mondiale.

Le VIH est un virus spécifique appartenant à la famille des rétrovirus, qui possède une enzyme caractéristique : la transcriptase inverse. Ces caractéristiques virales permettent un mode de réplication spécifique, qui explique en partie que le VIH n'est pas, pour le moment, une maladie dont les traitements disponibles peuvent guérir.

De plus, le VIH se transmet, à travers plusieurs liquides contaminants, provoquant une expansion rapide de l'infection. La contamination par voie sexuelle reste la voie majeure de propagation du virus.

En revanche, grâce aux progrès concernant l'accès aux traitements, les personnes atteintes du VIH vivent plus longtemps et peuvent bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante. Les antirétroviraux ont révolutionné la vie des patients séropositifs, même si ces traitements restent chroniques et contraignants.

Pour finir, l'épidémie de VIH a bousculé les campagnes de prévention habituelle, obligeant les institutions à aborder des thèmes jusqu'alors jugé délicat. Le VIH a provoqué un changement des modèles de prévention classique. De plus, la mobilisation de personnes et de collectifs, a permis de changer, peu à peu, le visage de l'épidémie.

1. L'histoire

Le VIH est une infection plutôt récente (environ un demi-siècle), contrairement à d'autres infections virales qui existent depuis plusieurs centaines d'années comme la rougeole due au *paramyxovirus*, la poliomyélite due au *poliovirus* ou encore la variole due au *poxvirus* et dont les premiers cas remontent au 7^{ème} siècle. Le premier cas documenté d'infection par le VIH date du milieu du XX^{ème} siècle. En effet, la première infection d'un humain serait datée de 1959. Le VIH-1 a été isolé à partir de prélèvement sanguin d'un marin en République Démocratique du Congo (Congo Belge à l'époque). (1)

Le VIH, apparu en Afrique, dans le bassin du Congo est d'origine **simienne**, il est dérivé du chimpanzé. Des hommes ont probablement été contaminés par morsure de chimpanzé ou par consommation de leur viande insuffisamment cuite.

Puis le virus s'est propagé hors de l'Afrique en raison de nombreux facteurs. **Kinshasa**, la capitale du Congo belge, serait le lieu où aurait débuté la pandémie.

Le développement massif des transports, notamment des voies ferroviaires aurait fait de Kinshasa une des villes les mieux desservies de toute l'Afrique centrale. De plus le transport maritime s'étant fortement développé à cette même période, le commerce s'y est intensifié (ivoire, mine...).

En 1960, le pays connaît un fort exode rural. Les métropoles se développent, la population urbaine s'intensifie. Cette urbanisation rapide du Congo accentue fortement le

commerce du sexe. Enfin l'accès aux drogues devient plus facile et la consommation de stupéfiants s'intensifie. L'usage des seringues collectives va aussi faciliter l'expansion de la maladie.

Tous ces facteurs vont rapidement amplifier et fortement contribuer à la propagation du virus. Ainsi, le VIH se diffuse plus largement, l'épidémie devient **mondiale**.

Les premiers cas d'hommes infectés sont déclarés en Amérique en **1981**. Des médecins américains sont intrigués par de jeunes patients atteints de tumeurs cutanées, habituellement observées chez des patients âgés, mais aussi par des cas de pneumocystose. Les infections s'intensifient et touchent préférentiellement des membres de la communauté homosexuelle. Au début des années 1980, le VIH encore non identifié, est qualifié de « **cancer-gay** » aux Etats Unis. C'est le début de l'alerte.

Le virus a ensuite été identifié en **janvier 1983 en France**, à l'institut Pasteur par l'équipe de **Luc Montagnier** et **Françoise Barré-Sinoussi**. Une découverte qui vaudra aux deux chercheurs un prix Nobel de médecine en 2008.

Le premier traitement antirétroviral a ensuite été découvert en 1987 aux Etats unis, il s'agit de AZT (Azidothymidine ou zidovudine).

L'infection à VIH/SIDA représente, sans conteste, le prototype de la maladie émergente dont les conséquences sont dramatiques.

2. Épidémiologie

2.1. En France

D'après le bulletin de santé publique France VIH-IST de décembre 2021, en 2020, **5,2 millions de sérologies VIH** ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale (Figure 1). Actuellement, le nombre de recours au dépistage est en diminution comparé aux années précédentes. Cependant, cette diminution est sûrement due au premier confinement de printemps 2020, lié à la crise sanitaire du Covid-19. (2)

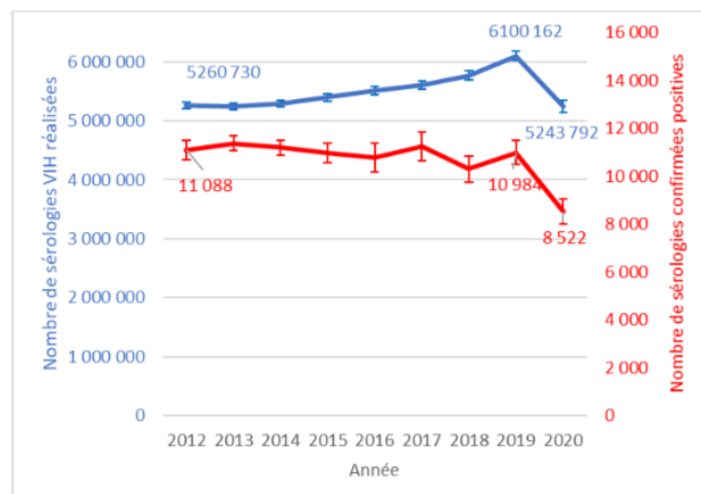


Figure 1 : Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologie confirmées positives, France, 2012-2020 (2)

NB : Les 8522 sérologies positives comprennent les découvertes de séropositivité et les sérologies réalisées chez les personnes déjà connues séropositives.

Le nombre de découvertes de séropositivité en 2020 a été estimé à 4 856, soit une réduction de 22% comparé à 2019. Ceci serait aussi probablement due à une diminution des dépistages et à une réduction des expositions au VIH due à la distanciation sociale, mise en place pour ralentir la propagation du Covid-19. Cependant, le taux de séropositivité diminue chaque année depuis 2013.

Le nombre de découvertes de séropositivité est hétérogène sur le territoire et variable selon les régions (Figure 2). Les taux de découvertes sont plus importants en Ile-de-France et dans certains DOM-TOM, notamment en Martinique et à Mayotte.

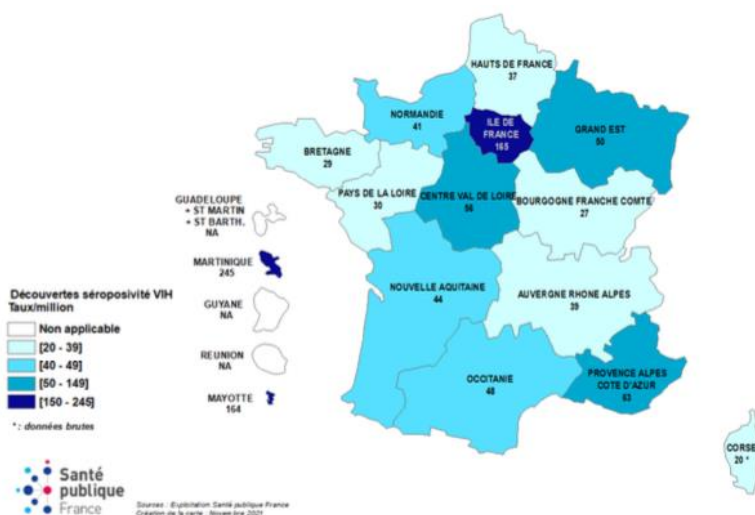


Figure 2 : Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile (par million d'habitants), France, 2020 (2)

En 2020, la majorité des découvertes de séropositivité concernait des **hommes** à 69% contre 30% de découverte de séropositivité chez les femmes et 1% chez les transgenres.

La tranche d'âge la plus touchée est celle des **25-49 ans**.

Les modes de contamination les plus fréquents sont les rapports **hétérosexuels** (53% des contaminations) et les rapports **entre hommes** (42%).

De plus, la moitié des personnes découvrant leur séropositivité sont nées à **l'étranger**, et majoritairement en Afrique Subsaharienne.

En 2020, 30% des adultes diagnostiqués, soit environ 1 500 personnes, étaient à un stade avancé de la maladie. Ce diagnostic tardif représente une perte de chance au niveau individuel avec un retard de prise en charge, mais aussi au niveau collectif avec une augmentation des risques de transmission du VIH à d'autres individus.

Le stade SIDA a été diagnostiqué chez 985 personnes en 2020. La majorité (61%) des adultes diagnostiqués à ce stade ignoraient leurs séropositivités et, ils n'étaient donc pas sous traitement.

De plus, cette forte diminution des chiffres pourrait être liée à la moindre participation des biologistes au dispositif de surveillance du VIH de 2020-2021 en raison de leur forte mobilisation face à l'épidémie de **Covid-19**.

Pour finir, le nombre d'ADVIH (autotest de dépistage du VIH) vendu en pharmacie en 2020 est de 62 300 tests. Ce nombre est aussi réduit par rapport à 2019, où il était de 79 500, probablement aussi en rapport avec le confinement contre la Covid-19.

2.2. Dans le monde

Selon ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur VIH/SIDA) en 2020 dans le monde, **37.7 millions** de personnes vivent avec le VIH (Tableau 1). L'Afrique subsaharienne abrite les 2/3 des personnes séropositives soit 67%. (3)

De plus, 28.2 millions de personnes sont sous traitement antirétroviral, ainsi environ 73% de toutes les personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement.

A la différence de la France, 53% des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des **femmes ou des filles**. Ceci serait possiblement lié aux violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime. Plus d'un tiers des femmes dans le monde ont subi de telles violences ce qui multiplie par trois leurs risques de contracter le VIH. (4)

Le nombre de découvertes de séropositivité est estimé à **1,5 millions** en 2020. Ce nombre a considérablement diminué depuis quelques décennies. Pour exemple, en 1997 il y avait 3 millions de personnes découvrant leur VIH, soit 2 fois plus que de nos jours.

Tableau 1 : Données mondiales sur le VIH d'ONUSIDA 2021 (3)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020/ *fin juin 2021
Personnes vivant avec le VIH	25.5 millions [20.5 millions– 30.7 millions]	28.6 millions [23.0 millions– 34.3 millions]	31.1 millions [25.0 millions– 37.3 millions]	34.6 millions [27.7 millions– 41.4 millions]	35.3 millions [28.3 millions – 42.2 millions]	35.9 millions [28.8 millions – 43.0 millions]	36.6 millions [29.3 millions – 43.8 millions]	37.2 millions [29.8 millions – 44.5 millions]	37.7 millions [30.2 millions – 45.1 millions]
Nouvelles infections à VIH (total)	2.9 millions [2.0 millions– 3.9 millions]	2.4 millions [1.7 million– 3.4 millions]	2.1 millions [1.5 million– 2.9 millions]	1.8 million [1.3 million– 2.4 millions]	1.7 million [1.2 million– 2.4 millions]	1.7 million [1.2 million– 2.3 millions]	1.6 million [1.1 million– 2.2 millions]	1.5 million [1.1 million– 2.1 millions]	1.5 million [1.0 million– 2.0 millions]
Nouvelles infections à VIH (15 ans et plus)	2.3 millions [1.6 million– 3.2 millions]	2.0 millions [1.4 million– 2.7 millions]	1.8 million [1.3 million– 2.5 millions]	1.6 million [1.1 million– 2.2 millions]	1.5 million [1.1 million– 2.1 millions]	1.5 million [1.0 million– 2.1 millions]	1.4 million [1.0 million– 2.0 millions]	1.4 million [1.0 million– 1.9 million]	1.3 million [1.0 million– 1.8 million]
Nouvelles infections à VIH (0 - 14 ans)	520 000 [340 000– 820 000]	480 000 [310 000– 750 000]	320 000 [210 000– 510 000]	190 000 [130 000– 300 000]	190 000 [120 000– 290 000]	180 000 [120 000– 280 000]	170 000 [110 000– 260 000]	160 000 [100 000– 250 000]	150 000 [100 000– 240 000]
Décès liés au sida	1.5 million [1.1 million– 2.2 millions]	1.9 million [1.3 million– 2.7 millions]	1.3 million [910 000– 1.9 million]	900 000 [640 000– 1.3 million]	850 000 [600 000– 1.2 million]	800 000 [570 000– 1.2 million]	750 000 [530 000– 1.1 million]	720 000 [510 000– 1.1 million]	680 000 [480 000– 1.0 million]
Personnes ayant accès au traitement antirétroviral	560 000 [560 000– 560 000]	2.0 millions [2.0 millions– 2.0 millions]	7.8 millions [6.9 millions– 7.9 millions]	17.1 millions [14.6 millions– 17.3 millions]	19.3 millions [16.6 millions– 19.5 millions]	21.5 millions [19.6 millions– 21.7 millions]	23.1 millions [21.9 millions– 23.4 millions]	25.5 millions [24.5 millions– 25.7 millions]	27.5 millions [26.5 millions– 27.7 millions] / *28.2 millions
Ressources disponibles pour le VIH **	5.1 milliards \$ US	9.3 milliards \$ US	16.6 milliards \$ US	20.3 milliards \$ US	20.7 milliards \$ US	22.3 milliards \$ US	22.0 milliards \$ US	21.6 milliards \$ US	21.5 milliards \$ US

* Les données antirétroviraux au 31 juin 2021 du rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida.

** Dollars américains constants de 2019

Source: Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA 2021.

680 000 personnes sont mortes de pathologies liées au SIDA en 2020. Pour aider à mettre fin à l'épidémie de VIH le programme ONUSIDA a fixé comme objectif mondial le **90-90-90** dont le but n'est rien de moins que la fin de l'épidémie du SIDA d'ici 2030. (5)

90-90-90 correspond à :

90% des personnes vivants avec le VIH connaissent leur statut sérologique

90% de toutes les personnes infectées par le VIH et dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable

90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée

Le but est donc d'apporter des tests de dépistage et le traitement à l'immense majorité des personnes vivant avec le VIH.

En juillet 2020, l'ONUSIDA annonce que quatorze pays avaient atteint cet objectif. Cependant la liste de pays était étonnante : Australie, Espagne, Irlande, Pays-Bas, Suisse, Thaïlande, Cambodge, Botswana, Eswatini, Namibie, Ouganda, Rwanda, Zambie et Zimbabwe. Les pays à revenus élevés notamment les pays européens sont très peu représentés. En réalité, la liste serait plus longue mais certains pays n'ont pas fourni ou ont fourni de manière incomplète les chiffres récents demandés. De plus, les pays d'Afrique australe sont très représentés, ceci pourrait être due à des raisons politiques. De plus, les estimations se font de manière différente selon les pays.

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, **la pandémie de Covid-19** est une perturbation majeure dans l'atteinte des objectifs 90-90-90. En juillet 2021, l'ONUSIDA s'inquiète des risques de retard en matière de prévention du VIH et de réduction des nouvelles infections. Une des grosses craintes était les difficultés d'accès des populations aux

traitements, dues à des ruptures dans les chaînes de production et d'approvisionnement. Cependant l'accès aux traitements antirétroviraux aurait assez bien résisté malgré le contexte difficile selon ONUSIDA.

3. Caractéristiques du virus

3.1. Classification

Le VIH fait partie de la famille des **rétrovirus** (*Retroviridae*), du genre *lentivirus*. Cette famille de virus possède une enzyme caractéristique appelé **transcriptase inverse** (TI). L'activité de la TI permet la rétrotranscription de ARN viral monobrin en ADN proviral double brin, avant son intégration dans le génome de la cellule infectée par le rétrovirus.

VIH-1 et VIH-2 chez l'homme sont apparentés aux lentivirus de primates appelé **SIV** (*simian immunodeficiency virus* ou virus de l'immunodéficience simienne). Les SIV infectent naturellement les chimpanzés et les gorilles d'Afrique centrale et de l'ouest. Cependant, les SIV ne provoquent pas de stade SIDA chez leur hôte naturel. Cela suggère une adaptation évolutive des espèces depuis une longue période. (6)

Le **VIH-1** est le plus répandu dans le monde, il est divisé en 3 groupes : (7)

- Le groupe **M** : responsable de la pandémie, est sous divisé en 9 sous-types (A, B, C, D, F, G, H, J, K).
Le sous type B est majoritaire dans les pays du Nord. Il est responsable de l'épidémie initiale des pays industrialisés, surtout Amérique du Nord et Europe de l'Ouest.
Le sous type C ; prédomine au niveau mondial, mais essentiellement en Afrique du sud et en Asie.
- Le groupe **O** (outlier) : localisé au Cameroun et aux pays limitrophes (Gabon, Nigeria, Guinée équatoriale).
- Le groupe **N** (non-M non-O) : qui n'est retrouvé que chez quelques personnes vivant au Cameroun.

Il existe aussi le groupe P, découvert récemment, et très peu de cas d'infection par ce sous-groupe ont été recensés dans le monde.

Le **VIH-2** lui, est plus rare et est divisé en 8 groupes (A, B, C, D, E, F, G, H). Seuls les groupes A et B jouent un rôle dans l'épidémie en Afrique de l'ouest.

3.2. Structure

Le VIH est un virus de taille moyenne (100 nm). (7)

Ce virus possède un ARN monocaténaire de polarité positive, une capsidie icosaédrique/polyédrique et une enveloppe (Figure 3).

- **L'enveloppe** : C'est une bicouche lipidique, originaire de la cellule infectée, dans laquelle sont insérés des récepteurs viraux sous forme trimérique. Il y a deux molécules de gp120 externes, responsables de l'attachement du virus à la cellule cible. Ces deux gp120 sont reliées à une molécule de gp41 transmembranaire, celle-ci est responsable de la fusion de l'enveloppe virale et de la membrane cellulaire de l'hôte.
- **La matrice** (ou capsidie externe) : C'est la structure protéique située entre l'enveloppe et la capsidie.
- **La capsidie** (ou capsidie interne) : Elle contient le génome composé de 2 copies d'ARN monocaténaires identiques associé aux enzymes virales (transcriptase inverse, intégrase et protéases) et à diverses protéines internes.

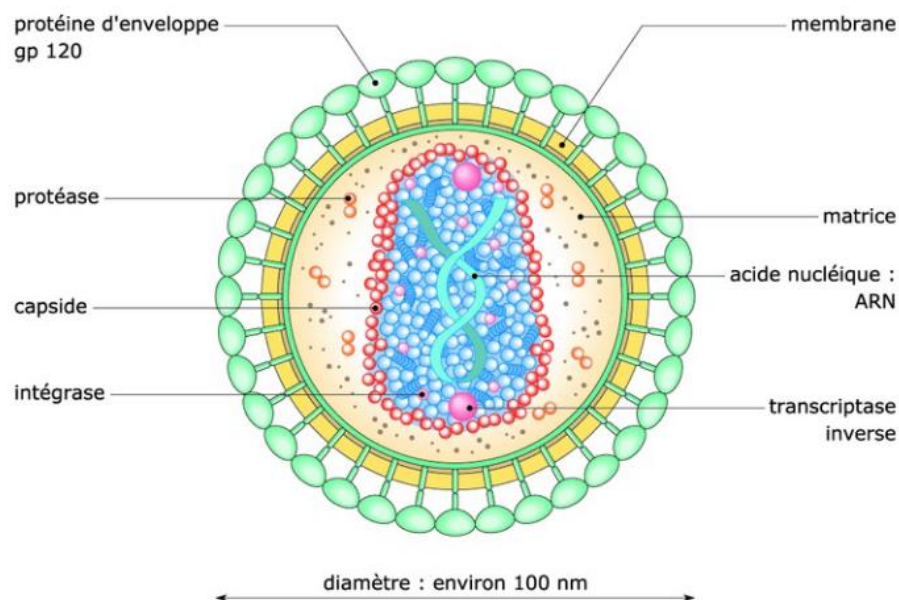


Figure 3 : Représentation de la structure du VIH (8)

Le génome du VIH-1 est composé de plusieurs gènes : (de 5' à 3')(9)

- **LTR (Long Terminal Repeat)** : il est non codant et promoteur de la transcription.
- **gag (group antigen)**: il code pour les protéines internes de structure (matrice, capsidie et nucléocapsidie).
- **pol (polymérase)**: il code pour les enzymes virales (protéase, intégrase et transcriptase inverse).
- **env (enveloppe)**: il code pour le précurseur des glycoprotéines d'enveloppes (gp120 et gp41).
- **LTR** : il est non codant et à l'extrémité 3' du génome. C'est donc le signal d'arrêt de la transcription.

En plus des gènes classiques, on trouve d'autres gènes de régulation (Figure 4) ayant un rôle essentiel dans le pouvoir pathogène du virus (onc, tat, rev, vif, vpr, vpu ...).



Figure 4 : Représentation de l'organisation du génome du VIH (9)

Les VIH-1 et 2 ont des structures génomiques et un cycle de réplication semblables cependant ils ont moins de 50% d'homologie de séquence.

3.3. Cycle de réplication virale

Le cycle de réplication virale se caractérise par le fait que le virus détourne la machinerie cellulaire de l'hôte. Le VIH infecte trois principales catégories de cellules. Celles-ci expriment le **CD4** (récepteur de la gp120) au niveau de leur membrane cellulaire, il s'agit des lymphocytes T auxiliaires, des monocytes/macrophages et des cellules dendritiques (Figure 5).

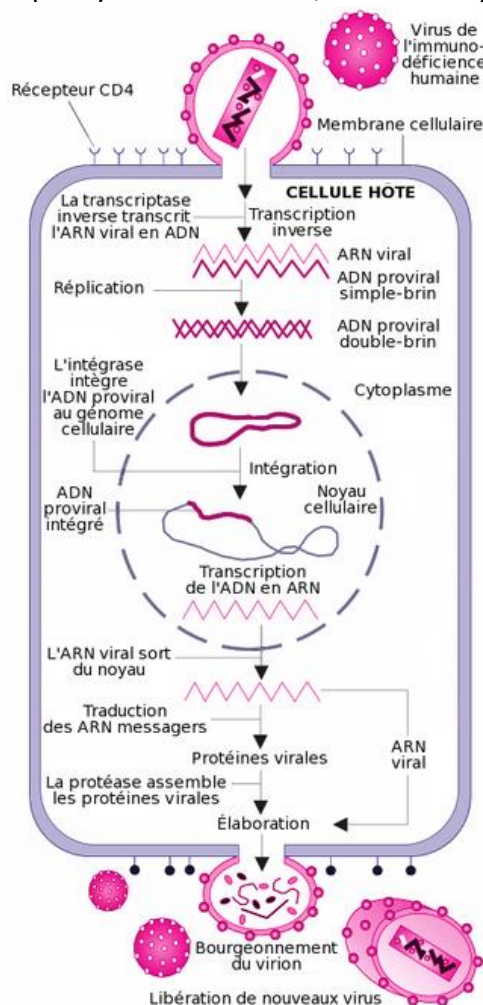


Figure 5 : Le cycle de réplication du VIH (10)

Ainsi, après liaison du virus au CD4 de la cellule infectée, la gp120 change de conformation, permettant sa liaison au co-récepteur cellulaire, récepteurs aux chimiokines. La nouvelle conformation du gp120 viral permet de démasquer gp41.

Grâce au peptide de la gp41, les enveloppes cellulaire et virale fusionnent. Une fois en intracytoplasmique, le virus procède à sa décapsidation.

Dans le cytoplasme de la cellule hôte, la transcriptase inverse virale (par sa fonction ADN polymérase ARN dépendante), copie l'ARN viral en ADN simple brin négatif appelé **ADNc** (complémentaire).

Ensuite, il y a hydrolyse du brin d'ARN (par la fonction RNaseH de la TI) puis réplication de ADN simple brin pour former un ADN bicaténaire ou **ADN proviral** double-brin (par la fonction ADN polymérase ADN dépendante de la TI).

L'ADN proviral est transporté dans le noyau puis il est **intégré dans le génome** de la cellule infectée, grâce à l'intégrase virale.

Cet ADN proviral est transcrit par l'ARN polymérase cellulaire, sous la dépendance de protéines régulatrices, en **ARN messager (ARNm)** et en **ARN génomique**. L'ARNm sera ensuite traduit en protéine virale, et l'ARN génomique sera intégré à un nouveau virion.

L'ARNm est traduit en polyprotéines qui, après clivage par la protéase virale et maturation (glycosylation), formeront des protéines fonctionnelles.

Les glycoprotéines d'enveloppe sont enfin insérées dans la membrane cytoplasmique cellulaire et de nouveaux virions bourgeonnent.

La rétrotranscription, assurée par la transcriptase inverse, est une opération **complexe**. Elle est donc une cible thérapeutique majeure mais elle est aussi responsable de la grande variabilité du VIH au sein de chaque individu. Cette enzyme risque de commettre des erreurs lors de la synthèse ADN, car elle répète plusieurs fois la même opération. Elle s'attache et se détache de façon répétée à l'ADN et l'ARN viral, donc il y a un risque de dérapage à chaque rattachement. De plus, la TI n'a pas de mécanisme de correction.

La **variabilité** du VIH chez chaque individu infecté est ainsi importante.

4. Modes de contamination

Le VIH est un virus **transmissible**, ainsi un individu séropositif peut transmettre le virus à un autre individu sain. Il existe cinq liquides corporels qui peuvent être contaminants : (10)

- Le sang
- Le sperme
- Le liquide pré-séminal (petite goutte de lubrifiant naturel masculin qui lubrifie la verge au début de l'érection)
- Les sécrétions vaginales (qui lubrifient le vagin)
- Le lait maternel

De plus, pour qu'un contact soit à risque, il faut la pénétration d'un de ces liquides avec une plaie ouverte ou une muqueuse (le vagin, la vulve, le gland, l'anus, la bouche, les yeux, les oreilles et les narines).

Il persiste de nombreuses **fausses idées** autour de la transmission du VIH, et la lutte continue contre ces croyances erronées. D'abord, le VIH n'est **pas** une maladie contagieuse ! Ainsi, la transmission du virus n'est pas possible par la salive, la sueur, les larmes, l'urine ... Un baiser sur la bouche ne présente aucun risque. De plus, il ne se transmet pas non plus par simple contact (caresse, poignée de main ...) ou en partageant des objets du quotidien (les couverts, le linge ...). La transmission est aussi improbable par les piqûres de moustiques ; le VIH est strictement humain et ne peut pas survivre dans l'organisme d'une autre espèce.

Il est aussi important de rappeler que le VIH ne concerne pas uniquement les homosexuels et les toxicomanes. **Tout le monde** peut être touché par le VIH à la suite d'une situation à risque !

4.1. Transmission par voie sexuelle

Le VIH est une IST (infection sexuellement transmissible), c'est le mode de transmission le plus fréquent. Tout rapport **sexuel non protégé** est à risque, en particulier en cas de pénétration vaginale ou anale, mais la pénétration buccale (fellation ou cunnilingus) présente aussi un risque de transmission du VIH même si celui-ci est faible (Figure 6). (11)

Cette transmission est facilitée par la multiplicité des partenaires. Cependant, un unique contact sexuel peut être contaminant.

Le risque de transmission varie selon les pratiques. Le taux de transmission au cours d'un rapport sexuel anal est 10 fois plus élevé que pour une pénétration vaginale.



Figure 6 : Risques de contamination lors de rapports non protégés (11)

Certains facteurs accentuent le risque de transmission lors d'un rapport sexuel :

- La présence d'une autre IST chez l'un des partenaires ou chez les deux partenaires.
- La présence de lésions génitales ulcérées comme des blessures, des irritations ou des abrasions des muqueuses génitales ou anales. Ceci peut être dû à un rapport sexuel dit « traumatique », c'est-à-dire qu'il provoque des micro-saignements et des microlésions au niveau de la muqueuse chez l'un des partenaires.
- Le fait que le rapport ait lieu pendant les règles chez la femme, ou s'il y a d'autres saignements.
- Le risque est aussi plus important, si la charge virale (la quantité de VIH chez l'individu) est élevée, en particulier lors de la primo-infection. De façon logique, plus il y a de virus dans le sang et dans les sécrétions sexuelles, plus le risque est accru.

4.2. Transmission par voie sanguine

Premièrement, ce type de contamination concerne les **usagers de drogue injectables (UDI)**, par l'échange de seringues. Le risque de transmission du VIH est très élevé lors de la réutilisation et/ou du partage d'aiguilles ou de seringues. La réduction du risque est considérable en utilisant des aiguilles neuves et des seringues injectables jetables, ou en stérilisant correctement les aiguilles et les seringues réutilisables avant utilisation.

Ensuite, la **transfusion** de sang ou de produits sanguins contaminés est à risque extrêmement élevé (supérieur à 90%) de contracter le VIH. Ce mode de contamination était à prendre en compte principalement avant 1985 en France, c'est-à-dire avant le dépistage systématique des dons de sang. De nos jours, des normes de sécurité sont mises en place pour garantir des transfusions sans danger.

Des **accidents d'exposition au sang (AES)** peuvent aussi être responsable d'une transmission du VIH. La contamination professionnelle chez les soignants reste rare, elle est majoritairement due à une piqûre accidentelle. Le risque de contamination dépend de la profondeur de la blessure, du calibre de l'aiguille et de la présence de sang frais dans l'aiguille. Enfin, il existe aussi un risque en faisant un *piercing* ou un tatouage, si les instruments sont contaminés et non stérilisés ou partagés entre plusieurs personnes. Les instruments conçus pour pénétrer la peau ne doivent être utilisés qu'une fois, puis jetés ou nettoyés et stérilisés correctement.

4.3. Transmission mère-enfant (TME)

Une mère peut contaminer son enfant *in utero*, c'est ce qu'on appelle la **transmission materno-fœtale (TMF)**. Il s'agit d'un passage transplacentaire qui peut contaminer le fœtus, toutefois le mécanisme par lequel le VIH traverse le placenta est encore mal compris. En l'absence de traitement, la TMF est de 20 à 40% pour le VIH-1 et de 1 à 4% pour le VIH-2. La contamination survient surtout au 3^{ème} trimestre de grossesse. Aujourd'hui, en France, avec un traitement efficace et un suivi médical, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de moins de 1%. (12)

Le taux de TMF est accru si la charge virale maternelle est élevée et si la mère possède un faible nombre de cellule T CD4+ (ce sont deux indicateurs majeurs d'immunodéficience). Plus la maladie progresse, plus le décompte de CD4 diminue et plus le risque de TME augmente.

Lors de **l'accouchement**, la mère peut aussi contaminer son enfant. Les sécrétions vaginales contiennent du virus sous forme de cellules infectées et de particules virales libres, au contact desquelles l'enfant risque de s'infecter lors du passage vaginal. Le risque dépend particulièrement de la charge virale de la mère au moment de la naissance.

Enfin, **l'allaitement** est aussi une pratique à risque de transmission, car le lait maternel peut contenir des particules virales.

5. Physiopathologie et signes cliniques

En l'absence de traitement, l'évolution de l'infection est lente et se décompose en trois phases : la primo-infection, la phase asymptomatique et le SIDA.

Le VIH infecte les cellules de l'individu par les mêmes mécanismes intracellulaires, cependant les conséquences diffèrent selon le type cellulaire.

En effet, l'infection des lymphocytes CD4+ est létale, par un **effet cytopathogène (ECP)**. Le virus provoque des changements morphologiques pathologiques dans la cellule infectée. Ces modifications provoquent à terme une dégénérescence cellulaire.

En revanche, les monocytes et les macrophages peuvent supporter l'infection, sans ECP et sans dommage. Ces cellules constituent **un réservoir viral**, mais aussi un véhicule pour infecter précocement divers compartiments de l'organisme.

De plus, les lymphocytes CD4 mémoires, présents dans les organes lymphoïdes (majoritairement les ganglions) sont aussi des réservoirs du virus. Ce réservoir n'est pas atteint par les antirétroviraux. Ceci explique la persistance du virus chez les sujets traités. (9)

Au début de l'infection, les souches virales sont à tropisme surtout monocyttaire et macrophagique. Puis, le tropisme devient lymphocytaire lorsque l'infection est plus évoluée.

Trois principaux marqueurs sont utilisés pour le diagnostic et le suivi de l'infection à VIH (Figure 7). Ces paramètres biologiques sont :

- Le **taux de lymphocytes T CD4 circulants**, cela traduit le capital immunitaire de l'individu.
- La **charge virale**, qui correspond au nombre de copie du génome viral dans le sang (ARN VIH plasmatique), cela quantifie la réplication du virus.
- Le taux d'anticorps dirigés contre le VIH (**Ac anti-VIH**), qui correspond à la défense de l'organisme contre le virus.

Ces trois marqueurs biologiques permettent de repérer dans le temps, à quel stade de l'infection se situe le patient.

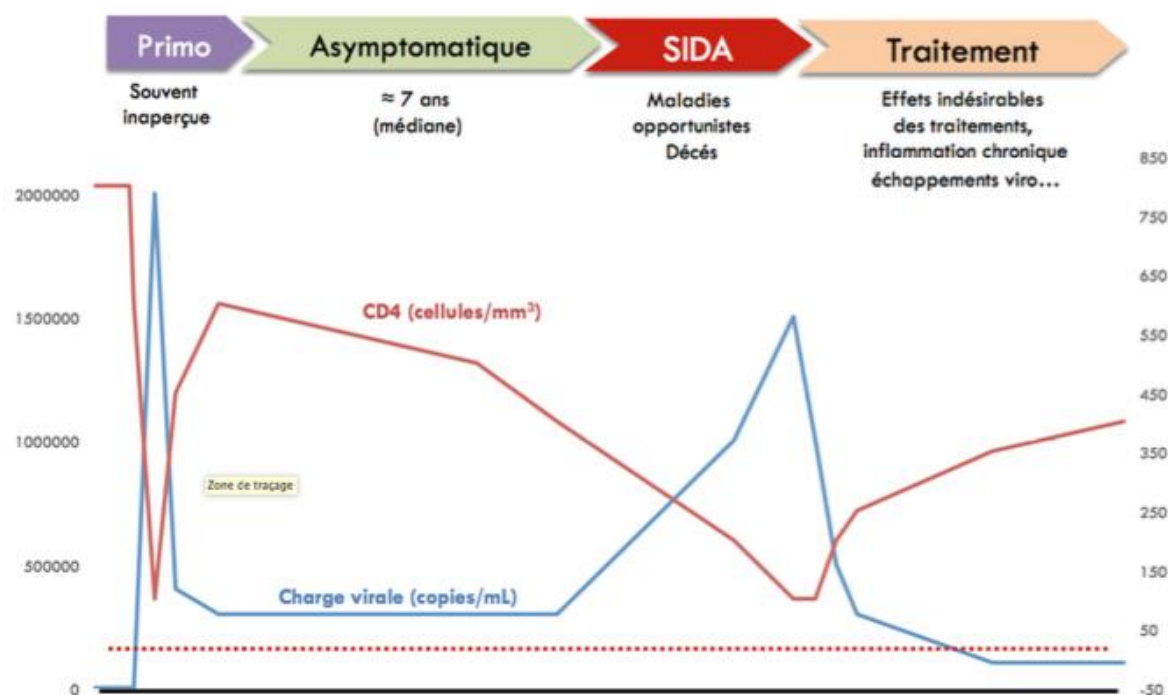


Figure 7 : Évolution des marqueurs de l'infection à VIH dans le temps et impact des traitements (9)

5.1. Stade 1 : Primo-infection

Le stade 1 de l'infection correspond à la période d'invasion virale, survenant dans les 10 à 12 jours après la contamination. Pendant cette phase, les cellules cibles sont infectées et un réservoir viral se constitue (représentant l'obstacle majeure à l'éradication du virus car non atteint par les ARV).

Cette période est **symptomatique** dans 40 à 90% des cas, elle dure de 4 à 6 semaines. Ceci est due à une réplication virale intense (augmentation rapide de la charge virale), **avant** la mise en place d'une réponse immune chez l'individu. (7)

Les signes cliniques ne sont **pas spécifiques** car ils sont très variables d'une personne à une autre. On retrouve, entre autres, de la fièvre, une fatigue, un rash, des céphalées, des adénopathies, une pharyngite, une myalgie, des nausées, des vomissements, des diarrhées, des sueurs nocturnes ...

Cette période est marquée par un premier pic, très élevé, de virémie (Ag p24 et ARN viral plasmatique). La conséquence majeure est la destruction des lymphocytes T CD4+ sanguins (le taux de lymphocytes CD4 diminue fortement). C'est le moment où le risque de contamination est maximum.

Ensuite, un équilibre immuno-virologique est atteint dans les quelques semaines suivant la contamination. Les anticorps-anti-VIH sont produits, le taux de lymphocytes T CD4 augmente et la charge virale diminue.

5.2. Stade 2 : Latence ou stade asymptomatique

Classiquement **asymptomatique**, mais un syndrome de lymphadénopathie généralisé persistant ou d'autres manifestations d'immunodépressions modérées (ne répondant pas au stade SIDA) sont possibles. La durée est variable, elle peut aller jusqu'à 12 ans en fonction de l'âge du patient, du mode de contamination, des facteurs génétiques et de la charge virale. La durée de cette phase est liée au contrôle de la réplication par le système immunitaire. (7)

Ce n'est pas une période d'infection virale latente, le taux de lymphocytes CD4+ sanguins ne retrouve pas son niveau initial, même s'il se corrige partiellement au début de cette phase. En même temps apparaissent les anticorps neutralisants et les lymphocytes CD8+ cytotoxiques spécifiques du virus. La baisse des lymphocytes CD4+ est lente, pour s'accélérer ensuite lors du passage au stade SIDA.

Il existe une véritable réplication virale à l'état d'équilibre avec une persistance de lymphocytes sanguins circulants infectés.

5.3. Stade 3 : Phase SIDA

C'est le stade **SIDA (syndrome d'immunodépression acquise)**, correspond à une immunodépression cellulaire profonde qui est responsable d'infections opportunistes, de cancers et/ou d'atteintes du système nerveux. Il y a une forte variabilité interindividuelle.

Le taux de lymphocytes CD4+ sanguins s'est effondré et passe sous la barre des 200/mm³ (normale : environ 1 000/mm³). Ce stade est atteint en moyenne après 10 ans d'évolution, sans traitement.

L'immunodépression profonde provoque différentes conséquences chez l'individu :

- Le développement **d'infections opportunistes (IO)** : Ces infections surviennent lors d'une prise en charge tardive de l'infection VIH, ou chez les patients déjà suivis lors d'une rupture d'observance ou en cas d'échec des prises en charges thérapeutiques. Du fait de la fragilité du système immunitaire, des pathogènes extérieurs infectent l'individu. En situation physiologique, ces pathogènes auraient été facilement combattus par l'organisme. Chez une personne au stade SIDA, le système immunitaire est trop faible et les infections se développent.

Quand le taux de CD4 est entre 200 et 500/mm³, on observe l'apparition de candidose buccale, de tuberculose (due à une infection bactérienne *Mycobacterium tuberculosis*), d'herpès, de zona, de salmonellose ...

Puis quand le taux de CD4 devient inférieur à 200/mm³, le patient est à risque de développer une pneumocystose à *Pneumocystis jirovecii* (infection fongique au niveau pulmonaire), une candidose œsophagienne (due à *Candida spp*), une toxoplasmose cérébrale (causée par un parasite *Toxoplasma gondii*).

Enfin, quand les CD4 passent sous la barre des 100/mm³, l'individu peut être infecté par des *CMV cytomégalovirus* (atteinte de la rétine, de la sphère digestive ou de l'encéphale), par des germes fongiques avec un risque de cryptococcose (infection méningo-encéphalique fatale sans traitement), par des parasites microscopiques comme la cryptosporidiose (maladie diarrhéique), ou encore par des mycobactéries atypiques.

Dans les pays du Nord, la tuberculose et la pneumocystose pulmonaire restent les IO les plus fréquentes.

- Des **cancers** peuvent aussi se développer au stade SIDA :
 - Le sarcome de Kaposi, qui est lié à une réactivation de l'infection par l'herpès virus humain (HHV-8).
 - Les lymphomes malins non Hodgkiniens, qui sont des cancers du système lymphatique.
 - Des cancers épithéliaux, ano-vaginaux, notamment dues aux papillomavirus humains (HPV 16 et 18 qui sont les causes des cancers du col utérin et de l'anus)
- Des atteintes du système nerveux sont aussi possibles à un stade plus avancé, majoritairement **l'encéphalite à VIH**. L'individu se retrouve dans un état de démence.

6. Les stratégies thérapeutiques

6.1. Objectifs des traitements antirétroviraux

Les traitements antirétroviraux (ARV) sont utilisés pour traiter l'infection au VIH. Bien que ces traitements soient efficaces, ils ne permettent **pas de soigner** du VIH et ne font que bloquer la prolifération du virus dans l'organisme. Cependant, une personne vivant avec le VIH qui est observante de sa thérapie ARV, peut vivre correctement et même ne plus transmettre le virus.

Quelle que soit la molécule, le traitement antiviral n'a aucune action sur ADN proviral, qui reste présent tant que vit la cellule. De plus, le virus persiste dans des cellules réservoirs infectées dont la majorité sont des lymphocytes T CD4 mémoires. La longue durée de vie de ces cellules quiescentes ainsi que leur capacité proliférative sont les principales causes de persistance virale dans l'organisme. Le traitement n'a qu'une action **suspensive** : si celui-ci est arrêté, le rebond virologique est inévitable (en dehors de cas rares très particuliers).

Donc, les traitements empêchent la multiplication du virus dans l'organisme mais ne permettent pas son élimination : il n'y a donc **pas de guérison possible**.

Les objectifs principaux des traitements ARV (13) sont de :

- Rendre une charge virale indétectable, c'est-à-dire inférieure à 50 copies/mL
- D'atteindre un nombre de CD4 supérieur à 500/mm³

En plus de l'efficacité virologique, d'autres objectifs sont aussi recherchés :

- Une meilleure **tolérance** possible, à court, moyen et long terme
- L'amélioration ou la préservation de la **qualité de vie** des patients
- La réduction de la **transmission** du VIH

L'**adhésion** du patient est essentielle pour une prise en charge efficace.

6.1.1. Quand débiter le traitement ?

Il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit le nombre de CD4. (14)

L'initiation précoce d'un traitement est associée à un **bénéfice individuel** car sa mise en place diminue la mortalité et la progression vers le stade SIDA. De plus, le traitement permet une réduction des comorbidités en évitant par exemple le développement d'infection opportuniste.

Aussi, il y a un **bénéfice collectif** à mettre en place précocement un traitement ARV, car il réduit le risque de transmission du VIH.

On sait, d'une part, que l'éradication du VIH n'est pas possible avec les moyens thérapeutiques actuellement disponibles, et d'autre part que les interruptions de traitement ARV sont délétères. L'introduction d'un traitement ARV implique donc un engagement pour une longue durée, non définie. Ainsi, le traitement ARV doit être **individualisé**, le patient doit être suffisamment informé, et doit pouvoir participer aux choix thérapeutiques. Il doit adhérer au projet thérapeutique afin d'atteindre un niveau maximum d'efficacité.

Cependant, lorsque le niveau de CD4 est inférieur à 500/mm³ et stable, le traitement peut être différé en cas de non-adhésion immédiate du patient au projet thérapeutique. L'équipe médicale doit alors s'efforcer de préparer le patient à la mise en place ultérieure du traitement. Les échecs de traitement sont majoritairement dus à des **défauts d'observance** et donc à la sélection de souches résistantes au traitement.

De plus, l'instauration précoce du traitement permet une diminution de la dissémination virale et donc la taille du réservoir viral. Ainsi, traiter tôt pour obtenir un réservoir viral bas pourrait constituer une approche pour viser la rémission.

6.1.2. Choix du premier traitement antirétroviral

Le choix thérapeutique initial est effectué par un médecin expérimenté dans la prise en charge des patients atteints par le VIH. Un bilan para-clinique complet doit être effectué, et le patient doit aussi être préparé à l'initiation de ce traitement (informations sur les bénéfices et les risques/inconvénients, éducation thérapeutique, recommandations hygiéno-diététiques ...). (14)

Un premier traitement ARV doit rendre la charge virale plasmatique indétectable (inférieure à 50 copies/mL) au plus tard 6 mois après le début du traitement. Il faut donc s'assurer que cet objectif est atteint, par mesure de la charge virale (CV) :

- Après un mois (M1), la CV doit avoir baissé d'au moins $2\log_{10}$ copies/mL
- Après trois mois (M3), la CV doit être inférieure 400 copies/mL

Si ces objectifs intermédiaires ne se sont pas atteints, cela est souvent dû à une mauvaise observance, parfois à des interactions médicamenteuses ou à un sous-dosage. Tout ceci doit être recherché et corrigé sans délai.

6.1.3. La trithérapie

La trithérapie correspond à l'association de **trois molécules ARV d'au moins deux classes thérapeutiques différentes** aussi appelée **traitement combiné** ou **HAART** pour « traitement antirétroviral hautement actif ».

Les schémas « classiques » (15) sont :

- 2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et 1 inhibiteur de la protéase (IP) potentialisé par le Ritonavir (IP/r)
- 2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)
- 2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et 1 inhibiteur de l'intégrase (II)

Certaines conditions sont à prendre en compte pour le choix de l'association :

- L'efficacité viro-immunologique
- La tolérance (immédiate et à long terme)
- La simplicité de prise en fonction des conditions de vie du patient
- Les conséquences d'un échec sur les options ultérieures

Le traitement combiné est plus efficace pour contrôler le virus et moins susceptible de favoriser la résistance aux médicaments. La prise de ces molécules peut être simplifiée avec des associations fixes comprenant plusieurs ARV (souvent trois), en un seul comprimé par jour. (16)

Ces traitements sont efficaces mais restent lourds et contraignants :

- Contraintes d'horaires, alimentaires ou galéniques
- Suivi médical et biologique régulier (mesure de la charge virale plasmatique, du taux de CD4, examens biologiques complémentaires ...)
- Effets indésirables (vu ci-après) et toxicité au long cours
- Interactions médicamenteuses (notamment avec le cytochrome CYP450)
- Émergence de résistance suite à une modification génotypique de l'enzyme.

6.2 Les différentes classes d'antirétroviraux

Il existe 6 classes d'antirétroviraux actuellement disponibles en France comme récapitulé dans le Tableau 2, et ayant chacune un mécanisme d'action différent (Figure 8) :

- Les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI ou NRTI pour *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*)
- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI ou NNTI pour *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*)
- Les inhibiteurs de la protéase (IP)
- Les inhibiteurs d'intégrase (II)
- Les inhibiteurs de la fusion (IF)
- Les antagonistes du co-récepteurs CCR5 (anti-CCR5)

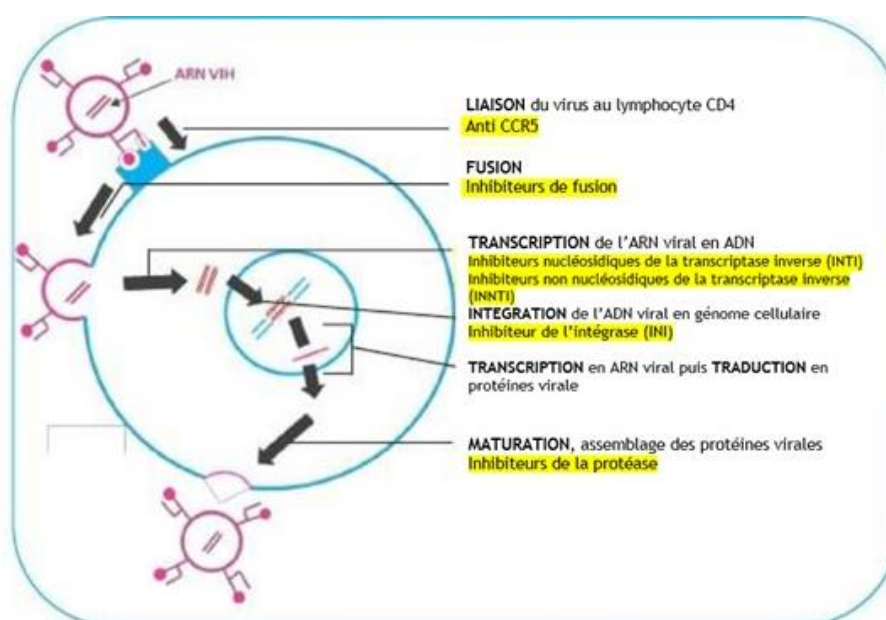


Figure 8 : Mécanismes d'action des différentes classes d'ARV (17)

6.2.1. Les mécanismes d'action

6.2.1.1. Les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)

C'est la première famille pharmacologique qui a été disponible sur le marché. En effet, en 1987, l'**AZT** (azidothymidine ou zidovudine) fut découverte aux États-Unis : c'est la première molécule antirétrovirale. L'AZT agit par un mécanisme de compétition avec les nucléotides naturels. Lorsque l'AZT est incorporée dans une chaîne en cours d'élongation, il en résulte un arrêt de l'élongation au niveau de l'ADN viral naissant.

Les INTI bloquent la transcriptase inverse (TI), enzyme permettant la synthèse d'ADN complémentaire à partir de l'ARN viral, avant son intégration dans le génome de la cellule infectée. Ils agissent sur la **phase précoce** de la réplication virale. Ainsi, ils inhibent le processus de duplication du matériel génétique du virus dans la cellule hôte.

Leur action sur la TI se fait par **compétition** avec les nucléosides naturels, en bloquant l'élongation de la chaîne d'ADN viral. Ce groupe renferme deux types de molécules :

- Les nucléosidiques : ce sont des prodrogues. Une triple phosphorylation intranucléaire est nécessaire pour leur permettre d'être actifs.
- Les nucléotidiques : ce sont des nucléosides liés à une molécule d'acide phosphorique.

6.2.1.2. Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

Cette classe ARV n'est pas efficace sur le VIH-2, qui leur est naturellement résistant.

Les INNTI ont le même mécanisme d'action que les INTI mais ils agissent sur la TI en se fixant sur le site catalytique de l'enzyme. L'inhibition n'est donc pas compétitive. Ils agissent **sélectivement** sur la TI en bloquant les activités ARN et ADN dépendantes de l'ADN polymérase. La TI ne fonctionne plus correctement et cesse de produire de nouvelles particules du virus dans les cellules infectées.

6.2.1.3. Les inhibiteurs de protéase (IP)

Cette classe ARV agit en **fin de cycle**, lors de la maturation de la particule virale. La molécule se lie de manière compétitive sur le site actif de la protéase du VIH. Cette liaison empêche le clivage des précurseurs polypeptidiques gag et pol viraux, en protéines de structure définitive. Il en résulte la formation de particules virales **immatures** donc non infectieuses.

Le **Ritonavir** a été le premier IP disponible sur le marché, cependant il n'est plus utilisé seul comme antirétroviral. En effet, il est associé à une autre molécule inhibitrice de protéase

comme potentialisateur pharmacologique du fait de son action inhibitrice de la P-gp (P-glycoprotéine) intestinale et sur le système oxydatif hépatique du CYP 3A4 (effet *boost*). Ainsi, l'administration conjointe d'un IP avec le Ritonavir permet d'augmenter l'absorption intestinale de l'IP et de ralentir l'élimination hépatique. L'effet pharmacologique est alors amplifié.

6.2.1.4. Les inhibiteurs d'intégrase (II)

Ces molécules empêchent l'intégration de l'ADN proviral dans la cellule hôte. Ils sont inhibiteurs de l'activité catalytique de l'intégrase du VIH. Cette enzyme permet l'insertion et le transfert de l'ADN viral dans le génome de la cellule hôte. L'ADN viral **non intégré** est donc dégradé, la réplication virale est bloquée et l'infection de nouvelles cellules aussi.

La puissance virologique de cette classe est très importante. On observe une décroissance initiale de la charge virale plus rapide qu'avec d'autres classes.

6.2.1.5 Les inhibiteurs d'entrée

Pour comprendre le mécanisme d'action de ses molécules, il faut se rappeler du mécanisme permettant l'entrée du virus dans sa cible (Figure 9). Le processus d'entrée du virus dans la cellule cible est composé de différentes étapes :

- Le virus s'accroche sur le récepteur principal de la cellule, c'est-à-dire grâce à une interaction entre la gp120 virale et le CD4 cellulaire.
- Puis attachement au corécepteur :
 - Pour les monocytes/macrophages, c'est la molécule CCR5.
 - Pour les lymphocytes T, c'est la molécule CXCR4.
- L'interaction entre le récepteur et le corécepteur induit un changement de conformation et l'insertion de la gp41 dans la membrane cytoplasmique.
- Enfin, le phénomène de fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire a lieu. Il y a la génération d'un pore à travers duquel s'introduit la capside virale dans le cytoplasme.

Le rôle des récepteurs viraux est donc que la **gp120** permet la **fixation** du virus et que la **gp41** est responsable de la **fusion des membranes** virale et cellulaire.

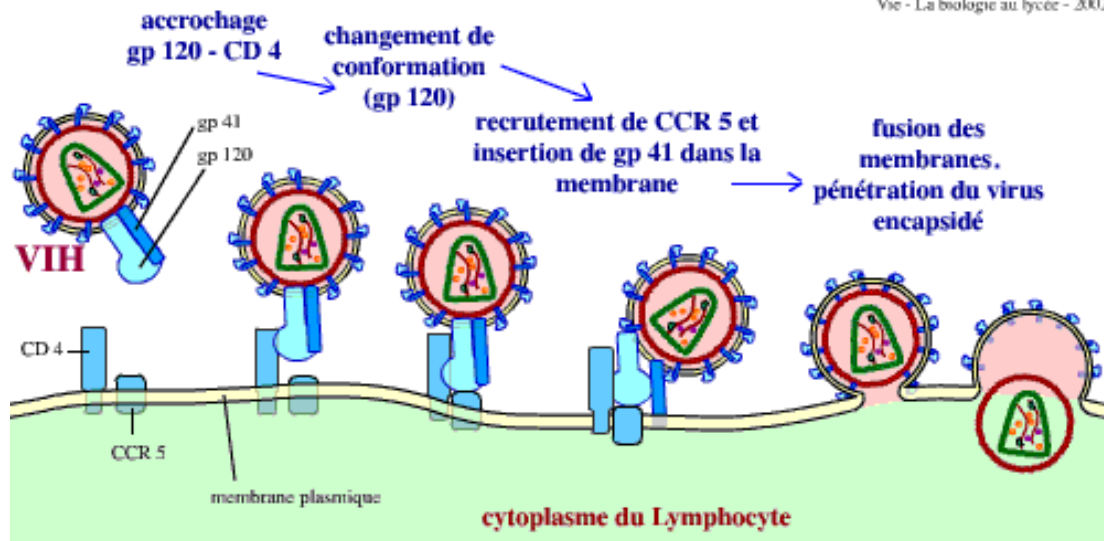


Figure 9 : Représentation de l'entrée du VIH dans une cellule cible (lymphocyte) (18)

Il existe deux classes de molécule inhibitrice d'entrée.

Premièrement, les **inhibiteurs de fusion** qui agissent comme des inhibiteurs compétitifs. Ils miment la région de la gp41 et empêchent donc la fusion des membranes cellulaire et virale. L'ARN viral ne peut alors pas entrer dans la cellule cible.

Il n'existe actuellement qu'une seule molécule dans cette catégorie ARV, et celle-ci ne s'administre que par voie sous cutanée. Cette classe est réservée aux personnes infectées par une souche de VIH-1 multi résistante.

La deuxième classe d'inhibiteur d'entrée disponible est celle des **antagonistes du CCR5**. Ils agissent par un antagonisme sélectif et réversible des corécepteurs membranaires du VIH. Il n'y a pas d'action sur le cycle du virus mais sur la cellule cible de celui-ci. Ils miment les chimiokines, dont CCR5 et CXCR4 sont les récepteurs et empêchent donc la liaison de la glycoprotéine d'enveloppe (gp120) avec les corécepteurs. Ainsi, la deuxième glycoprotéine (gp41) ne peut pas s'insérer dans la membrane cytoplasmique de la cellule hôte et la fusion des membranes du virus et de la cellule est impossible. Ceci bloque donc l'une des étapes de l'entrée du VIH dans les cellules.

Cependant, cette catégorie n'a pas d'activité sur les virus qui peuvent utiliser le CXCR4 comme co-récepteur. Elle est donc indiquée pour le traitement de l'infection par VIH-1 à tropisme pur CCR5.

Tableau 2 : Antirétroviraux disponibles en 2022 (16)

Classes thérapeutiques	DCI Spécialités
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	Abacavir (Ziagen®) Emtricitabine (Emtriva®) Lamivudine (Epivir®) Zidovudine (Retrovir®)
Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse	Ténofovir (Viread®)
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Doravirine (Pifeltro®) Efavirenz (Sustiva®) Etravirine (Intelence®) Névirapine (Viramune®) Rilpivritine (Endurant®)
Inhibiteurs de protéase (IP)	Atazanavir (Reyataz®) Darunavir (Prezista®) Fosamprenavir (Telzir®) Lopinavir (Kalétra®) Tipranavir (Aptivus®) (+ Ritonavir (Norvir®))
Inhibiteur de l'intégrase (II)	Raltégravir (Isentress®) Dolutégravir (Tivicay®) Elvitégravir (non disponible seul - Genvoya® en association) Cabotégravir (Vocabria®)
Inhibiteur de fusion (IF)	Enfuvritide (Fuzeon®) Ibalizumab (Trogarzo®)
Antagoniste du CCR5	Maraviroc (Celsentri®)

6.2.2. Les effets indésirables

Dans les premières semaines après initiation du traitement, des **effets indésirables précoces** peuvent apparaître. Il s'agit majoritairement de :

- Manifestations allergiques (éruptions cutanées),
- Signes généraux (fatigue, maux de tête, perte d'appétit),
- Troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées),
- Hépatite médicamenteuse.

Ces symptômes justifient un suivi régulier et continu par le médecin traitant ou un spécialiste dès le début du traitement.

Aussi, un **syndrome inflammatoire de restauration immunitaire** peut apparaître lors de l'initiation d'un traitement. Il s'agit de manifestations cliniques inflammatoires inexpliquées après l'introduction des ARV. Ce syndrome survient habituellement chez un patient très immunodéprimé, dans les premières semaines de traitement. Il révèle soit une infection opportuniste latente, soit la restauration d'une hypersensibilité retardée au cours d'infection. Cependant, ce syndrome n'est pas synonyme d'un échec thérapeutique, il requiert un traitement symptomatique par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou corticothérapie courte.

Des **complications au long court** peuvent aussi avoir lieu lors de la prise d'ARV. (13)

Des cas d'anomalies de répartition de graisse ou **lipodystrophie** ont été rapportés. Il s'agit de l'apparition d'une lipoatrophie (joues creuses, veines saillantes), ou d'une lipohypertrophie (surcharge de graisses au niveau du tronc et de l'abdomen).

Une augmentation du risque **cardio-vasculaire** et des anomalies du métabolisme des graisses et du sucre sont aussi possibles, ce qui augmente le risque d'infarctus du myocarde. Il est donc important de conseiller au patient de réduire les facteurs de risque, comme arrêter de fumer, rappeler les mesures hygiéno-diététiques (être actif et avoir une alimentation équilibrée). Un traitement hypolipémiant peut aussi être mis en place pour diminuer les graisses dans le sang. La présence d'un diabète doit aussi être recherchée et traitée si besoin, tout comme une HTA.

Des toxicités hépatiques, rénales et osseuses sont aussi possibles suite à la prise d'ARV. Le suivi biologique est donc essentiel lors de toute la durée du traitement.

6.2.3. Optimisation du traitement antirétroviral

Une fois obtenu le succès virologique (charge virale inférieure à 50 copies/mL), que ce soit après une première ligne de traitement ou un traitement de relais, une modification du traitement ARV peut s'avérer utile ou nécessaire selon les circonstances. (19)

Il s'agit, de manière générale, **d'individualiser** le traitement pour gagner en tolérance et/ou en simplicité d'administration. Ainsi, il est recommandé que la poursuite du traitement

ARV en cours fasse l'objet d'une réévaluation annuelle, par exemple lors du bilan annuel de synthèse.

Il y a diverses options pour simplifier la prise : diminution du nombre de prises, du nombre de comprimés, de la dose, du nombre d'ARV, du nombre de jours de traitement ...

6.2.4. Les résistances aux antirétroviraux

Depuis 2012, le succès virologique des traitements ARV a été observé chez près de **90%** des patients traités. Cependant, la prise en charge des patients en multi échecs thérapeutiques reste complexe et hautement spécialisée. (20)

La résistance est liée à la sélection d'espèce virale comportant des **mutations** dans les gènes cibles des ARV, la réplication virale persiste alors malgré la prise du traitement. Ces mutations sont dépendantes, en partie, de la prise correcte du traitement ARV. Ainsi, des concentrations sub-optimales consécutives à une mauvaise observance ou à des interactions médicamenteuses favorisent le développement de résistance. C'est une des raisons pour laquelle le VIH impose un suivi médical régulier et de fréquents bilans sanguins afin de s'assurer de la bonne efficacité des traitements.

De plus, les phénomènes de résistances croisées limitent la possibilité d'utiliser des molécules actives d'une même classe.

Il existe des **tests génotypiques de résistance aux ARV**. Ces tests permettent d'identifier les mutations présentes dans les gènes responsables de la réplication du virus (TI, protéase, intégrase ...). Après PCR, le séquençage des gènes est la technique de référence. Il y a ensuite une analyse de la séquence par comparaison avec la séquence de référence. Il est recommandé de réaliser ces tests lors du diagnostic de l'infection à VIH ou avant l'initiation du traitement, ils permettent de fonder le choix du premier traitement. Ils sont aussi indiqués en cas d'échecs thérapeutiques (deux charges virales supérieures à 50 copies/mL).

6.2.5. Les évolutions

Depuis le 21 décembre 2021, une première **bithérapie antivirale injectable à libération prolongée** est disponible dans les pharmacies de France. Ce traitement est à base de deux molécules : le Cabotegravir (Vocabria®) et la Rilpivirine (Rekambys®). (21)(22)

Cette bithérapie injectable est destinée à toutes les personnes vivant avec le VIH qui ont une infection contrôlée. En effet, sa mise en place est possible lors d'une stratégie de *switch* (optimisation thérapeutique) chez des patients prétraités et virologiquement contrôlés (charge virale inférieure à 50 copies/mL depuis au moins 6 mois) par trithérapie conventionnelle. Le passage à la bithérapie injectable à libération prolongée est alors une option thérapeutique pour ces patients. La décision de changement est à prendre avec son infectiologue, car cela dépend avant tout de l'histoire virologique et thérapeutique de la personne, et chaque cas est particulier.

Ce traitement est contre indiqué chez les personnes dont la souche de VIH a connu des résistances et/ou des échecs thérapeutiques, et chez les patients sous anticoagulants. De plus, il n'est pas recommandé chez la femme enceinte.

La mise en place de cette bithérapie se fait dans un premier temps par voie orale pendant 1 mois. C'est la phase d'instauration afin d'évaluer la bonne tolérance. Puis on parle de « séquences » d'injections car, à chaque rendez-vous, deux injections ont lieu. Il s'agit d'une injection intramusculaire (IM) dans chaque muscle fessier. Au début du traitement, deux séquences d'injections ont lieu à un mois d'intervalle (dose de charge), puis une séquence a lieu tous les deux mois. Les trois premières séquences doivent avoir lieu en milieu hospitalier puis la personne peut continuer en ville. En résumé, il y a trois rendez-vous hospitaliers en quatre mois, puis ensuite, tous les deux mois en ville.

La bithérapie existe aussi en comprimés oraux (donc le relai est possible en cas de longs voyages par exemple). Il y a une fenêtre de flexibilité de 7 jours possible en cas de rendez-vous manqué.

Les effets indésirables recensés sont majoritairement des douleurs aux points d'injections et des réactions locales (nodules) pendant deux à trois jours. Cependant, il y a moins d'effets indésirables digestifs constatés qu'avec la prise de comprimés quotidiens.

Il n'y a pas de différence dans le suivi du patient. Un bilan sanguin, tous les six mois, doit avoir lieu pour vérifier la charge virale et les lymphocytes CD4 (entre autres).

7. Campagnes de prévention et associations de lutte contre le VIH

7.1. L'histoire de la prévention du VIH

Le SIDA a bouleversé, en France, les modèles de prévention, et au-delà, les campagnes d'éducation habituelle. L'émergence du SIDA avec ses dimensions inédites, obligeait les institutions à aborder des **thèmes délicats** relevant de l'intime et de la marginalité. Des critiques très sévères ont porté sur le ton publicitaire employé dans les années 1980-1990 ; le langage était direct, clair, et attaquait de front des thèmes sensibles. (23)

Les réflexions suscitées par l'épidémie VIH ont soulevé des questions multiples dépassant le seul champ de la santé, par exemple :

- La reconnaissance sociale des usagers de drogues,
- La lutte contre la sérophobie (le rejet et la discrimination des personnes séropositives), contre l'homophobie ...

7.1.1. Dans les années 1980

Les premiers cas d'infection au VIH sont apparus en France en **1981**.

En août 1983, la première association française de lutte contre le SIDA : **Vaincre le sida** (VLS) est créé par le docteur Patrice Meyer.

Débute dans l'année 1984 « **l'affaire du sang contaminé** » (les dernières procédures se sont terminées seulement en 2003). Des lots de sangs contaminés ont été distribués entre 1984 et 1985. En effet, alors que l'on découvre, en fin d'année 1984, que le chauffage d'extraits de plasma permettait d'inactiver le virus, en France, des produits non chauffés étaient distribués ces années-là. (24)

En 1985, le tout **premier test de dépistage** est disponible sur le marché par les laboratoires Sanofi/Pasteur et Abbott. Le dépistage du VIH devient alors obligatoire en France, lors des dons de sang, de spermes et d'organes.

De plus, à cette même période, les associations font des demandes, auprès du ministère de la santé, pour autoriser **la publicité pour les préservatifs**. Elle est alors interdite car les capotes sont assimilées réglementairement à des médicaments. L'autorisation de la publicité pour les préservatifs aura lieu l'année suivante.

Les associations demandent aussi **la vente libre de seringues**, afin de limiter les infections chez les usagers de drogues. Cela suscite de vives oppositions chez les politiques et les médecins. La mise à disposition en pharmacie des seringues en vente libre aura finalement lieu en 1986.

En 1986, le VIH/SIDA est intégré à la liste des maladies à déclarations obligatoires et rejoint la liste des affections longue durée (ALD), ce qui ouvre des droits à une prise en charge à 100% par la sécurité sociale.

L'année suivante, la campagne du comité français d'éducation pour la santé, « **Le SIDA, il ne passera pas par moi** », marque les esprits (certainement due à son slogan, Figure 10).



Figure 10 : Affiche de la campagne du comité français d'éducation pour la santé, de 1987 « le SIDA, il ne passera pas par moi » (25)

Cette même année, en 1987, l'AZT est mise à disposition. La prise en charge thérapeutique du VIH se met réellement en place.

Aussi, en 1989 des centres de dépistage sont créés (CDAG – Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH/SIDA).

Pour finir, l'OMS annonce que le **1^{er} décembre** sera désormais la date de la journée mondiale contre le SIDA.

7.1.2. Dans les années 1990

En 1991, Freddie Mercury, chanteur légendaire du groupe britannique *Queen*, décède des suites d'une pneumonie liée au SIDA.

L'année suivante, la sécurité sociale annonce le remboursement à 100% de tous les tests de dépistages du VIH. De plus, de nouveaux ARV sont disponibles en France.

L'année 1992 est aussi marquée par la sortie dans les salles du film « *Les nuits fauves* » de Cyril Collard, ouvertement séropositif. Le film fait polémique car des thèmes comme l'homosexualité et la drogue sont abordés en profondeur. Or, ce film connaît un réel succès populaire et remporte le prix du film de l'année aux Césars en 1993.

Le 1^{er} décembre 1993, les militants-es de *Act-up* Paris habillent l'obélisque de la place de la Concorde d'un préservatif rose géant (Figure 11). Cette image fait le tour des médias et sensibilise la population sur l'utilisation du préservatif dans la lutte contre l'épidémie.



Figure 11 : Préservatif rose géant placé sur l'obélisque de la Concorde, à Paris, 1er décembre 1993
(26)

Le 7 avril 1994, la première édition du **Sidaction** est organisée par l'association « Ensemble contre le SIDA ». C'est un succès qui permet de collecter 41 millions d'euros.

Cette même année est créé **ONUSIDA**, un programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Celui-ci permet la coordination des actions des différentes agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA.

L'année **1996** marque un tournant crucial dans la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH : c'est l'année **des premières trithérapies**. Puis, en octobre 1997, les ARV sont disponibles dans pharmacies de ville (avant ils l'étaient seulement en pharmacies hospitalières). Le traitement d'urgence (traitement post-exposition ou TPE) est aussi mis en place mais seulement pour les professionnels de santé. Ce traitement permet d'éviter une contamination lorsqu'il y a eu une exposition au VIH.

Enfin, en 1999, pour la première fois en France, le préservatif interne Fémidom est commercialisé, ce qui permet aux femmes d'être protégées, même si leur partenaire refuse d'utiliser un préservatif masculin.

7.1.3. Dans les années 2000

Le début de ces années est marqué par l'apparition des **lipodystrophies** (anomalies de répartitions des graisses), apparues après 2-3 ans de prise de certains ARV. Ces effets indésirables sont visibles et redoutés car ils « signent » le fait que la personne vit avec le VIH. Ils sont donc discriminants pour de nombreuses personnes.

En 2001, les associations appellent au **boycott du laboratoire Roche** (Figure 12). En effet, elles dénoncent l'accès très limité à une nouvelle molécule T-20 (Enfuvirtide), qui appartient à une nouvelle famille d'ARV, les inhibiteurs d'entrée. À cette période, la situation est délicate pour de nombreux patients qui sont en impasse thérapeutique, car pour eux, les trithérapies disponibles ne sont plus efficaces. Cette nouvelle molécule apparaît alors comme un espoir. Cependant, le laboratoire Roche tarde à rendre accessible ces nouvelles thérapies.



Figure 12 : Appel au boycott du laboratoire Roche par les associations, en 2001 (27)

Plus tard, en 2006, est lancée la première campagne de communication contre la sérophobie : « Si j'étais séropositif » (Figure 13).

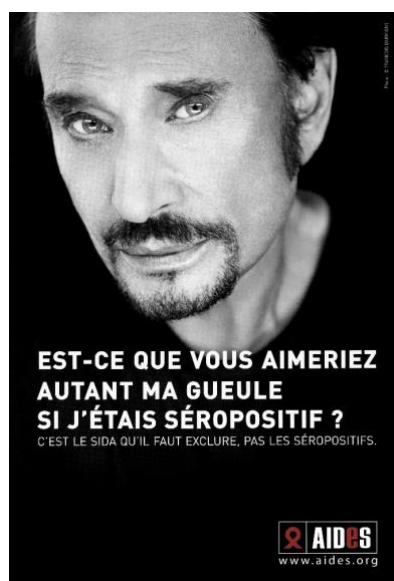


Figure 13 : Campagne d'AIDES de 2006 contre la sérophobie « Si j'étais séropositif » (27)

Un bulletin suisse surnommé aujourd'hui « **l'avis suisse** », annonce en 2007 que : « *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune MST et suivant un traitement ARV efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle* ». C'est le point de départ de **TasP** (*Treatment as Prevention* ou le traitement comme prévention en Français). En 2008 en France, les institutions s'inquiètent et estiment que « l'avis suisse » est prématuré. La question de la transmission est centrale dans la vie d'un séropositif. La reconnaissance en France du TasP aura lieu en 2009. Ainsi, les personnes atteintes par le VIH sous traitement ARV et avec une charge virale indétectable, ne transmettent plus le virus et ceci, même lors de rapport sexuel sans préservatif. C'est un outil novateur dans la lutte contre l'épidémie.

Enfin, les années 2000 sont aussi marquées par la médiatisation du premier cas de « guérison » fonctionnelle du VIH, connu sous le nom du « **patient de Berlin** » (Timothy Ray Brown, son nom est rendu public deux ans plus tard). Le patient avait un VIH sous contrôle grâce aux traitements ARV, puis il a subi une greffe de cellules souches d'un donneur qui a une mutation génétique rare lui conférant une résistance naturelle au VIH. Ceci est un symbole d'espoir de guérison.

7.1.4. Dans les années 2010

Un nouvel outil de prévention est au cœur des discussions internationales : la **PrEP** (*Pre-Exposure Prophylaxis*, en français prophylaxie pré-exposition). Ainsi, une personne non infectée par le VIH, pourrait utiliser des médicaments ARV en prévention, lors de comportement à risque. Le TRUVADA® est approuvé en PrEP par la FDA américaine (*Food and Drug Administration*) chez les personnes exposées à des risques élevés d'infection VIH en

2012. En France, la PrEP sera autorisée en RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) à partir de janvier 2016. Cela permet au médecin de prescrire le TRUVADA®, en dehors de son AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), c'est-à-dire de le prescrire en prévention de l'infection à VIH. Puis en février 2017, le TRUVADA® obtient une AMM en tant que PrEP. De plus, 2018, est sans conteste, l'année de la PrEP avec une victoire du monde associatif sur le laboratoire Gilead. Les génériques du TRUVADA® peuvent être commercialisés en France. Les premières campagnes nationales grand public pour promouvoir la PrEP sont alors lancées (Figure 14).



Figure 14 : Première campagne d'information et de promotion de la PrEP, « PrEP 4 love » (28)

En mars 2013, le conseil national du SIDA se prononce en faveur de la mise à disposition **d'autotest VIH** (après deux avis défavorables en 1998 et 2002). Les autotests de dépistage sont disponibles depuis septembre 2015 en pharmacie.

La campagne « Révélation » lancée par AIDES en 2016, est la première campagne grand public sur le TasP (Figure 15). Elle affirme qu'une personne séropositive sous traitement ne transmet pas le VIH.

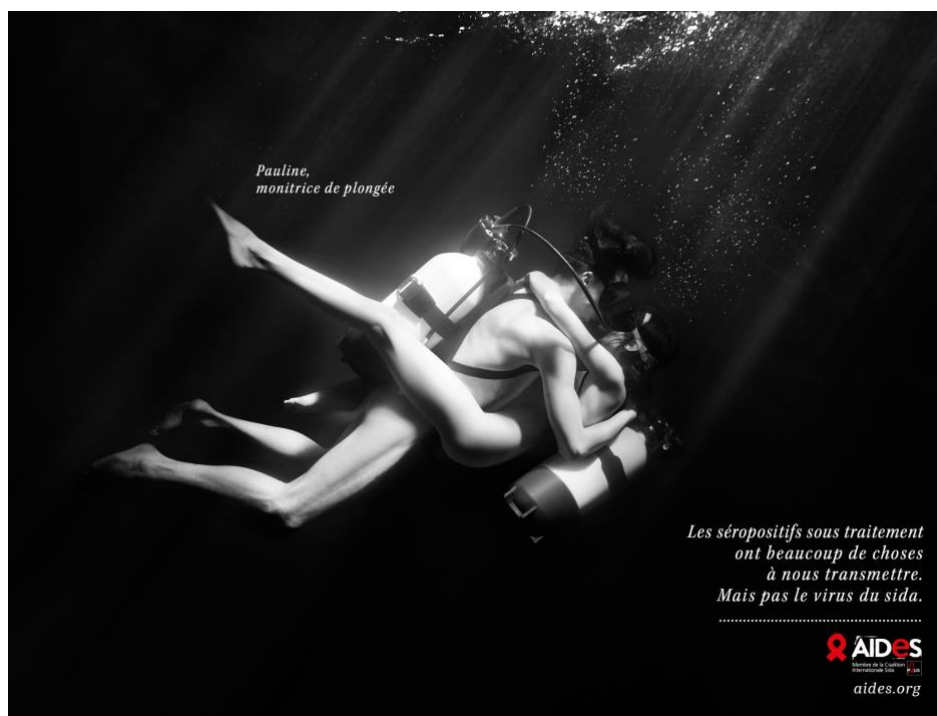


Figure 15 : Première campagne d'information sur le TasP, « Révélation » par AIDES (29)

Pour finir, en décembre 2018, le ministère de la santé annonce le remboursement des préservatifs lorsqu'ils sont prescrits.

7.1.5. Et maintenant ?

Jusqu'à janvier 2020, il y avait des raisons d'être optimistes car la lutte contre le VIH/SIDA était dynamique et efficace, mais la pandémie de Covid-19 est arrivée... Bien que l'impact de cette pandémie mondiale soit difficile à estimer, il a été constaté que depuis janvier 2020 le nombre de dépistages a diminué (alors qu'il était en hausse depuis 2013). Les initiations de PrEP ont aussi accusé un retard alors qu'avant elles étaient en hausse constante. Les initiations de traitements ont également baissé (de près de 20% entre mars 2020 et avril 2021), ce qui risque d'engendrer une augmentation des prises en charges tardives des personnes atteintes.

Même s'il y a aujourd'hui beaucoup d'outils disponibles pour mettre fin à l'épidémie de VIH/SIDA (dépistage, préservatif, PrEP, *TasP* et TPE ...), il manque toujours un **vaccin**. Cependant, les avancées scientifiques incroyables obtenues lors du développement de la vaccination par ARN contre la Covid-19 pourraient peut-être faciliter le développement d'un vaccin contre le VIH. Un espoir est permis.

Un monde où le VIH serait un virus comme les autres est-il possible ?

Chaque jour dans le monde, des milliers de personnes contractent le virus. Ces personnes vont vivre et vieillir avec le VIH pendant de nombreuses années et parfois

transmettre le virus sans le savoir, ni le vouloir. Le VIH/SIDA ne pourra donc pas disparaître du jour au lendemain.

L'enjeu majeur est bien sûr de contrôler l'épidémie à l'échelle mondiale pour peut-être, un jour, arriver à zéro transmission.

Malgré la vitesse des avancées thérapeutiques majeures et nombreuses, le regard de la société sur les personnes vivant avec le VIH évolue-t-il aussi vite ? La lutte contre la sérophobie reste un enjeu majeur : sera-t-il possible un jour, qu'annoncer que l'on vit avec le VIH soit aussi banal que d'annoncer que l'on a un diabète ou de l'hypertension ?

7.2. Quelques associations françaises de lutte contre le VIH

Les associations ont par leurs actions, engrangé plusieurs victoires. Toutes, à leurs manières, participent à la prévention et contribuent à donner une visibilité sociale au SIDA.

Dans la première décennie de l'épidémie de VIH, l'image du SIDA associait sexe, sang et mort. Sous l'impulsion des associations de lutte contre le SIDA, il y a eu le développement d'une information/éducation, de la prévention et de la lutte contre les discriminations, de la prise en charge des patients ...

Ils existent de nombreuses associations qui proposent des conseils ou des services utiles aux personnes qui veulent s'informer sur le VIH. Malheureusement, elles ne pourront pas être toutes citées dans cette partie. J'ai choisi de présenter, trois associations qui ont été majoritairement citées dans l'enquête (Partie 3).

7.2.1. Sidaction

Né en avril 1994, le Sidaction, association de lutte contre le SIDA est reconnue d'utilité publique, portait le nom de « Ensemble contre le sida ». Cette association avait pour objectif le développement de programmes de recherche et d'aide aux malades. Pour la première fois dans l'histoire de la télévision, les grandes chaînes françaises font front commun et offrent un programme unique : le **sidaction**. Le résultat de cet événement est impressionnant : 23 millions de téléspectateurs et 45 millions d'euros collectés. (30)

L'association a été rebaptisée Sidaction en 2005, son but est de réunir la recherche et le milieu associatif.

Les principaux axes d'action du Sidaction sont :

- Un soutien à la recherche (mise en place de financement pour la recherche),
- Des actions en France (en métropole et dans les départements français d'Amérique) avec des projets d'aide aux malades, de prévention ...
- Des actions internationales, en accordant une partie des dons collectés à des associations et à des programmes d'aide aux malades en Afrique, Europe de l'Est et Asie.

7.2.2. AIDES

L'association AIDES, a été créée en 1984 par le sociologue Daniel Defert, au décès de son compagnon Michel Foucault des suites du SIDA. (31)

Le nom AIDES résulte de la fusion entre « aide » en français et « *aids* » qui signifie SIDA en anglais. Les principes de l'association sont : respect, indépendance, confidentialité et non-jugement. L'objectif principal est de faire évoluer les réponses sociales, thérapeutiques et politiques apportées aux personnes touchées ou vulnérables au VIH et aux hépatites. En effet, à travers son maillage national, AIDES mène des actions d'information et de prévention, par exemple, en distribuant du matériel de prévention, en organisant des campagnes de sensibilisation, en éditant des guides et des revues ... De plus, AIDES a un rôle d'accompagnement et de soutien grâce aux groupes de paroles et apporte un accompagnement thérapeutique et judiciaire.

7.2.3. Act-up Paris

C'est une association de lutte contre le sida, les hépatites virales et les autres IST, qui milite également pour les droits des minorités sexuelles et de genres. (32)

Act-up New York a été fondée en 1987, puis Act-up Paris a vu le jour. L'association est active depuis 1989.

Les deux objectifs concrets de l'association sont :

- Éviter toute nouvelle contamination en obtenant la mise en place d'une stratégie ambitieuse de prévention combinée, déclinée en direction des différents publics concernés par l'épidémie.
- Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH en luttant contre toutes les discriminations dont elles sont victimes.

C'est cette association qui est notamment représentée dans le film « *120 battements par minute* », de Robin Campillo. Elle est aussi connue pour ses actions « chocs », elle est plus activiste et plus marquée dans sa communication que d'autres associations.

PARTIE 2 : Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité, il occupe donc une place essentielle dans la **prévention** et la **sensibilisation**. Il est accessible sur l'ensemble du territoire, disponible sans rendez-vous et sur une grande amplitude horaire ... De ce fait, il est souvent sollicité en premier recours. De plus, le pharmacien est un acteur dans la réduction des contaminations à VIH, il a un rôle essentiel dans la **prévention** et **l'information** des patients. Aussi, la prévention du VIH ne se limite pas à la simple utilisation de préservatifs. On parle maintenant de **prévention combinée ou diversifiée**.

La prévention combinée est la possibilité d'associer plusieurs outils de prévention en fonction de sa situation, de ses besoins, de ses pratiques ou de son mode de vie. L'intérêt est d'élargir le choix des stratégies de prévention, pour que chacun utilise la stratégie la mieux adaptée pour se protéger et protéger ses partenaires du VIH. De plus, selon le moment, les pratiques sexuelles, les envies, les situations ... un outil pourra être préféré ou plus adapté qu'un autre. Il n'existe pas de modèle unique de prévention combinée. Celle-ci permet à chacun de maîtriser sa prévention avec **un pouvoir de décision et d'autonomie**.

La prévention combinée comprend entre autres :

- L'usage de préservatifs
- Le dépistage
- Le TPE (traitement post-exposition)
- Le TasP (traitement comme prévention)
- La PrEP (prophylaxie pré-exposition)
- La réduction des risques chez les usagers de drogues
- Les campagnes et actions de communication ...

Aucune mesure de prévention ne peut arrêter à elle seule l'épidémie. Cependant, en **combinant** plusieurs mesures, il est possible de mener une lutte efficace contre le VIH. De plus, l'un des enjeux de la prévention combinée est de communiquer sur ses outils et d'élargir le champ de connaissances du grand public.

Le pharmacien d'officine doit être capable de fournir des informations claires et précises aux patients. Pour cela, il doit se munir de supports qui peuvent être accessibles en libre accès ou distribués au patient si besoin. **Cespharm** met gratuitement des supports d'informations pertinents et actualisés qui peuvent aider le pharmacien dans cette mission. (33)

Le pharmacien doit aussi orienter le patient vers des structures de dépistages et de soins adaptées à sa situation. En effet, depuis 2016 des **CeGIDD** ont été mis en place, il s'agit de centres gratuits d'informations de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Les **CeGIDD** regroupent ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2016, les CDAG, centres de dépistage anonymes et gratuits, et les CIDDIST, centres d'information, de dépistage, de diagnostic des IST. Cette fusion offre aux CeGIDD une approche plus globale de la sexualité.

Ces centres proposent, de manière anonyme ou nominative :

- Des tests de dépistage des IST (prise de sang, examens d'urines, prélèvements vaginaux ...) ; et notamment des **tests de dépistage du VIH**
- Un diagnostic clinique des IST et leur traitement sur place
- Le TPE

- La PrEP
- Certaines vaccinations (hépatite A, hépatite B et papillomavirus HPV).

En plus de ses actions, les CeGIDD dispensent aussi des conseils sur la sexualité, la contraception, les IST, les violences ... Ils peuvent aussi fournir du matériel de prévention et des documents d'informations. Des prises en charge psychologique, sexologique et sociale peuvent aussi être possibles.

Ces centres sont ouverts à tous, y compris aux mineurs, aux personnes de nationalités étrangères et aux personnes sans sécurité sociale. Il existe au moins un CeGIDD par département, pour trouver le centre le plus proche, il existe un annuaire cartographique. (34)

1. Réduire les risques de contamination

1.1. Réduire le risque par voie sexuelle

Le pharmacien a un rôle primordial, notamment d'éducation, de conseil et d'orientation en **santé sexuelle**. Il faut prendre le temps de questionner le patient. Cela peut permettre de comprendre le contexte pour mieux conseiller et informer. Cependant, il faut aussi être conscient qu'aborder le sujet de la sexualité n'est pas toujours facile. (35)

Les rapports sexuels à moindre risque nécessitent l'utilisation correcte et systématique d'un **préservatif**, cela vaut aussi pour les pratiques sexuelles orales et sans pénétration (*Voir 2.*). L'utilisation de préservatif est importante pour prévenir du VIH mais aussi de toutes les autres IST (*chlamydia*, hépatite, gonocoque ...).

Le pharmacien a aussi un rôle de lutte contre la **sérophobie** et les **fausses croyances**. En effet, les moyens existants contre la transmission du VIH ne sont pas toujours connus par le grand public. Ainsi, avoir des relations sexuelles avec une personne vivant avec le VIH est sans danger, si la charge virale est rendue indétectable par un traitement. C'est ce qu'on appelle le **TasP** (*Voir 4.*).

Le risque de transmission du VIH est aussi très faible si le patient prend une **PrEP** (*Voir 5.*).

Il faut aussi savoir que deux personnes vivant avec le VIH, ayant une charge virale détectable mais souhaitant avoir des relations sexuelles exclusives non protégées, prennent le risque d'être infectés par une autre souche. Donc, même dans une telle situation, il faut respecter les mesures de prévention.

Le pharmacien doit aussi être en mesure d'orienter le patient en cas de relation sexuelle à risque. La prise d'un traitement post-exposition (**TPE**) est possible aux urgences 24h/24 et 7j/7. Certains CeGIDD peuvent aussi délivrer un TPE (*Voir 3.*).

1.2. Réduire le risque par voie sanguine

On entend par **accident d'exposition au sang** (AES) : (36)

- Les accidents d'exposition sexuelle ;
- Les accidents d'exposition au sang, ou à un liquide biologique contaminé par du sang, survenant le plus souvent chez un professionnel de santé ;
- Les accidents d'exposition au sang survenant chez les usagers de drogues, en cas de partage de matériel d'injection.

1.2.1. Accidents d'exposition sexuelle au sang

Il s'agit de rapports sexuels non protégés « **traumatiques** », c'est-à-dire qu'ils provoquent des micro-saignements et/ou des microlésions au niveau des muqueuses génitales ou anales chez l'un ou chez les deux partenaires. En effet, des éléments qui sont susceptibles de créer une « brèche » dans la muqueuse génitale ou anale, donc de provoquer des saignements, augmentent le risque de transmission du VIH. (37)

Il est donc important de rappeler l'usage d'un **lubrifiant**, un gel à base d'eau ou de silicone, pour réduire ce risque de traumatisme.

Le risque de transmission augmente aussi si un rapport sexuel a lieu pendant les **règles**.

1.2.2. Accidents d'exposition au sang

Un AES est défini comme un contact avec du sang ou un produit biologique contaminé, lors d'une effraction cutanée (piqûre, coupure), d'une projection sur des muqueuses (yeux, bouche) ou sur une peau lésée. Ces expositions ont majoritairement lieu chez les **professionnels de santé**. (38)

Des précautions universelles existent et doivent être adoptées par les professionnels de santé pour éviter une potentielle contamination par le VIH :

- Manipuler et éliminer correctement les instruments tranchants (dont les aiguilles, les scalpels, les nécessaires de perfusion ...).
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau avant et après chaque intervention.
- Utiliser un équipement de protection en cas de contact direct avec le sang ou les fluides corporels (gants, blouse, masque, lunettes ...).
- Éliminer correctement les déchets contaminés avec du sang ou d'autres fluides corporels.
- Désinfecter correctement les instruments et autres équipements contaminés.

Il est important de garder à l'esprit que cette contamination est possible, cependant elle est **rare**. Le risque de transmission du VIH lors d'une blessure par matériel souillé, dans le cadre de soin, a été estimé à 0,32% en l'absence de traitement ARV chez la personne source. (39)

J'ouvre une parenthèse sur le **don de sang par les personnes homosexuelles**, car récemment il y a eu une grande avancée en France. En effet, depuis le 16 mars 2022, les hommes ayant des relations homosexuelles sont autorisés à donner leur sang, **sans période d'abstinence**. Un arrêté publié au Journal Officiel le 13 janvier 2022, supprime toute référence au genre des partenaires sexuels dans la sélection des candidats au don. (40)

De 1983 à 2016, le don était interdit aux hommes homosexuels. Puis, en juillet 2016, ils pouvaient accéder au don de sang si une période d'abstinence sexuelle de 1 an était respectée. Puis en 2019, cette période d'abstinence a été ramenée à quatre mois.

Cependant, depuis mars 2022, il n'y a plus aucune référence à l'orientation sexuelle dans les questionnaires préalables au don. En revanche, un donneur doit informer s'il a un traitement, PrEP ou TPE contre le VIH. Si oui, le don de sang sera reporté de quatre mois.

C'est une grande avancée dans la lutte contre les discriminations.

1.2.3. Accidents d'exposition chez les usagers de drogues

La consommation de drogue par injection, le plus souvent par voie intraveineuse, est risquée, que ce soit de la préparation de l'injection à sa réalisation. En effet, toutes les étapes peuvent être sources de contamination, en plus du produit lui-même. Les consommateurs de drogues injectables (ou usagers UDI) peuvent prendre certaines précautions pour réduire les risques pour leur santé et pour la santé publique :

- Prise orale de drogues (passer de drogues injectables à orales)
- Ne pas réutiliser ou partager des seringues, de l'eau ou de l'équipement pour préparer la drogue
- Utiliser une nouvelle seringue (STERIBOX® disponible en pharmacie)
- Lors de la préparation de la drogue, utilisez de l'eau stérile ou propre venant d'une source fiable
- Utiliser un coton neuf avec du désinfectant pour nettoyer la peau avant l'injection

Les usagers de drogues constituent une population dont on parle peu actuellement dans les campagnes de prévention sur le VIH, alors que des données récentes montrent que la situation des UDI vis-à-vis du VIH reste préoccupante. La vigilance doit être maintenue. Des politiques de réductions des risques ont été mises en place afin de favoriser l'accès aux seringues, mais aussi le développement des salles de consommation à moindres risques. Ces éléments combinés à des mesures permettant l'accès aux soins et au sevrage, ainsi que l'amélioration de la situation sociale pour les usagers de drogues injectables, sont indispensables afin d'agir efficacement sur la diminution de l'exposition du VIH.

De plus, depuis la fin des années 2000, une nouvelle pratique s'est développée : le « **chemsex** » ou « sexe sous drogue ». Il s'agit de l'usage de produits psychoactifs dans un cadre sexuel, en particulier chez les hommes ayant des relations avec des hommes. On parle aussi de « slam » pour l'usage intraveineux de substances psychoactives dans un contexte sexuel. (41)

Le pratique du chemsex, en plus des risques liés à l'usage de drogue (dépendance, troubles du comportement, risques cardiovasculaires et cardiorespiratoire ...), réduit le niveau de vigilance. Cela peut, par exemple, conduire à abandonner le préservatif, à ne plus suivre sa PrEP ou son TasP contre le VIH. De plus, la pratique du chemsex peut amener à des « *black-out* » qui peuvent retarder la prise d'un TPE au VIH, si celui-ci était nécessaire.

En pharmacie, nous devons continuer à encourager l'utilisation de matériel à usage unique, type **Stéribox®**, pour les usagers de drogues injectables afin de réduire le risque de transmission du VIH et des hépatites virales.

1.3. Réduire le risque de transmission mère-enfant

La **santé reproductive**, qui comprend à la fois la prévention des grossesses non désirées et le désir légitime de devenir parents, occupe une place importante chez les femmes et les hommes vivants avec le VIH.

Ainsi, le désir d'avoir un/des enfant/s doit être abordé **précocement** dans le suivi d'une personne vivant avec le VIH. En effet, il faut anticiper la baisse de fertilité liée à l'âge et limiter les prises de risques par ignorance. (42)

1.3.1. Le désir d'enfant

Lorsqu'une personne vivant avec le VIH désire un enfant, un **suivi pré conceptionnel** doit être mis en place. Le but est de préparer la grossesse en préservant la santé des membres du couple et le futur enfant.

L'objectif prioritaire est, dans la majorité des cas, de maintenir ou d'obtenir une **charge virale indétectable** c'est-à-dire inférieure à 50 copies/mL.

Aujourd'hui, la **procréation naturelle avec le TasP** est considérée comme la première option. Le principal risque est que la procréation naturelle soit tentée par des couples mal informés. Ainsi, la procréation doit être accompagnée médicalement et certaines conditions sont à respecter :

- Des conditions virologiques : un traitement antirétroviral doit être pris au long cours, avec une bonne observance, permettant une charge virale indétectable depuis au moins 6 mois chez le partenaire séropositif.
- Des conditions locales : une absence d'infection, d'inflammation et de plaie génitale chez les deux partenaires doit être vérifiée. Il peut être nécessaire d'expliquer l'importance d'éviter les irritations des muqueuses (en conseillant l'emploi d'un gel lubrifiant par exemple).
- Des conditions de fertilité : ces conditions sont évaluées au minimum par une discussion lors d'une consultation. On recherche des antécédents d'infertilité féminine ou masculine, des cycles menstruels irréguliers (voire aménorrhée) ...

L'**assistance médicale à la procréation** (AMP), qui a joué un rôle important pendant des années, est essentiellement aujourd'hui indiquée en cas de trouble de la fertilité. En effet, l'assistance médicale à la procréation a pour principale indication de traiter une infertilité.

Le **dépistage sérologique** de l'infection à VIH doit être **systématiquement proposé**, chez **toutes** les femmes, à l'occasion du premier examen prénatal. Cependant, la femme enceinte peut refuser le test.

Le dépistage sérologique du VIH doit aussi être proposé chez le futur père. En effet, en cas d'infection méconnue, une primo-infection maternelle peut survenir pendant la grossesse entraînant un risque élevé de transmission du virus à l'enfant. Ainsi, en France parmi les enfants nés infectés par le VIH, la principale cause est la survenue de l'infection chez la mère au cours de la grossesse (ou de l'allaitement) alors qu'elle était séronégative au début de grossesse.

1.3.2. La grossesse

Le **contrôle de la charge virale** est le moyen le plus efficace pour prévenir la transmission mère-enfant (TME). Aujourd'hui, la majorité des femmes enceintes vivant avec le VIH ont un traitement antirétroviral au long cours avant de débiter la grossesse. Cependant, si la femme n'est pas encore traitée, la mise en place d'un traitement est toujours indiqué.

L'impact des antirétroviraux sur la grossesse est assez peu documenté car il y a peu de recul et les résumés des caractéristiques du produit (RCP) sont peu informatifs. En effet, la prise de traitement antirétroviral pendant la grossesse est assez récente. Le premier essai clinique de prophylaxie périnatale date de 1994. Cet essai a été réalisé avec un seul antirétroviral (la Zidovudine), et cela permettait une réduction de 67% du taux de transmission mère-enfant du VIH (en l'absence d'allaitement). (43)

Aujourd'hui, le choix de première intention reste la **trithérapie** avec deux INTI et un IP associée au Ritonavir. En revanche, on suspecte que l'Efavirenz soit à risque tératogène. Cette molécule est donc contre-indiquée au 1^{er} trimestre. Aussi, avec le Dolutégravir il y a des risques d'anomalie de fermeture du tube neural. Cette molécule n'est donc pas utilisée chez les femmes enceintes.

Si la femme enceinte est déjà sous traitement, celui-ci doit être poursuivi et éventuellement adapté pour éviter les molécules nocives pour le fœtus.

Chez une femme enceinte qui ne reçoit pas encore de traitement, ou découvrant sa séropositivité à l'occasion de la grossesse, la mise en place d'ARV doit être envisagée le plus tôt possible, de préférence avant la conception ou dès le premier trimestre. Il faut s'assurer que la patiente a compris et accepte de prendre régulièrement un traitement jusqu'à l'accouchement, et même après.

Dans tous les cas, un **suivi pluridisciplinaire** est recommandé car il s'agit de grossesses à risques. En effet, il existe plusieurs dangers :

- En cas d'échappement virologique, les conséquences peuvent être potentiellement graves.

- Des toxicités peuvent être possible à cause des antirétroviraux.
- Le taux de complication est élevé, notamment en cas d'accouchement prématuré.

La patiente doit cependant rester **impliquée** dans les décisions et recevoir une information claire et individualisée.

À la pharmacie, nous devons aussi informer les femmes vivant avec le VIH enceintes ou en désir de grossesse, qu'un **pictogramme** exprimant un risque pour le fœtus peut figurer sur le conditionnement de certains médicaments antirétroviraux. Cependant, cela ne doit pas conduire à interrompre ou à ne pas débuter un traitement, la balance bénéfices/risques étant favorable à la protection de l'enfant.

1.3.3. L'accouchement et le nouveau-né

Le jour de l'accouchement et en *post-partum*, il est recommandé de poursuivre le traitement antirétroviral oral, comme chez toute personne infectée par le VIH.

Selon la charge virale de la mère, le **mode d'accouchement** recommandé est différent (42) :

- Si la charge virale est supérieure à 400 copies/mL, une césarienne est recommandée (rôle protecteur).
- Si la charge virale est inférieure à 50 copies/mL, l'accouchement par voie basse est recommandé (en l'absence de contre-indication obstétricale).
- Si la charge virale est entre 50 et 400 copies/mL, une discussion au cas par cas est nécessaire.

Dans tous les cas, le risque de transmission mère-enfant augmente dès que la charge virale est détectable.

En ce qui concerne la prise en charge du nouveau-né, les antirétroviraux ne sont pas recommandés si la mère a reçu un traitement antirétroviral efficace durant la grossesse, avec une charge virale inférieure à 400 copies/mL et si l'accouchement s'est déroulé sans complication. En revanche, dans les autres cas, l'utilisation d'antirétroviraux pendant les premières semaines de vie de l'enfant peut permettre d'éviter une transmission mère-enfant.

Il est important de poser le diagnostic de non-infection ou au contraire d'infection du nourrisson, le plus rapidement possible. Le diagnostic chez le nourrisson repose sur la détection du **génom viral** puisque la présence d'anticorps maternels empêche l'approche sérologique. La recherche doit être effectuée à la naissance (J0-J3), à 1, 3 et 6 mois. On pose le diagnostic d'infection à VIH chez le nouveau-né s'il y a deux prélèvements positifs quel que soit le moment des prélèvements. Par contre, pour affirmer l'absence d'infection, ce sera différent : il faudra deux prélèvements négatifs après l'âge d'un mois.

En post-natal, on cherche aussi à dépister à court, moyen et long terme la toxicité des antirétroviraux auxquels le nouveau-né a été exposé (surveillances notamment hématologiques, hépatiques, pancréatiques et musculaires).

1.3.4. L'allaitement :

Aujourd'hui, **l'allaitement artificiel** reste toujours la seule prévention totalement efficace de la transmission post-natale. Ce mode d'allaitement n'expose à aucun risque la santé de l'enfant. L'allaitement maternel est contre-indiqué en France chez les femmes infectées par le VIH.

En dehors de la grossesse, il est aussi important d'aborder la question de la **contraception** chez les femmes vivant avec le VIH. Il est nécessaire que chaque femme puisse choisir une contraception fiable, bien tolérée et adaptée. Le mode de contraception peut évoluer au cours du suivi et de la vie affective et sexuelle de la femme.

La question des interactions des contraceptifs hormonaux avec certains antirétroviraux est un élément important pour le choix de la contraception. De telles interactions ne semblent pas réduire l'efficacité du traitement antirétroviral, mais pourraient dans certains cas diminuer l'efficacité des contraceptifs. Cependant, ce sujet est peu documenté voir peu étudié.

2. Les préservatifs

2.1. Les préservatifs masculins

Le préservatif masculin joue un rôle majeur dans la lutte contre l'épidémie de VIH, il reste aujourd'hui un outil **indispensable** dans le contexte de prévention diversifiée, en particulier parce qu'il est le seul à **protéger de toutes les IST**. Il est donc nécessaire d'en poursuivre la promotion, d'en faciliter l'offre et d'en permettre l'apprentissage dès l'entrée dans la sexualité. Aussi, il est essentiel que chaque personne puisse facilement s'en procurer, sache le proposer et l'utiliser.

De plus, le préservatif reste le seul moyen de prévention du VIH et des autres IST, accessible à tous, hommes ou femmes, que ce soit pour les relations entre hommes, ou les relations hétérosexuelles.

Comment mettre un préservatif masculin (44) (Figure 16) :

- **Ouvrir** l'emballage uniquement lorsque l'individu est prêt à l'utiliser (sinon il va sécher). Il faut faire attention de ne pas le déchirer ou l'endommager. Aussi, il n'est pas recommandé d'ouvrir l'emballage avec les dents ou des ciseaux.
- Mettre le préservatif dès le début de la pénétration. Attention, le liquide pré-séminale et les sécrétions vaginales peuvent transmettre le VIH, donc il ne faut pas mettre le préservatif juste avant l'éjaculation.

- Dans leur emballage, les préservatifs sont roulés et forment un cercle plat. Placer le préservatif enroulé, le bon côté vers le haut, sur l'extrémité du pénis.
- **Pincer** le bout du préservatif entre le pouce et l'index afin d'en retirer l'air, cet espace permet de recevoir le sperme après éjaculation.
- Continuer de tenir le haut du préservatif d'une main et avec l'autre **dérouler** le préservatif sur toute la longueur du pénis en érection jusqu'aux poils pubiens.
- **Enlever** le préservatif immédiatement après le rapport sexuel, aussitôt après l'éjaculation. Il faut le **nouer** et puis le **jeter** dans une poubelle.

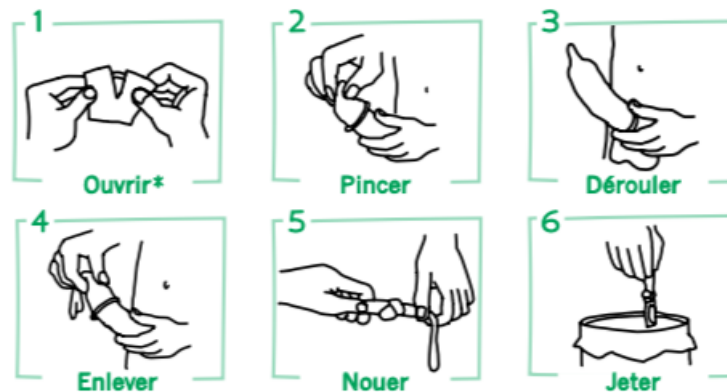


Figure 16 : Mode d'emploi du préservatif masculin (45)

C'est un bon réflexe d'avoir toujours un préservatif sur soi. Cependant, il faut vérifier régulièrement **les éléments de fiabilité** du préservatif : (45)

- La date de péremption ne doit pas être dépassée.
- La présence de la norme française « norme NF » et/ou du marquage « CE » sur l'emballage (indique la conformité aux exigences fixées par la réglementation communautaire) : les préservatifs en latex ou en polyuréthane subissent une série de tests de qualité pour vérifier la porosité, l'éclatement, le vieillissement ...
- Le bon état de l'emballage, il ne doit pas être déchiré.
- La conservation à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Si un de ces éléments n'est pas respecté, il faut changer le préservatif.

Certaines circonstances peuvent favoriser la **rupture d'un préservatif**. Tout d'abord, s'il a été mal mis. Si le réservoir n'est pas pincé lors de la pose, la bulle d'air qui se forme à l'intérieur peut provoquer un déchirement du préservatif. Une rupture peut aussi arriver s'il n'est pas assez lubrifié. En effet, les mouvements de va et vient lors de la pénétration le font chauffer et se déchirer. Il est donc conseillé d'associer un préservatif et un gel lubrifiant. Aussi, mettre deux préservatifs ne garantit en aucun cas plus de sécurité. Au contraire, mettre deux préservatifs l'un sur l'autre, comporte un risque de rupture plus important lié à l'échauffement des deux lors de leur frottement.

Si les précautions ci-dessus sont prises, il y a peu de risque que le préservatif craque. Cependant, s'il y a rupture il faut se rendre aux urgences pour qu'un médecin évalue la

nécessité de prendre, ou non, un TPE. Il faut y aller le plus vite possible, l'idéal étant dans les 4h après le rapport et le mieux étant d'y aller avec son/sa partenaire.

En pharmacie, pour promouvoir la bonne utilisation des préservatifs, il est important de proposer des brochures informatives, de diversifier les marques, les tailles et les types de préservatifs (avec ou sans latex ...) et de lubrifiants. De plus, les préservatifs peuvent faire l'objet d'une **prise en charge** par l'assurance maladie. La délivrance est possible par boîte de 6, 12 ou 24, sur présentation d'une prescription réalisée par un médecin ou une sage-femme. Les préservatifs EDEN® (dispositif médical avec un marquage CE) du laboratoire Majorelle, sont les premiers préservatifs inscrits sur la liste LPPR (liste des produits et prestations remboursables). (46)

2.2. Les préservatifs féminins

Le préservatif féminin est aussi appelé **Fémidon** ou préservatif « **interne** ». Il est tout aussi efficace que le préservatif masculin. Ce type de contraception est disponible sur le marché européen depuis 1991, mais il reste encore peu connu et utilisé.

Il s'agit d'une gaine solide, souple et transparente qui s'insère dans le vagin avant une relation sexuelle et qui permet de former une barrière. À la différence du préservatif masculin en latex (la plupart du temps), il est composé de nitrile qui est une matière hypoallergénique. Ces préservatifs, s'ils sont associés à une utilisation correcte et systématique, protègent aussi bien des risques de grossesse que des IST. Il n'y a pas d'effet indésirable ni de risque connu. De plus, ils sont disponibles sans ordonnance.

Aussi, ils ont l'avantage de pouvoir être porté plusieurs heures. Donc, le préservatif peut être mis en place bien avant la pénétration et retiré bien après l'éjaculation. Il est possible de mettre le préservatif **8 heures** maximum avant d'avoir une relation sexuelle.

Comment mettre un préservatif féminin (45) (Figure 17) :

- **Retirer** le préservatif de l'emballage. Si besoin, mettre du lubrifiant sur les anneaux intérieur et extérieur du préservatif.
- Pour insérer le préservatif, il faut s'accroupir, s'asseoir avec les genoux écartés ou se tenir debout avec un pied surélevé (sur une petite chaise, un tabouret ...).
- Tenir le préservatif avec l'ouverture pendant vers le bas. Tenir l'anneau supérieur de la gaine (extrémité fermée) et **écraser** l'anneau.
- Sans le relâcher, **insérer** l'anneau dans le vagin et le faire **glisser** le long du vagin en le poussant le plus loin possible.
- Insérer l'index ou le majeur à l'intérieur du préservatif féminin pour le **pousser** au fond du vagin et vérifier que l'anneau externe recouvre les organes génitaux externes.
- Pour le **retirer**, tourner l'anneau externe et tirer doucement le préservatif en dehors du vagin, le **nouer** puis le **jeter**.

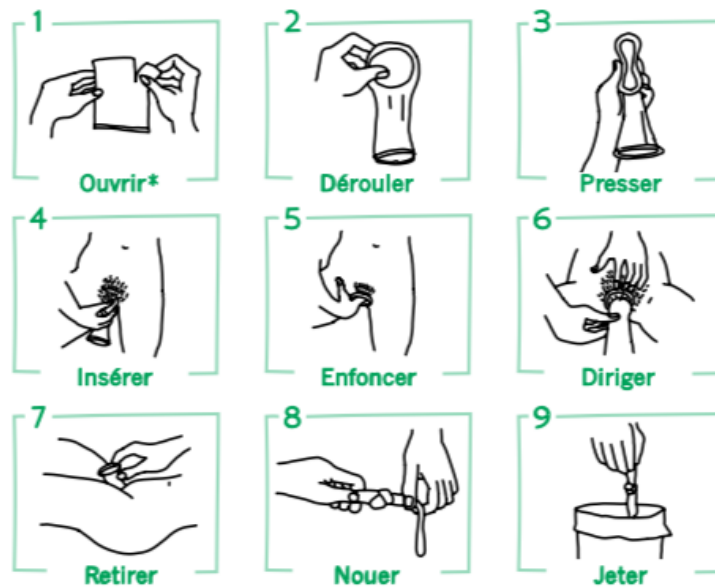


Figure 17 : Mode d'emploi du préservatif féminin (45)

Il n'est pas nécessaire et pas recommandé d'utiliser un préservatif masculin et féminin en même temps. Les préservatifs sont à usage unique, il faut donc en changer à chaque pénétration.

2.3. Les gels lubrifiants

L'utilisation d'un lubrifiant à base **d'eau ou de silicone** est toujours recommandée. Les lubrifiants permettent d'améliorer le confort lors du rapport sexuel. Ils facilitent la glisse et donc réduisent considérablement le risque de déchirement du préservatif.

Le stress, la peur, certains médicaments (contre l'acné par exemple), le manque de préliminaires et de désir peuvent entraîner une absence ou une insuffisance de lubrification naturelle. De plus, en cas de pénétration anale (sodomie), le gel est toujours nécessaire car il n'y a aucune lubrification naturelle, or la muqueuse anale est très fragile.

Certains préservatifs peuvent être déjà lubrifiés mais parfois insuffisamment. L'ajout avant et pendant le rapport de gel peut être nécessaire et plus confortable.

Les lubrifiants sont disponibles en pharmacie, parapharmacie et dans les supermarchés.

Il ne faut jamais utiliser de produits gras tels que le beurre, les produits solaires, la vaseline et des crèmes. Cela glisse, certes, mais ces produits altèrent les propriétés protectrices du préservatif, ils le rendent poreux et augmentent donc les risques de rupture.

2.4. La circoncision

Des études ont démontré que la circoncision pouvait diminuer les risques de contaminations chez les hommes hétérosexuels. En effet, même si la protection n'est pas totale, la circoncision réduit la transmission du VIH de la femme à l'homme de 57%.⁽⁴⁷⁾

Quels sont les effets de la circoncision sur la transmission sexuelle du VIH ? Le manche du pénis ainsi que la face externe du prépuce, sont des zones kératinisées qui sont imperméables au VIH. Cependant, la face interne du prépuce, qui est une muqueuse, qui est donc perméable au virus. La circoncision est l'ablation de la majeure partie du prépuce, donc ceci diminue la porte d'entrée du virus. De plus, avec le temps, la face interne du prépuce se kératinise et devient donc imperméable au VIH. Aussi, la circoncision supprime l'espace sous-préputial qui est un environnement chaud et humide, favorable à la survie du VIH.

L'efficacité de la circoncision a été prouvée dans le cadre d'une stratégie de prévention diversifiée dans les pays les plus affectés d'Afrique Australe et de l'Est. Ainsi, même si la circoncision, assure une protection partielle, cela peut être un moyen complémentaire de lutte contre le VIH.

3. Le traitement post-exposition (TPE)

Le traitement post-exposition au VIH (TPE), est aussi appelé PPE pour prophylaxie post-exposition ou *PEP* en anglais pour « *post-exposure prophylaxis treatment* », ou « **traitement d'urgence** ». Ce traitement permet d'éviter une contamination lorsqu'il y a eu une exposition au virus. ⁽⁴⁸⁾

Il peut être prescrit en cas :

- D'accident d'exposition sexuelle : rupture, glissement ou oubli de préservatif ; oubli d'un comprimé de la PrEP avec un ou une partenaire dont on ignore le statut sérologique ou dont on connaît la séropositivité.
- D'accident d'exposition au sang : surtout chez les soignants (piqûre profonde avec une aiguille creuse et intravasculaire). Le simple fait d'avoir touché une goutte de sang n'est pas suffisant.
- Chez les usagers de drogues injectable lorsqu'il y a partage ou réutilisation du matériel d'injection (aiguille, seringue, préparation).

La prise en charge et l'accès au traitement post-exposition restent à ce jour exclusivement **hospitaliers**, impliquant les services spécialisés pour le VIH, les services de Médecine du travail et les Urgences. La prise en charge est possible 24h/24 et 7j/7. Cependant, certains **CeGIDD** peuvent aussi délivrer les *starters kits* du traitement post-exposition (délivrance de 2 à 4 jours de traitement).

Pour être efficace, un traitement post-exposition doit être **initié le plus tôt possible**, de préférence dans les **4 premières heures** et au plus tard dans les 48 heures suivant un risque de contamination.

« Le délai idéal pour la prise d'un traitement post-exposition est celui qui est le plus proche de l'instant de l'exposition au risque. C'est la course contre la montre » (C. Piketty)

Ce traitement dure **28 jours**. Il est très efficace dès lors qu'il est pris correctement pendant toute sa durée. Il s'agit d'une **trithérapie antirétrovirale**, deux INTI et un 3^{ème} agent. Ce traitement permet de bloquer la multiplication du virus et d'empêcher sa dissémination. Plus ce blocage intervient tôt, plus les chances d'éviter la contamination sont grandes. En effet, pendant les premières heures, le virus infecte les cellules cibles présentes dans les muqueuses (lymphocytes T CD4+, macrophages, cellules dendritiques ...), puis ces cellules migrent vers les ganglions lymphatiques les plus proches. À partir de ce moment, le VIH se dissémine très vite dans l'ensemble de l'organisme, d'où l'importance d'intervenir rapidement après la possible entrée du VIH dans l'organisme.

Généralement les urgences délivrent un traitement pour 2 à 4 jours (*starters kits*). Puis 2 ou 3 jours plus tard, lors d'une nouvelle visite médicale, un médecin référent VIH refait le point avec le patient sur la situation. Il peut alors être décidé d'arrêter le traitement, de le modifier ou de le poursuivre pendant 28 jours. Cependant, si le patient est pris en charge lors de la première consultation par un médecin référent, le traitement post-exposition est d'emblée prescrit pour 28 jours, s'il est jugé nécessaire.

La posologie du traitement post exposition est **d'une prise par jour**, de préférence avec de la nourriture. Il existe un **délai de 12h** en cas d'oubli de prise. Ainsi, si l'oubli est de moins de 12h comparé à l'heure habituelle de prise, il faut prendre le médicament le plus tôt possible et poursuivre le traitement normalement. Si l'oubli est supérieur à 12h après la prise habituelle, il ne faut pas prendre la dose oubliée et poursuivre le traitement normalement. De plus, si le patient vomit dans l'heure suivant la prise, il faut reprendre une nouvelle dose.

Les **effets indésirables** sont fréquents, surtout les premiers jours de traitement : nausées, ballonnements, maux de ventre, diarrhées, fatigue, maux de tête ... Il faut prévenir le patient, ces effets cessent généralement au bout de quelques jours de traitement, et ne justifient en aucun cas l'arrêt du traitement post-exposition.

Le traitement post-exposition est pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Un **test de dépistage**, par ELISA de 4^{ème} génération, est réalisé **un mois après la fin du traitement**. S'il est négatif, un dernier test est réalisé trois mois après la fin du TPE pour affirmer définitivement la séronégativité. On sait que si la contamination a lieu, la prise d'antirétroviraux perturbe le développement du VIH, c'est pourquoi il faut attendre pour être certain qu'il n'y a pas d'infection. Il est aussi recommandé de faire un dépistage des autres IST.

Malgré l'efficacité reconnue du traitement post-exposition, il est recommandé d'utiliser des préservatifs jusqu'aux résultats du test de dépistage, soit 12 semaines après la situation à risque.

En pharmacie, en tant que professionnel de santé de proximité, il faut être capable **d’orienter rapidement** toute personne pouvant bénéficier d’un TPE vers un service hospitalier compétent (maladies infectieuses, urgences ou CeGIDD).

Notre rôle est aussi de **sensibiliser** et de **promouvoir** l’existence de ce traitement d’urgence. En effet, beaucoup de personnes, notamment les jeunes, ne connaissent pas l’existence du TPE, capable de stopper la contamination du VIH après une prise de risque.

Il faut aussi insister sur l’**observance** du traitement. Ainsi, l’efficacité du traitement post-exposition est conditionnée par la prise complète des médicaments jusqu’au bout des 4 semaines, en respectant les horaires de prises. Il faut aussi prévenir le patient sur les possibles effets secondaires liés au traitement. Cependant, celui-ci ne doit pas être arrêté. Si les effets secondaires deviennent trop difficiles, il faut réorienter le patient vers le médecin pour modifier l’ordonnance.

4. Le traitement comme prévention (TasP)

Ce mode de prévention correspond à la prise d’un traitement antirétroviral comme outil prévention, de l’anglais « *treatment as prevention* » ou TasP. (49)

Une personne séropositive au VIH, qui a une **charge virale indétectable depuis 6 mois**, sous traitement efficace, qui est **observante** de son traitement et du suivi médical, **ne transmet plus le virus**. Ceci est valable même lors de rapports sexuels non protégés par un préservatif. Le risque de transmission du VIH sous traitement est ainsi négligeable pour les couples hétérosexuels, aussi bien que pour les couples d’homosexuels. Cependant, comme pour tout autre risque de santé, il n’est pas possible de conclure que ce risque est nul.

La formule **I=I, Indétectable égal Intransmissible**, est validée pour tous et toutes, quelle que soit l’orientation sexuelle (hétérosexuel-le, homosexuel-le, bisexuel-le ou pansexuel-le).

L’atteinte et le maintien d’une **charge virale indétectable** sont essentiels pour réduire les risques de morbidités et de mortalités liées au VIH/SIDA, mais permettent également de prévenir la transmission du virus à autrui. Le traitement antirétroviral bloque le virus et l’empêche de se multiplier. La charge virale baisse alors progressivement pour atteindre une valeur en dessous du seuil détecté en laboratoire, soit **inférieure à 50 copies/mL de sang**. On dit alors que la charge virale est indétectable, elle est trop basse pour pouvoir contaminer d’autres personnes en cas d’exposition. Les traitements antirétroviraux qui avaient pour objectif initial de traiter et d’améliorer l’espérance et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, deviennent ainsi un moyen de prévention efficace.

Attention, une personne avec une charge virale indétectable, sous traitement et qui ne transmet plus le VIH n’est **pas** pour autant guérie du VIH. La sérologie VIH sera toujours positive et le patient doit continuer son traitement et respecter le suivi médical. En cas d’arrêt des antirétroviraux, la charge virale remonte et la personne peut à nouveau transmettre le virus.

De plus, le TasP permet aussi aux couples sérodifférents et aux couples où tous les deux sont infectés par le VIH, d’avoir un enfant de **manière « naturelle »**, sans passer par la procréation médicalement assistée (PMA).

L'effet préventif des traitement antirétroviraux est encore trop **méconnu**. En pharmacie, notre rôle est de **sensibiliser** sur le TasP, le grand public et également les personnes vivant avec le VIH. Cette information sur le risque devenu négligeable doit être largement diffusée. La communication autour de ceci est devenue essentielle pour contribuer à la qualité de vie des personnes séropositives (qualité de vie sexuelle, observance au traitement, peur de transmettre le VIH ...) mais aussi pour éviter la stigmatisation. Faire connaître le TasP permet de **changer les regards** sur les personnes séropositives. La persistance de la sérophobie dans notre société, entraîne une stigmatisation accrue des personnes vivant avec le VIH et mène parfois à l'isolement. Le pharmacien contribue ainsi à la lutte contre les discriminations liées à la séropositivité VIH.

Une récente campagne contre les discriminations liées à la séropositivité VIH : « **Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre** », menée par Santé publique France a été mise en place en décembre 2020 (Figure 18). Le but de la campagne est de lutter contre les discriminations notamment dues au fait que le TasP est méconnu, et de rappeler l'importance essentielle du dépistage (impacté en 2020 par la pandémie de Covid-19). En effet, il est important de rappeler que la séropositivité n'est ni une identité, ni un frein aux relations amoureuses. Il faut faire changer le regard sur les personnes séropositives. L'accroche des visuels de la campagne débute par le terme « séro » et se termine par un adjectif valorisant un trait de caractère : poétique, polisson ... (49)



Figure 18 : Affiches de la campagne « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre », de Santé publique France, décembre 2020 (49)

5. La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

5.1. Principe de la PrEP

La PrEP ou prophylaxie pré-exposition, consiste en l'utilisation de médicaments antirétroviraux en **prévention** de l'acquisition du VIH chez des **personnes non infectées**. C'est l'acronyme de « *pre-exposure prophylaxis* », en français prophylaxie pré-exposition. (50)

A l'heure actuelle, un seul médicament est disponible. Il s'agit de la combinaison **Emtricitabine** et **Ténofovir disporoxil fumarate (TDF) – TRUVADA®** 200mg/245mg. Cette association avait déjà l'indication dans le traitement des adultes infectés par le VIH-1, en association avec d'autres antirétroviraux. Les recherches se poursuivent afin d'identifier de nouvelles molécules ainsi que d'autres modes d'administration pour la PrEP.

Le Truvada® a été en recommandation temporaire d'utilisation (RTU), pour cette indication, de janvier 2016 à février 2017. Puis, il y a eu une extension d'indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en mars 2017. Les génériques sont disponibles depuis juillet 2018, entraînant une baisse des coûts de prise en charge. Cependant, il faut faire attention car certains génériques ne disposent pas de l'indication PrEP. (51)

La PrEP s'adresse aux personnes qui n'ont **pas le VIH** et consiste à prendre un médicament afin d'éviter la contamination. Comme tout médicament, le traitement doit être prescrit par un médecin et nécessite un suivi. Le traitement est entièrement pris en charge par la sécurité sociale, aucune avance de frais ne peut être demandée. Cependant, il faut se munir de sa carte vitale ou être en mesure de justifier de droits ouverts à la sécurité sociale (AME, CMU ...).

La PrEP s'adresse aux **populations à haut risque d'infection**, c'est à dire aux individus très exposés : (52)

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ou les personnes transgenres et répondant au moins à l'un des critères suivants :
 - Rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins deux partenaires différents dans les six derniers mois,
 - Épisodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les 12 derniers mois,
 - Au moins un recours à un TPE au VIH dans les 12 derniers mois,
 - Usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex).
- Au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes :
 - Prostitution soumettant à des rapports sexuels non protégés,
 - Vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée (sujets originaires de région à forte prévalence, ou ayant des partenaires multiples ou UDI),
 - Rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission du VIH (ulcérations génitale ou anale, IST associée, saignement),
 - Autres situations jugées à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.

Il est important de souligner que la PrEP (tout comme le TPE) protège **uniquement du VIH**, et pas des autres IST (gonorrhée, condylomes, chlamydia, hépatites A/B/C, syphilis ...). Elle ne protège pas non plus des grossesses non désirées. C'est pourquoi la PrEP doit être accompagnée d'un suivi individualisé en santé sexuelle : préservatifs, vaccinations, dépistages réguliers, tests de grossesses et contraceptions.

La PrEP s'ajoute à la prévention combinée du VIH, c'est une **décision personnelle**. La seule chose qui importe est de trouver la stratégie de prévention qui convient au patient et qui contribue à son épanouissement personnel.

La prise de ce traitement est généralement bien **tolérée**. En début de traitement il est possible d'avoir de légères nausées ou diarrhées, des maux de tête, une perte de poids ... Cependant, les études montrent que ces effets disparaissent en quatre à huit semaines. Des effets indésirables plus sérieux, liés à des problèmes rénaux ou osseux, sont rares.

En ce qui concerne les **interactions médicamenteuses**, il n'y a pas d'interaction connue avec l'alcool ou des drogues récréatives, ni avec la plupart des antidépresseurs, des traitements contraceptifs et autres traitements hormonaux. Il n'y a pas non plus d'effets connus sur la libido ou la performance sexuelle. En revanche, il est déconseillé d'utiliser de façon prolongée d'autres médicaments toxiques pour les reins (comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)). De plus, il faut éviter de consommer, deux heures avant et après la prise, des produits comme le psyllium, le charbon actif ou les pansements gastriques car ces produits diminuent l'absorption du médicament.

La sécurité à long terme est rassurante car ce médicament est utilisé depuis plus de dix ans dans les trithérapies prescrites aux personnes vivant avec le VIH. Cependant, la PrEP étant un nouvel outil de prévention, il n'existe pas encore de données pour les personnes séronégatives d'où l'importance du suivi médical régulier.

Il y a certaines **contre-indication** à la prise de la PrEP :

- Une séropositivité au VIH ou une sérologie VIH inconnue. Un résultat négatif à l'examen sérologique, ELISA de 4ème génération, est requis avant initiation de la PrEP.
- La présence de signes ou de symptômes d'infections aiguës par le VIH (symptômes comme la grippe ...).
- Des problèmes rénaux (clairance de créatinine inférieure à 50 mL/min).
- Une hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients.

La mise en place de la PrEP chez les **adolescents** nécessite un suivi plus rapproché, en raison de problèmes d'observance plus fréquents que chez l'adulte. Ce suivi devra prendre en compte la vulnérabilité spécifique des adolescents sur le plan psychologique et la confidentialité de la prise en charge.

Le risque de **résistance** du VIH sous PrEP est qualifié de « **faible** ». Au cours d'essais cliniques, des résistances sont apparues quasiment exclusivement chez des patients en cours de séroconversion au moment de l'instauration du traitement. Pour réduire ce risque, la PrEP est contre indiquée chez les patients séropositifs ou dont le statut sérologique est inconnu. De plus, au cours du suivi, des dépistages réguliers sont réalisés afin que toute séroconversion soit rapidement diagnostiquée.

5.2. Les modes de prises de la PrEP

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) du TRUVADA® a été modifiée début 2017 pour y ajouter l'indication de PrEP, pour les populations cibles (adultes seulement) et selon un **schéma continu** uniquement. Actuellement, le laboratoire n'en ayant pas fait la requête, l'AMM n'inclue pas la prescription de PrEP selon le **schéma « à la demande »**. En revanche, la prise à la demande est validée et recommandée par des instances scientifiques reconnues (groupes d'experts sur le VIH, HAS). Il est donc néanmoins possible de prendre la PrEP à la demande. (53)

Pour toutes les **femmes** (cisgenre ou transgenre ¹) qui ont des rapports vaginaux réceptifs, seul le schéma de prise continue (un comprimé par jour) doit être envisagé. Le schéma de prise « à la demande » n'est pas recommandé car l'efficacité pourrait être insuffisante d'après le niveau de connaissances actuelles.

La PrEP, ça marche si on la prend bien ! La réussite de la PrEP dépend de la prise correcte du médicament, quel que soit le schéma choisi.

5.2.1. PrEP en « prise continue » ou quotidienne

Il s'agit de la prise **d'un comprimé par jour**. Il peut être pris avec ou sans repas, mais il est recommandé de l'ingérer avec au moins un léger encas. Aussi, il est mieux de le prendre à la même heure chaque jour afin d'établir une routine.

L'efficacité maximale du traitement est atteinte dès **sept jours** de prise continue, pour les hommes et les femmes. Il est important de respecter les 7 premiers jours de prise avant tout rapport (Figure 19).

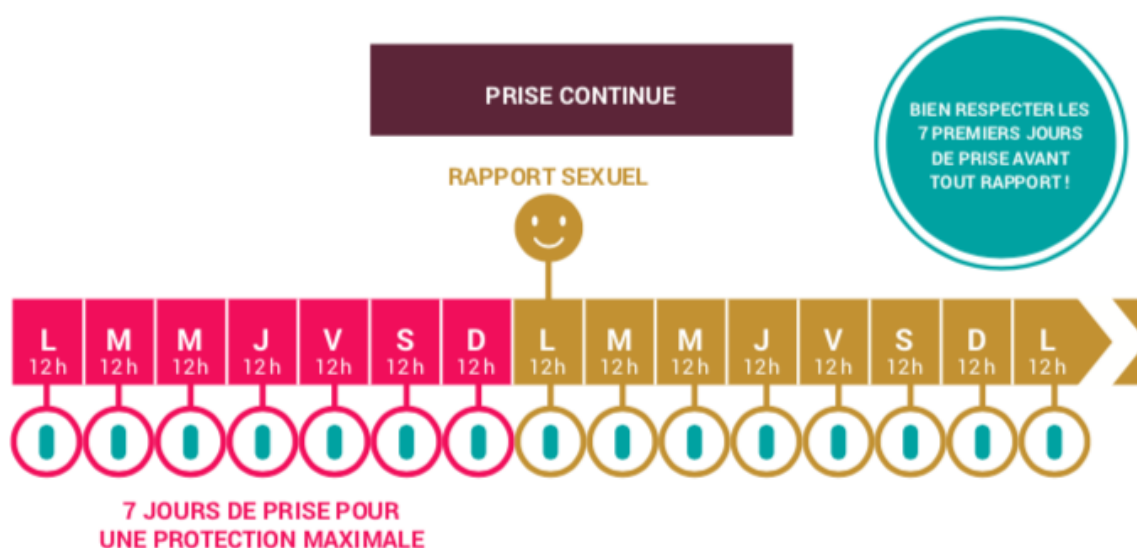


Figure 19 : Prise de la PrEP en continu (54)

¹ Cisgenre se dit d'une personne dont l'identité de genre (masculin ou féminin) correspond au sexe avec lequel elle est née. Le contraire est une personne transgenre, le sexe avec lequel elle est née, ne correspond pas à ce qu'elle ressent.

5.2.2. PrEP en prise « à la demande » ou discontinuée (hors AMM)

Ce schéma nécessite de pouvoir **anticiper**, au moins **deux heures** à l'avance, le premier rapport sous PrEP. L'avantage de ce mode de prise est qu'il est **évolutif** selon la sexualité. Il permet de prendre la PrEP pendant de courtes périodes, mais de l'arrêter dans les périodes de moindre activité sexuelle ou de la prendre pendant plusieurs semaines ou mois.

Attention, ce schéma de prise est possible seulement chez les personnes qui n'ont pas de rapport vaginal réceptif. De plus, le schéma de prise à la demande est contre-indiqué chez les personnes porteuses du virus de l'hépatite B.

S'il y a un rapport sexuel unique :

Si la PrEP est utilisée pour un seul rapport sexuel, il faut trois prises ce qui équivaut à quatre comprimés (Figure 20).

La première prise, doit être de **deux** comprimés en même temps, entre 2 et 24 heures avant le rapport sexuel.

Puis une deuxième prise, d'**un** seul comprimé est à faire environ 24 heures (à plus ou moins 2 heures) après la première prise.

Et enfin, une troisième prise, d'**un** comprimé est à réaliser environ 24 heures (à plus ou moins 2 heures) après la seconde prise (soit 48 heures après la première prise des deux comprimés).

Si d'autres rapports sexuels ont lieu au-delà de 24 heures après la prise de démarrage, il faut continuer de prendre un comprimé par jour (même heure à plus ou moins 2 heures). Mais attention, il ne faut pas oublier que pour **arrêter** un schéma de prise à la demande, il faut toujours **deux prises espacées de 24 heures** après le dernier rapport sexuel.



Figure 20 : Prise de la PrEP à la demande, si rapport unique (54)

S'il y a plusieurs rapports sexuels :

Si un patient a plusieurs rapports sexuels, le même schéma que précédemment doit être appliqué, avec la poursuite de prise **d'un comprimé toutes les 24 heures** à plus ou moins 2 heures (Figure 21). Il ne faut pas oublier de bien respecter les deux dernières prises après le rapport pour arrêter la prise du traitement.

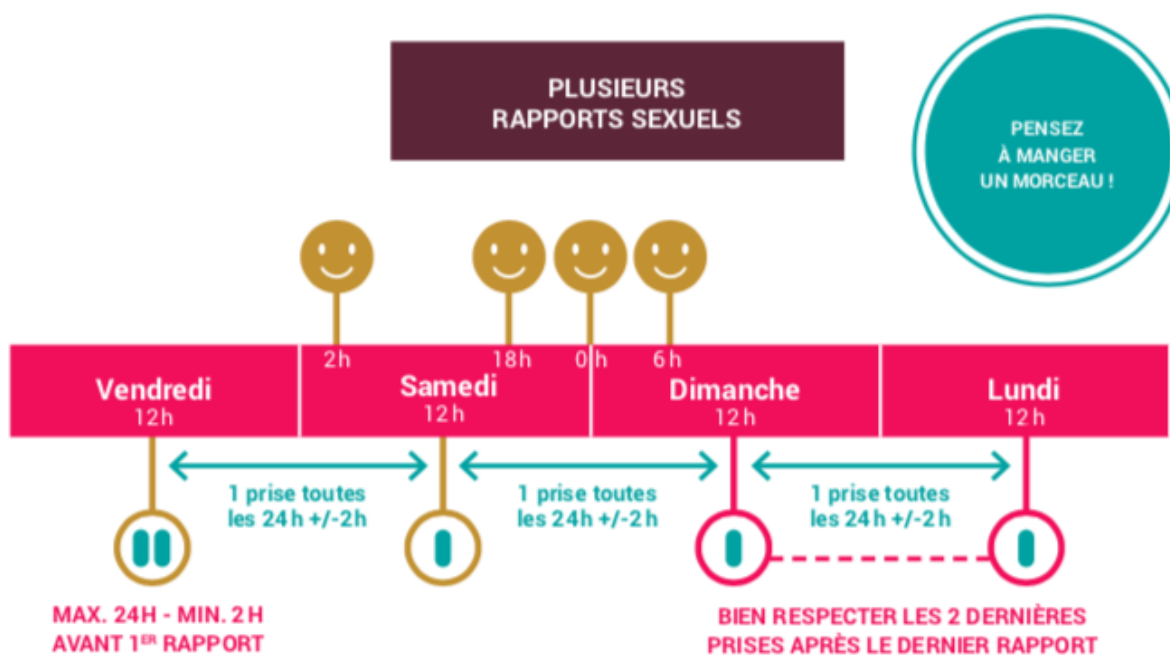


Figure 21 : Prise de la PrEP à la demande, si rapports multiples (54)

Après une période sans PrEP de **moins de sept jours**, il n'est **pas** nécessaire de reprendre deux comprimés pour la prise de démarrage. Un seul comprimé suffit (pour un peu moins de toxicité). Il faut toujours attendre au minimum deux heures avant le rapport pour être à nouveau protégé (Figure 22).

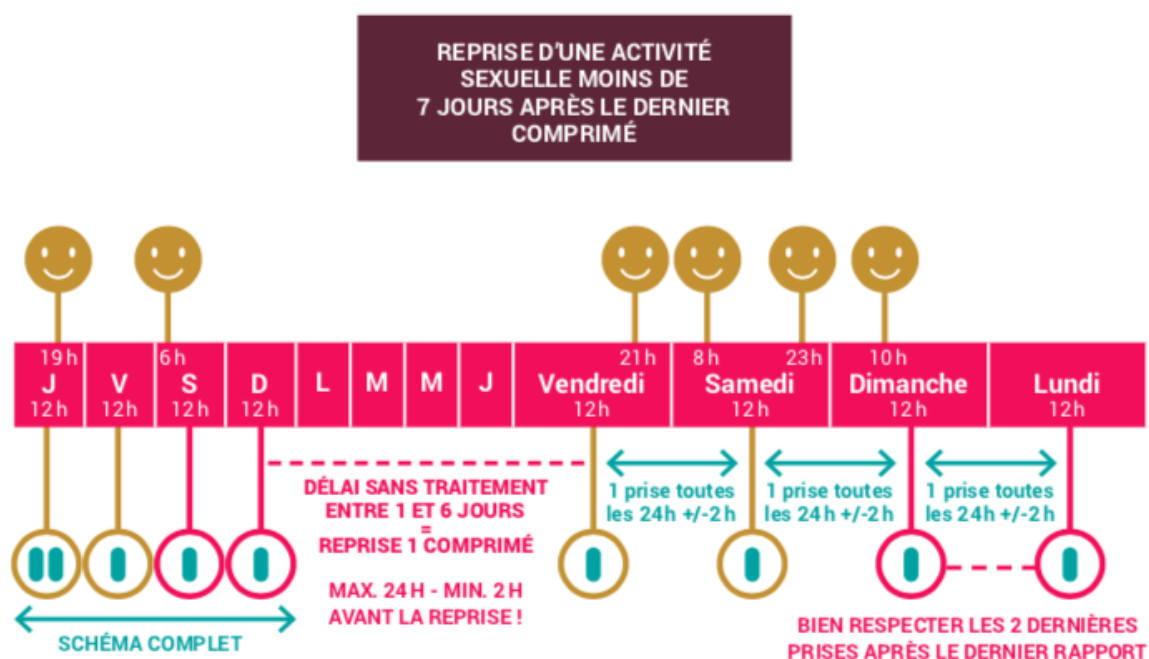


Figure 22 : Prise de la PrEP à la demande, si rapports multiples et reprise d'une activité sexuelle moins de 7 jours après le dernier comprimé (54)

Après une période sans PrEP de **sept jours ou plus**, il faut correctement effectuer la prise de démarrage et donc reprendre **deux** comprimés d'un coup lors de la première prise (Figure 23).

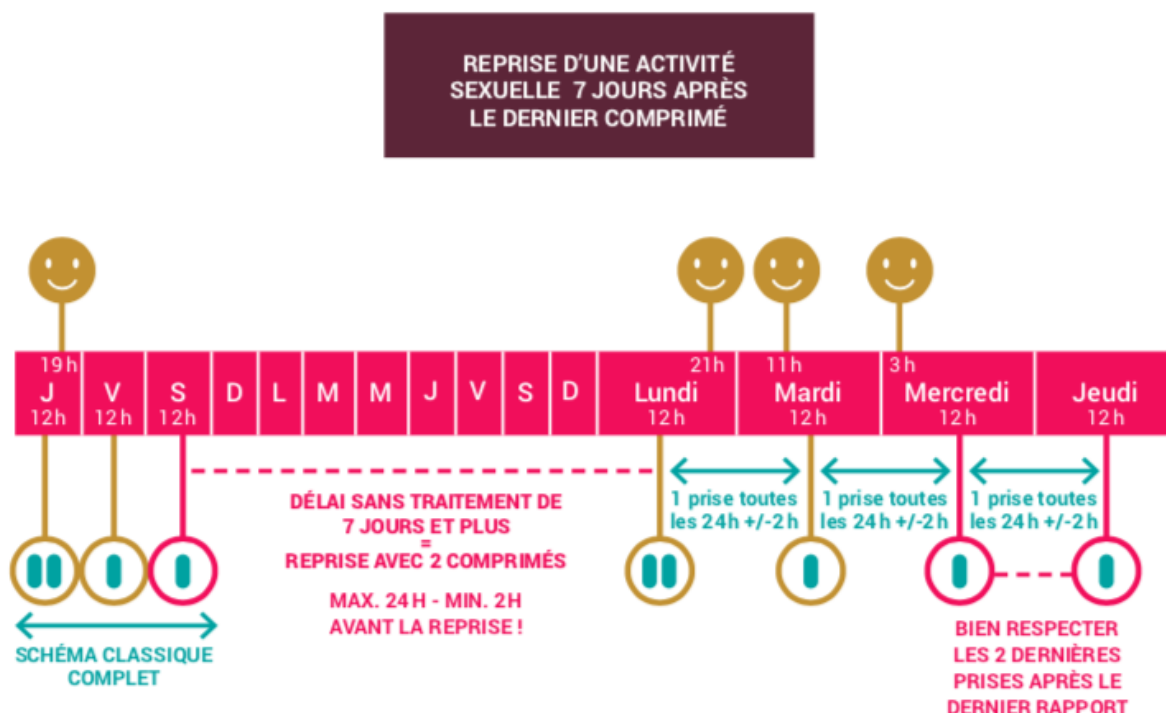


Figure 23 : Prise de la PrEP à la demande, si rapports multiples et reprise d'une activité sexuelle 7 jours ou plus après le dernier comprimé (54)

Il faut faire attention en cas de **prise incomplète**. Si le schéma initial est interrompu ou n'est pas complet, il faut reprendre avec deux comprimés en prise de démarrage. La prise d'un ou deux comprimés isolés, ne compte pas dans le calcul des plus ou moins sept jours (Figure 24).

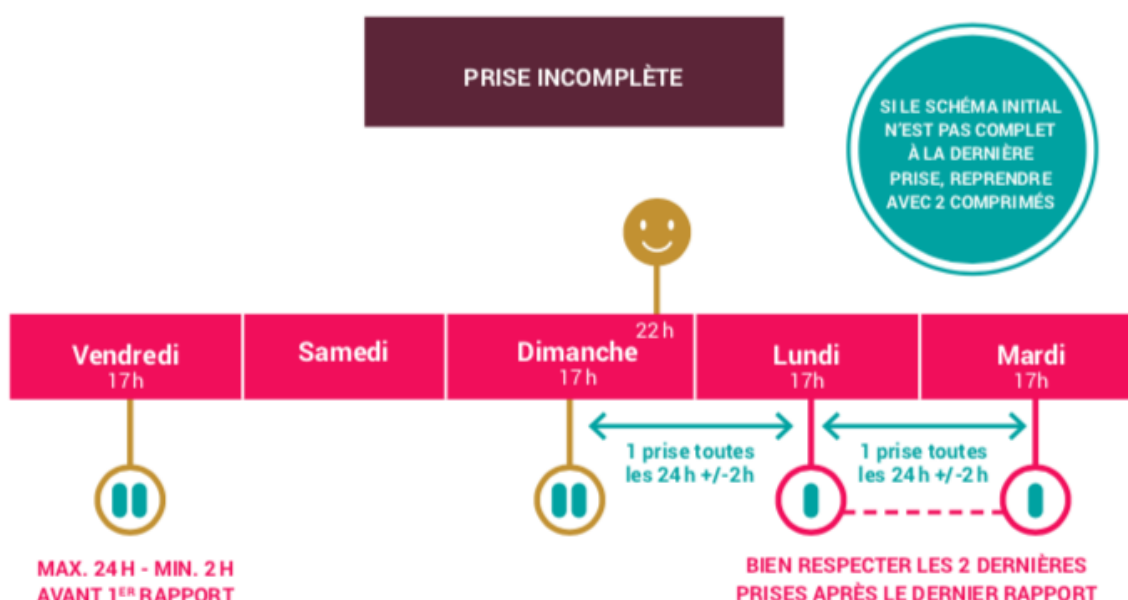


Figure 24 : Prise de la PrEP à la demande, si schéma initial incomplet (54)

L'efficacité de la PrEP est maximale si les schémas précédents sont correctement respectés. Une ou plusieurs prises oubliées ou trop décalées, diminuent l'efficacité de la protection contre le VIH. Le médicament doit être en quantité suffisante dans l'organisme pour protéger. Par exemple, il a été démontré que prendre des comprimés juste avant un rapport, sans prise après le rapport, ne protège pas du VIH.

Le passage transitoire d'un schéma discontinu à un schéma continu pendant une période limitée, peut être adapté à certaines situations telles que les voyages ...

En cas d'oubli ou de décalage de plus de deux heures, et s'il y a eu un rapport non-protégé par un préservatif, il est possible de demander un traitement d'urgence (TPE) sous 48 heures maximum et idéalement dans les quatre premières heures.

5.3 Accompagner la dispensation d'une PrEP

La dispensation de la PrEP en pharmacie d'officine, se fait sur présentation d'une ordonnance. Le pharmacien doit être en mesure de renseigner le patient, et ainsi de répondre à ses éventuelles questions.

En ce qui concerne les **génériques**, quel que soit le laboratoire fabricant, la forme, la couleur ou le conditionnement des comprimés, le principe actif est strictement identique au Truvada® en termes d'efficacité. La principale différence est qu'il coûte moins cher et permet ainsi à l'assurance maladie de faire des économies.

Rappeler au patient le mécanisme d'action de la PrEP, peut permettre de favoriser l'observance. Ainsi, le but est d'obtenir une concentration sanguine en antirétroviral suffisante pour réduire le risque de contracter le VIH si le patient entre en contact avec une personne infectée. Cette efficacité est donc fortement dépendante de **l'observance** du traitement.

Un suivi **trimestriel**, avec une surveillance clinique et biologique, est nécessaire pour les patients sous PrEP. Cela comprend une vérification de la sérologie VIH, de la fonction rénale (créatinémie, clairance rénale ...), ainsi que la recherche d'IST (sérologie VHB, VHC ...). De plus, chez les femmes, une recherche de grossesse doit être effectuée. Au début du traitement, le suivi médical est renforcé avec un rendez-vous *a minima* 1 mois après l'initiation de la PrEP. Les primo-prescriptions de PrEP sont donc de 1 mois. Puis, les rendez-vous s'espacent tous les 3 mois.

L'accès à la PrEP a été simplifié en mai 2021, et est effectif depuis juin 2021, avec la possibilité d'une **initiation de traitement par tout médecin**. Jusque-là, seuls les médecins exerçant à l'hôpital ou en CeGIDD pouvaient instaurer la PrEP. Aujourd'hui, tout médecin peut faire la première prescription et le renouvellement de la PrEP (en ville, en CeGIDD, en centre de santé, à l'hôpital ...). (51)

Pour dispenser la PrEP en pharmacie d'officine, il faut premièrement s'assurer que la discussion puisse se dérouler en toute **confidentialité**. Il peut être proposé au patient de le recevoir dans un espace de confidentialité. Ensuite, il faut vérifier la **validité de la prescription**. Des explications sur les modalités et les schémas de prise peuvent être nécessaires :

- La prise du comprimé est recommandée avec un repas ou une collation afin de favoriser l'absorption du traitement et de limiter les effets indésirables digestifs.
- En cas de difficultés à déglutir, le comprimé peut être délité dans 100 mL d'eau, jus d'orange ou de raisin puis administré immédiatement.
- S'il y a des vomissements dans l'heure suivant la prise du comprimé, le patient doit reprendre un autre comprimé.

Dans tous les cas, il faut mentionner que **l'observance** du traitement est indispensable à son efficacité ! A l'instauration du traitement ainsi qu'aux renouvellements, il faut expliquer ou rappeler les schémas de prise et s'assurer que le patient a bien compris. La question de **l'automédication** doit aussi être abordée. Il faut mettre en garde contre la prise concomitante d'anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont potentiellement néphrotoxiques. En début de traitement, notamment, il est important de prévenir le patient de l'apparition d'éventuels **effets indésirables** (troubles digestifs ou du sommeil, maux de tête, éruptions cutanées ...). Nous pouvons aussi rappeler que le **préservatif** reste l'outil le plus efficace pour prévenir à la fois l'infection par le VIH et des autres IST. La PrEP entre dans le cadre d'une stratégie de prévention diversifiée.

Le suivi régulier a aussi une place majeure. À tout moment, l'apparition de signes ou d'un symptôme évocateur d'une primo-infection par le VIH doit être immédiatement signalée au médecin (état grippal avec fièvre persistante, éruption cutanée, fatigue, vomissement ou diarrhées ...).

Dans tous les cas, le pharmacien doit se présenter comme **disponible** et adopter une attitude **neutre, non jugeante**. Il est important de se munir d'outils aidant à ouvrir le dialogue mais aussi de supports d'informations à remettre au patient. Aussi, le patient doit pouvoir être orienté vers des structures spécialisées si besoin (CeGIDD, associations ...).

6. Le dépistage

Le dépistage est un outil majeur de la prévention collective. Le dépistage **précoce**, après la contamination, permet à la personne de bénéficier d'un traitement d'autant plus efficace qu'il est commencé tôt. Une personne infectée et correctement traitée réduit considérablement les risques de transmission du virus. (55)

Plusieurs types de dépistage sont disponibles et plusieurs lieux existent pour pouvoir en réaliser. Toute personne peut se faire dépister quand elle le souhaite, quel que soit sa raison. Le dépistage est le seul moyen de savoir si la personne est porteuse ou non du virus. En effet, il est possible d'être porteur du VIH sans avoir de symptôme.

Depuis le **1^{er} janvier 2022**, l'accès direct au dépistage du VIH dans les laboratoires de biologie médicale est possible **sans ordonnance**, à la demande du patient, **sans rendez-vous** et **sans avance de frais**. L'objectif est ainsi, de permettre un dépistage au plus tôt pour mettre en place un traitement efficace. (56)

Il y a plusieurs marqueurs biologiques du VIH recherchés, pour dépister une infection : (Figure 25)

- L'**ARN viral**, qui est détectable dès 8 à 17 jours après le contage (c'est-à-dire selon la définition : l'agent matériel par lequel est transmis une infection). Ce dosage correspond à la charge virale, c'est le nombre de copie d'ARN viral VIH par quantité de sang.
- L'**antigène p24**, qui apparaît environ 12 à 26 jours après le contage et persiste environ 2 semaines.
- Les premiers **anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2** apparaissent environ 20 à 45 jours après le contage.

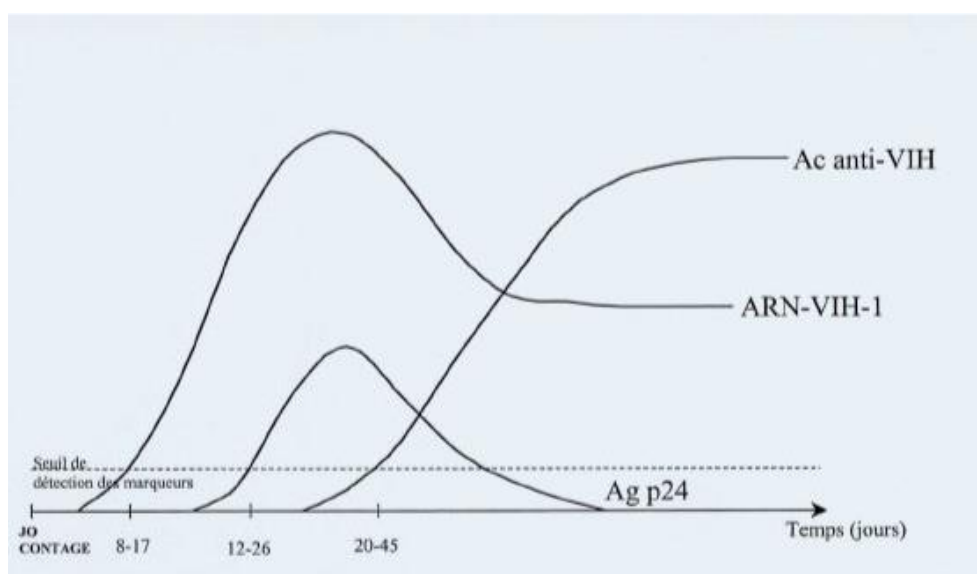


Figure 25 : Cinétique d'apparition des marqueurs biologiques au cours d'une infection à VIH (57)

Il faut donc être vigilant car il y a un certain délai entre la prise de risque et la réalisation de tests. Ce délai varie selon le test de dépistage réalisé, donc il faut être vigilant pour que les résultats soient fiables (Figure 26).



Figure 26 : Délais pour la réalisation des tests de dépistage du VIH (58)

Un dépistage plus régulier est recommandé chez certaines personnes :

- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, il est conseillé de réaliser un dépistage tous les 3 mois.
- Pour les usagers de drogues injectables, un dépistage annuel est recommandé.
- Pour les personnes originaires de zones à risques, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes (dépistage annuel).

Dans certaines situations, le dépistage du VIH est également recommandé :

- Pour les couples qui ont un projet de grossesse, ou pour projet d'avoir un enfant ;
- Lors de la prescription d'une première contraception ;
- En cas de projet d'arrêt d'usage du préservatif ;
- Après un viol ;
- Au cours d'une incarcération ;
- Après une exposition à risque ;
- Lors du diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou hépatite C, ou d'une tuberculose ;
- En cas de tableau clinique évocateur d'une primo-infection à VIH.

Le dépistage du VIH en France est **volontaire**. Cependant, ce dépistage est obligatoire lors d'un don de sang, d'organes, de tissus, de sperme ou de lait.

6.1. Test ELISA de 4^{ème} génération

L'ELISA (*Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay*) est une technique de dépistage très sensible, le risque de faux négatif (résultat du test négatif alors que l'infection est présente) est quasiment nul. Ce test peut être effectué dans des laboratoires d'analyse médicale, à l'hôpital ou dans des CeGIDD. Pour ce faire, il faut réaliser un prélèvement sanguin chez le patient. Puis, on réalise le **test immunologique ELISA mixte, combiné**. On qualifie l'ELISA de **mixte** car la technique est capable de détecter les anticorps anti-VIH1 et les anticorps anti-VIH2. On dit aussi que ce test est **combiné** car en plus des anticorps, il détecte aussi simultanément l'antigène p24. Cette méthode de dépistage est communément appelée **test combiné de 4^{ème} génération**.

Si le **résultat est négatif**, on estime qu'il n'y a pas d'infection possible, s'il n'y a pas eu d'exposition au virus dans les **6 semaines** précédant le test.

Si le **résultat est positif**, une analyse de confirmation doit être effectuée. Ce test de confirmation est réalisé par un **Western-blot** sur le même échantillon sanguin. C'est une analyse très **spécifique** qui permet d'éliminer les faux positifs (test positif alors que l'infection n'est pas présente). Le Western-blot est composé des principaux antigènes viraux séparés les uns des autres par électrophorèse en fonction de leur poids moléculaire et disposés en bande sur une languette de nitrocellulose (Figure 27). Ce test permet aussi de différencier le VIH-1 et 2. On estime que le Western-blot est positif si on retrouve au moins 2 bandes d'anticorps d'enveloppe parmi gp 160, 120 ou 41, mais aussi une autre bande correspondant à une réactivité gag ou pol.

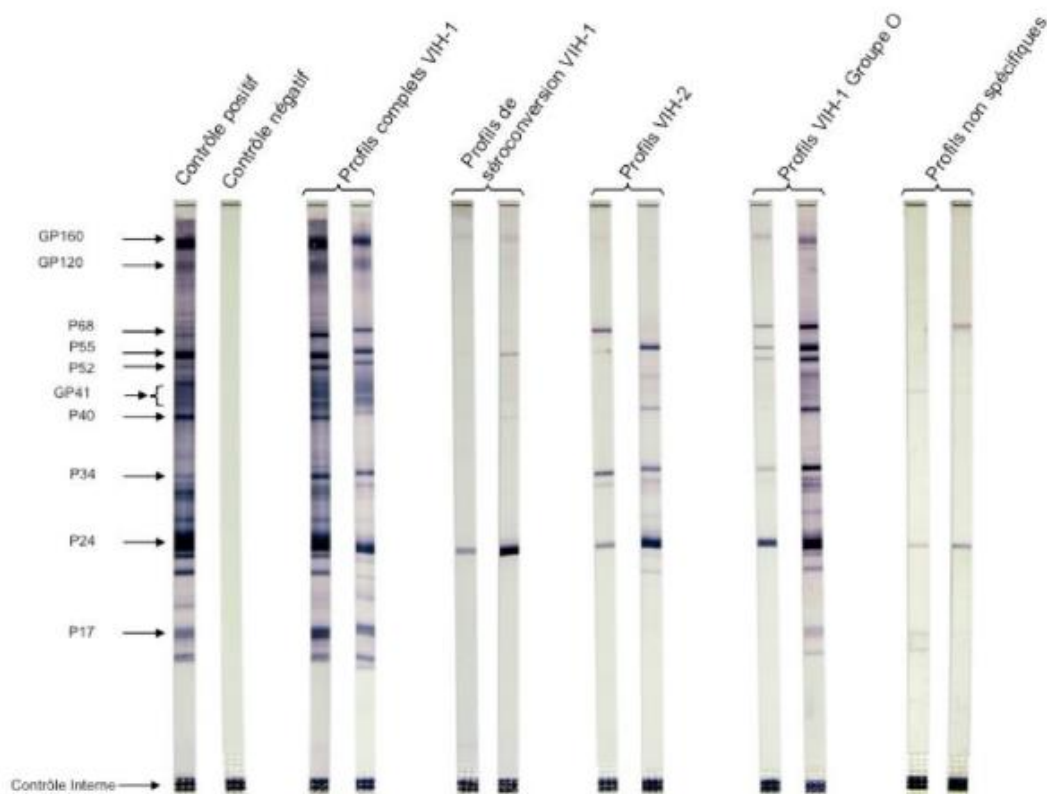


Figure 27 : Profils obtenus par la technique du Western-Blot pour le VIH (59)

Cependant, en cas de positivité de l'analyse de confirmation, un **second prélèvement** doit être réalisé pour éliminer une erreur. Sur le second échantillon, on fait à nouveau un ELISA combiné de 4^{ème} génération.

La séropositivité pour le VIH est établie si les tests de dépistage et de confirmation, de deux prélèvements distincts, sont positifs et concordants. Ceci est indispensable pour affirmer le diagnostic au vu de la gravité de la maladie.

En revanche, il faut faire attention car la séroconversion peut survenir jusqu'à **6 semaines** après la contamination. Ainsi, un sujet est séronégatif seulement si le test de dépistage est négatif et qu'il n'y a pas eu de prise de risque dans les 6 semaines précédant le test. En cas de suspicion d'infection très récente de moins de trois semaines, une recherche directe du virus est possible.

6.2. TROD (Test rapide d'orientation diagnostique)

C'est un test unitaire, à la lecture visuelle subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un **délai court** (souvent 30 minutes). Ce test est plus souvent réalisé sur une goutte de sang prélevée au bout du doigt. Le TROD permet la détection **des anticorps anti-VIH-1 et 2** sur sang total, sérum ou plasma. C'est un test facile à réaliser, sans appareillage, mais il faut faire attention à la lecture du résultat.

Les avantages majeurs de ce test sont l'accessibilité, la confidentialité et le délai rapide du résultat. Il peut être réalisé dans un CeGIDD ou dans une association habilitée. Cependant, ce test doit être réalisé **par un professionnel de santé**. (60)

Pour faire un TROD, il faut premièrement prélever une goutte de sang au bout du doigt. Puis, le sang est mis en contact avec des réactifs, cette mise en contact est différente selon les marques de TROD utilisés. On recherche ensuite la présence d'anticorps dirigés contre le VIH (Figure 28).

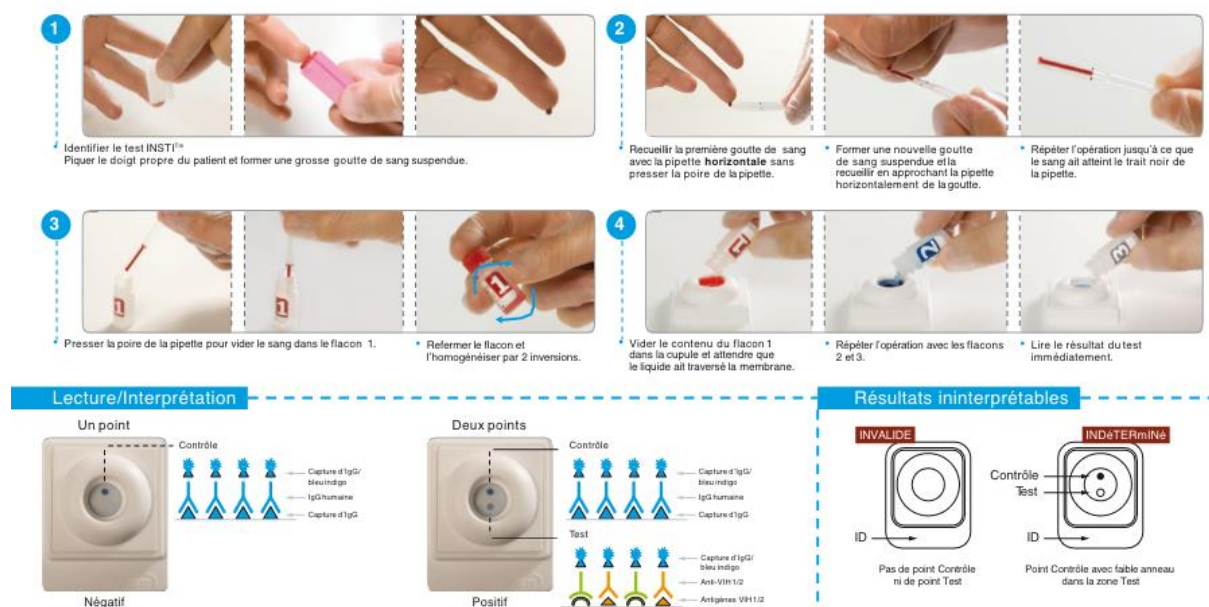


Figure 28 : Protocole pour la réalisation d'un TROD VIH (test INSTI®) (61)

La sensibilité de ces tests est limitée en période de séroconversion. Ils pourront donc être utilisés seulement en l'absence de prise de risque dans les **3 mois** précédant la date du prélèvement.

Si le **test est négatif**, la personne peut être rassurée, pour autant que sa dernière prise de risque date de 3 mois ou plus.

Si le **résultat est positif**, un test de confirmation est indispensable par un dépistage ELISA mixte et combiné de 4^{ème} génération.

6.3. ADVIH (autotest de dépistage du VIH)

Les autotests de dépistage du VIH (ADVIH) sont disponibles en **officine** de ville depuis septembre 2015. Ce sont des TROD de 3^{ème} génération destinés à être utilisés dans un environnement **domestique** par la personne elle-même. C'est un outil complémentaire aux autres dispositifs de dépistage et il ne doit pas s'y substituer. C'est un moyen supplémentaire qui permet de dépister un plus grand nombre de personnes cherchant la discrétion et la simplicité, ou qui jugent les autres modalités trop contraignantes. (62)

La décision de réaliser un ADVIH doit reposer sur un **choix libre, éclairé et autonome** du patient. Personne ne doit être forcé à réaliser un autotest. En effet, c'est la personne elle-même qui fait le prélèvement et l'interprétation. La réalisation d'un ADVIH se fait chez soi, en autonomie, sans professionnel de santé.

L'ADVIH permet de détecter les **anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2**, à partir d'une goutte de **sang** (piqûre au bout du doigt) ou du fluide sécrété par le **tissu gingival** (fluide gingival). Si ces anticorps sont présents, ils vont se fixer sur les antigènes VIH-1 et VIH-2 liés sur le support du test. C'est le complexe anticorps-antigène qui sera révélé par l'apparition d'une deuxième bande colorée sur le test, la première bande étant la bande contrôle. Ce test repose sur une technique immunochromatographique, le liquide prélevé (sang total ou fluide gingival) est déposé sur le test qui entraîne une réaction colorée, dans **un délai inférieur à 30 minutes**.

La vente des ADVIH, après obtention du marquage CE, est réservée aux **pharmacies**. Cependant, certaines associations peuvent en fournir gratuitement. (55)

Ces tests ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, et sont distribués sans prescription médicale en pharmacie.

La dispensation d'un ADVIH doit se faire en toute **confidentialité**. Ainsi, le pharmacien doit systématiquement proposer au patient de le recevoir dans un espace isolé de l'officine. (63)

Puis, il faut s'assurer que l'ADVIH est **adapté** à la situation. En effet, si l'exposition date de moins de 48h, il faut orienter le patient vers un traitement post-exposition. Aussi, s'il y a la présence d'un syndrome infectieux, alors il y a un risque de primo-infection et le patient doit être orienté vers un service hospitalier. De plus, selon le délai écoulé depuis la prise de risque, l'ADVIH peut ne pas être adapté. Il faut alors orienter le patient vers un autre test de dépistage. Les ADVIH sont recommandés seulement si la possible exposition au VIH date d'au moins **3 mois**.

Il faut aussi rappeler que l'ADVIH ne permet pas le dépistage des autres IST.

Les informations transmises au patient doivent être **claires** et **adaptées** à son niveau de compréhension pour qu'il puisse correctement réaliser le test. Il est aussi important de réfléchir à ce que l'on fera une fois le résultat du test disponible. Le patient est **seul**, ce qui est différent d'une consultation avec un professionnel de santé qui peut conseiller, apporter un soutien et réorienter.

Une fois toutes ces informations transmises, le protocole pour effectuer le test peut être expliqué. Pour la réalisation du test, il n'est pas nécessaire d'être à jeun, et celui-ci peut se faire à tout moment de la journée. (64)

Étape 1 : la préparation Il est préférable de réaliser le test dans un lieu calme, où la personne ne sera pas dérangée. Il faut préparer une montre ou un minuteur, car le contrôle du temps est important. Ensuite, il faut avoir les mains propres. Il est préférable de se laver les mains à l'eau chaude (aide la circulation sanguine) et au savon, et puis de les sécher correctement avec un linge propre ou du papier.

Étapes 2 : la piquûre. Il faut piquer le bout du doigt avec l'autopiqueur pour prélever une goutte de sang. Pour avoir assez de sang, le mieux est de réaliser la pique debout, de se réchauffer les mains avant puis de masser le doigt de la base vers le bout du doigt. Ensuite,

on peut prélever la goutte de sang, et la déposer sur la cassette à l'endroit indiqué. Et enfin il faut ajouter le (ou les) réactif(s).

Étapes 3 : lecture des résultats. Le temps d'attente dépend des marques (souvent entre 10 à 15 minutes). Il faut bien respecter le temps inscrit sur le dispositif. Il faut aussi vérifier la présence de la bande colorée « contrôle », sinon le test a été mal réalisé ou n'est pas fonctionnel.

Une fois le test terminé, placer l'autotest dans le sachet fourni par le kit. Comme il s'agit d'un autotest sanguin, il ne doit pas être jeté à la poubelle classique, mais apporté dans un point de collecte. Il faut donc penser à donner une boîte à aiguilles (DASTRI : déchets d'activités de soins à risques infectieux) lors de la dispensation d'un autotest.

Il existe aussi un ADVIH qui n'est pas réalisé avec un prélèvement sanguin, mais avec un prélèvement **gingival**. Il s'agit de OraQuick® qui est l'unique autotest de dépistage gingival du VIH disponible en France. Ce test permet de détecter les anticorps anti-VIH1/2 présents dans le transsudat de la muqueuse buccale. Attention, ce n'est pas un autotest salivaire puisqu'il faut prélever le fluide qui est présent sur les gencives entre les dents. (65)

Avant de prélever, il ne faut pas boire ni manger dans les 15 minutes précédentes. Il ne faut pas utiliser de produits bucco-dentaire dans les 30 minutes précédant le test et il est recommandé d'enlever les appareils dentaires couvrant les gencives. Ensuite, on applique le tampon plat de l'extrémité du dispositif sur les gencives supérieures et inférieures. Puis, il faut insérer cette spatule dans un flacon contenant le révélateur. Les résultats apparaissent 20 minutes plus tard, sous forme d'une ou deux barres.

L'autotest sur fluide gingival peut être jeté à la poubelle avec les autres déchets ménagers.

Un résultat **négatif** ne peut être interprété en cas de prise de risque datant de moins de **3 mois**. En effet, les infections datant de moins de 3 mois ne peuvent pas être détectées par ces tests. Si le test est négatif et en l'absence de comportement à risque dans les trois derniers mois, le patient n'est pas infecté. Il n'est pas nécessaire de réaliser un test de confirmation.

Si le résultat est **positif**, celui-ci doit être confirmé par un ELISA de 4^{ème} génération en laboratoire. Le patient doit être réorienté vers un laboratoire d'analyses médicales ou un CeGIDD, et consulter un médecin le plus rapidement possible. Il faut rappeler l'importance d'un traitement précoce en cas d'infection VIH confirmée. Aussi, il est essentiel de ne pas rester seul face à ce résultat.

La fiabilité de ces tests n'est pas parfaite, il existe de faux positifs (test positif et absence de contamination) et de faux négatifs (test négatif et contamination réelle). Aussi, les ADVIH sur prélèvement gingival sont moins sensibles que les ADVIH sanguins en raison de la plus faible concentration d'anticorps dans le fluide gingival.

En pharmacie, lors de la délivrance, le patient doit se sentir en confiance et libre de poser autant de questions qu'il le souhaite. Il existe aussi un service d'assistance téléphonique (0 800 840 800 Sida Info Service, appel anonyme et gratuit), qui peut être d'une grande aide pour le patient car ce service est disponible 7j/7 et 24h/24.

Pour conclure, le pharmacien joue un rôle majeur dans le dépistage du VIH. Non seulement grâce à la délivrance des ADVIH, mais aussi grâce aux informations qu'il peut dispenser sur l'éventail des modes de dépistages disponibles, leurs intérêts, leurs limites, les lieux et les moyens d'y accéder (Tableau 3). Il est important aussi d'insister sur le fait que les tests et les résultats, peu importe le mode de dépistage, sont strictement **confidentiels**.

Il est essentiel de rappeler l'importance du dépistage pour réduire le délai entre infection et diagnostic. Ainsi, les patients peuvent accéder rapidement aux traitements qui permettent de vivre, tout simplement. Connaître son statut sérologique, c'est accéder rapidement aux traitements antirétroviraux, qui non seulement préservent sa santé mais aussi font disparaître la crainte de transmission du VIH à ses partenaires sexuels.

Tableau 3 : Comparatif des outils de dépistage de l'infection à VIH

	ELISA de 4^{ème} génération	TROD	ADVIH
Détection	Anticorps anti-VIH Antigène p24	Anticorps anti-VIH	Anticorps anti-VIH
Délai minimum pour obtenir un résultat fiable	6 semaines après l'exposition à risque	3 mois après l'exposition à risque	3 mois après l'exposition à risque
Lieu de réalisation	- Laboratoire d'analyses médicales - Services hospitaliers - CeGIDD	-Établissements ou services médico-sociaux -Associations habilitées	Domicile du patient
Prélèvement	Sang total (prise de sang)	Sang total, sérum ou plasma (goutte de sang capillaire)	Sang capillaire ou fluide gingival
Délai d'obtention du résultats	Quelques jours	Maximum 30 minutes	Maximum 30 minutes
Personne habilitée à lire le résultat	Un professionnel	Un professionnel ou une personne formée	Le patient lui-même
Interprétation si le résultat est NÉGATIF	Non infection si aucun comportement à risque dans les 6 dernières semaines	Non infection si aucun comportement à risque dans les 3 derniers mois	Non infection si aucun comportement à risque dans les 3 derniers mois
Interprétation si le résultat est POSITIF	Confirmation par Western-blot	Confirmation par ELISA de 4 ^{ème} génération	Confirmation par ELISA de 4 ^{ème} génération

7. La relation pharmacien-patient

Le pharmacien d'officine a un rôle, comme vu précédemment, dans la **prévention** du VIH, mais il **dispense** aussi les différents traitements antirétroviraux. Cette dispensation en ville permet aux patients d'accéder simplement à leurs traitements pouvant ainsi améliorer leur qualité de vie. Lorsqu'un patient vient à la pharmacie pour une délivrance, cela peut entraîner une discussion au cours de laquelle il peut confier ses doutes et ses inquiétudes vis-à-vis de sa pathologie ou de son traitement. Malgré l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie grâce aux antirétroviraux, les personnes séropositives ont besoin de se sentir soutenues, écoutées et accompagnées tout au long de leur prise en charge.

La **communication** est un élément essentiel pour permettre une utilisation appropriée des traitements et donc parvenir à un succès thérapeutique. Le patient est **acteur** de sa prise en charge. Il est capable de décider, même s'il ne dispose pas de toutes les connaissances médicales, il est apte à évaluer l'impact de son traitement sur sa vie. On parle de relation « partenariale » entre le patient et le soignant, qui s'établit par une véritable « **alliance thérapeutique** ». Ce terme se définit par un état de collaboration dans lequel il existe un respect mutuel, de l'empathie, de la confiance et de l'implication.

7.1. La confidentialité

La dispensation des traitements en officine se fait le plus souvent, sans rendez-vous, dans un espace ouvert avec la présence d'autres patients ou de collègues. Cela peut perturber l'échange en diminuant l'attention des interlocuteurs par peur d'être entendus ou par des interruptions lors d'une discussion par exemple. La confidentialité est donc une priorité pour avoir une discussion discrète et en conservant l'anonymat. Cela permet d'améliorer la communication patient-pharmacien et d'instaurer un climat de **confiance**.

Pour cela, plusieurs aménagements peuvent être mis en place. Tout d'abord, les **comptoirs** peuvent être espacés et distants pour garantir une conversation plus favorable. Aussi, des systèmes de retenue des patients, avec des lignes aux sols par exemple, permettant d'éloigner les patients des comptoirs. Enfin, un **espace de confidentialité** est recommandé. Cet espace doit être facilement accessible et permettre de s'entretenir en toute intimité avec le patient. Cette pièce doit être propice à engager le dialogue, elle doit donc être aménagée de manière chaleureuse et confortable. L'espace de confidentialité peut aussi servir à la réalisation **d'entretien thérapeutique**. En effet, l'entretien thérapeutique permet d'assurer une prise en charge personnalisée et optimale du patient (article 10-2 de la convention nationale (66)). Celui-ci permet de renforcer les rôles de conseils, d'éducation et de prévention, valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament, évaluer la connaissance du patient sur son traitement, et rechercher une adhésion thérapeutique pour l'aider à s'approprier son traitement.

Le respect de la confidentialité sur le statut sérologique du patient est donc indispensable pour assurer une relation de confiance patient-pharmacien.

7.2. Le secret professionnel

D'après le code de la santé publique, « le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment. » (Art. R. 4235-5 du CSP (67)). Le secret professionnel est un **devoir** du pharmacien (qui a prêté serment) et il ne peut s'y soustraire.

Le secret professionnel est un des éléments nécessaires à la confiance des patients. Sans cette confiance, la relation patient-pharmacien n'est pas possible.

7.3. L'écoute et l'empathie

L'empathie c'est l'aptitude du soignant à reconnaître la souffrance du patient et à le lui signifier. C'est l'une des premières compétences à développer par le pharmacien, ressentir et comprendre les émotions et les pensées du patient. L'empathie est une qualité première pour installer un climat de confiance. Une écoute attentive, compréhensive et bienveillante favorise l'expression du patient.

L'empathie permet au patient de se sentir **compris** et **valorisé** dans une période de sa vie où la maladie peut perturber la vision qu'il a de lui-même.

L'empathie s'exprime par le langage verbal mais aussi non-verbal. Le **langage verbal** permet d'émettre une idée de façon structurée et codifiée. Il est important d'adapter le discours médical, d'employer des termes connus et compris par le patient pour ne pas qu'une inégalité s'installe et le mette mal à l'aise. Le **langage non verbal** est plus compliqué à contrôler, il relève souvent de l'inconscient. Il comprend les expressions du visage, le regard, la gestuelle, l'occupation de l'espace ... Le langage non verbal complète le message oral et permet une bonne compréhension de l'information transmise.

En plus de l'empathie, lors d'une conversation avec le patient, le pharmacien doit aussi être capable d'être à l'écoute. **Être à l'écoute** de son patient, c'est **l'encourager** à exprimer son ressenti et lui montrer que l'on **comprend** ce qu'il dit. Ainsi, la reformulation peut être très intéressante lors de ces entretiens (par exemple : « J'entends bien que vous êtes inquiet car ... »). L'écoute permet de créer un climat propice à l'expression du patient, pour qu'il puisse exprimer au mieux son ressenti et poser ses questions. Elle permet de montrer que le pharmacien est **attentif** et **ouvert** à lui. Deux modes d'écoute sont à mettre en place : l'écoute passive et l'écoute active. **L'écoute passive** permet au patient de s'exprimer librement, sans interférence. Le pharmacien l'écoute tout simplement, avec des silences qui sont importants pour permettre au patient de réfléchir. **L'écoute active** permet une participation du pharmacien. Cela consiste à utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que l'on a bien compris le message du patient, et qu'on le lui démontre.

La stigmatisation des patients séropositifs peut être un facteur de stress et de dépression, pouvant malheureusement mener à une baisse du niveau d'observance. Se confier en **terrain neutre**, comme dans une officine, peut aider les patients. Il est donc primordial que le patient puisse s'entretenir en toute confidentialité, avec un pharmacien qui respecte son devoir de secret professionnel. Aussi, le pharmacien se doit d'acquérir des qualités d'écoute et d'empathie afin que chaque patient se sente compris, respecté, en confiance et non stigmatisé.

PARTIE 3 : L'enquête

1. Les objectifs de l'étude

Dans le cadre de cette thèse et afin d'approfondir le sujet du VIH/SIDA, nous avons décidé de réaliser une étude sous forme de **questionnaire**. L'objectif de cette enquête est d'estimer les **savoirs** et les **connaissances** des personnes interrogées sur le VIH/SIDA. De plus, nous voulions aussi que cette enquête nous permette d'analyser la **sensibilité**, la **culture** et la **perception** que portent les personnes sur le VIH/SIDA.

Ainsi, les questions devaient cibler des points importants sur les connaissances des personnes mais aussi sur leurs ressentis autour du sujet.

2. Méthode et support d'enquête

2.1. Composition et structure du questionnaire

Le questionnaire a été construit pour que son intégralité puisse se compléter en un laps de temps relativement court (environ 10 minutes). Ceci dans le but de récolter un maximum de réponses. Pour cela, la majorité des questions étaient présentées sous forme de questions à choix multiples (QCM) et étaient de type « fermé » de manière à ce que la personne y répondant ne puisse apporter qu'une ou plusieurs réponses, voire décider de ne pas se prononcer.

Nous avons utilisé le logiciel **Google Forms** pour diffuser et collecter les données de l'étude. Nous avons trouvé ce logiciel simple d'utilisation pour les personnes interrogées (le questionnaire peut être complété sur smartphone ou sur ordinateur), la diffusion est pratique (un lien est créé et partagé au plus grand nombre) et la collecte des données est efficace (le logiciel génère un tableur Excel avec toutes les réponses). Enfin, pour l'analyse de ces données nous avons utilisé **Microsoft Excel**.

Notre questionnaire était divisé en **3 parties** et contenait 22 questions (**Annexe 1**).

La première partie, portait sur des généralités concernant l'individu. Cela nous a permis de mieux cibler la population interrogée afin d'éventuellement déceler des biais dans notre étude. Cette partie s'appelait « **Quelques questions sur vous** » et comportait 7 questions à choix unique.

La seconde partie contenait des questions portant sur les connaissances du virus, les savoirs sur la maladie et sur les moyens de transmissions, de préventions et de dépistages. Elle s'intitulait « **Le VIH/SIDA, c'est quoi ?** » et contenait 6 questions avec majoritairement des questions à choix multiples.

Pour la troisième partie, nous avons décidé de nous intéresser à la sensibilité des personnes. Cela, dans le but d'estimer les représentations et la perception d'une population concernant

le VIH mais aussi des personnes séropositives. Cette dernière partie était composée de 9 questions et s'intitulait « **Vivre avec le VIH/SIDA** ».

2.2. Critères d'inclusion et période d'enquête

Une fois le questionnaire prêt, nous avons décidé de le diffuser majoritairement en ligne via les réseaux sociaux. Or, afin d'atteindre un plus large public (notamment les personnes plus âgées), un format papier a aussi été mis en place et distribué dans les pharmacies.

Concernant les critères d'inclusion dans l'enquête, nous avons décidé de les réduire au minimum afin d'avoir le plus de réponses possibles. Ainsi, pour qu'une personne soit incluse dans l'étude, elle devait être **majeure**. Aucune autre condition n'était à remplir. De plus, il faut préciser que les réponses sont totalement **anonymes**.

Pour conclure, notre questionnaire a été diffusé entre le 4 février et le 14 juin 2022. Au total, **359** questionnaires ont été complétés, ce qui nous semble être un panel suffisant pour permettre une analyse.

3. Les résultats de l'enquête

3.1. Partie 1 : « Quelques questions sur vous »

Cette première partie permet d'établir un **profil** sur les différentes personnes répondant à l'enquête. Ainsi, l'analyse des questions suivantes pourra être plus ou moins corrélée aux caractéristiques répondues dans cette première partie.

La première question concerne le sexe de la personne répondant au questionnaire.

Répartition selon le sexe

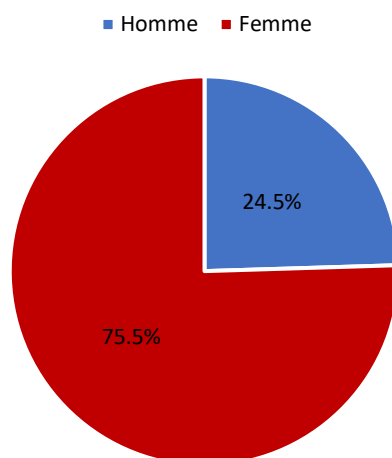


Figure 29 : Répartition selon le sexe

On observe une grande majorité de **femmes**, 271 questionnaires ont été complétés par des femmes contre 88 par des hommes.

Puis, on s'intéresse à l'âge de la personne interrogée.

Répartition selon les âges

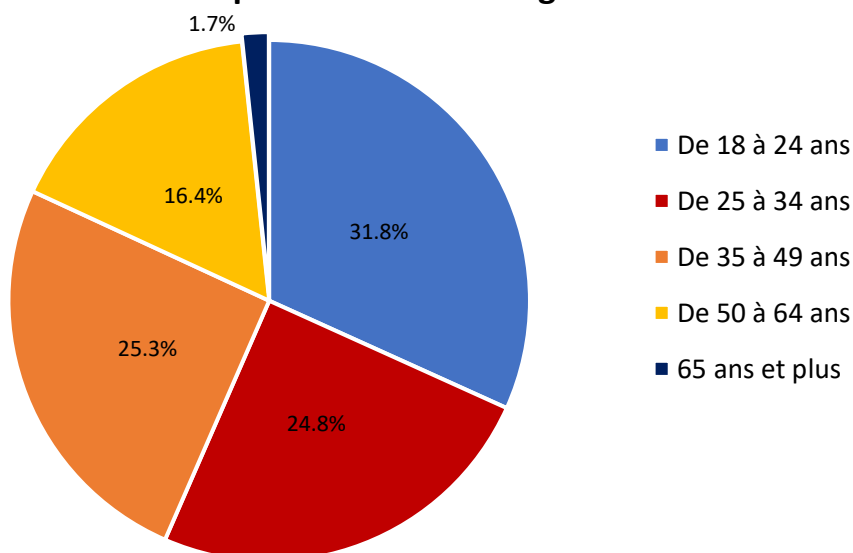


Figure 30 : Répartition selon les âges

La majorité des personnes interrogées ont entre **18 et 34 ans**, ils sont donc plutôt **jeunes**. En effet, la tranche des 18-34 ans représente 203 personnes, soit plus de 55% de l'échantillon.

Ensuite, on se renseigne sur le lieu de vie des personnes.

Répartition selon le lieu de vie

■ Agglomération parisienne ■ Commune urbaine ■ Commune rurale

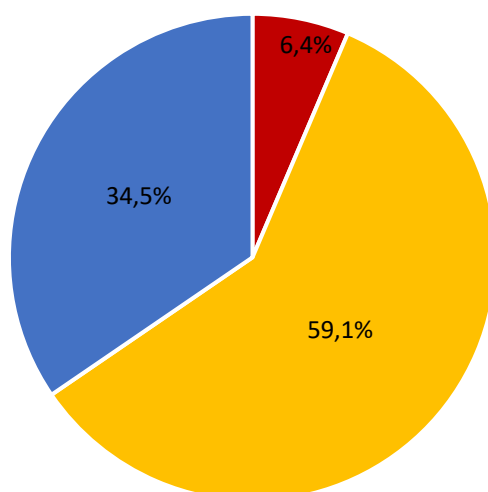


Figure 31 : Répartition selon le lieu de vie

On remarque donc que la majorité de l'échantillon habite dans une **commune urbaine**.

Puis, une question est posée sur le niveau de scolarité des personnes répondant au questionnaire.

Répartition selon le niveau d'étude

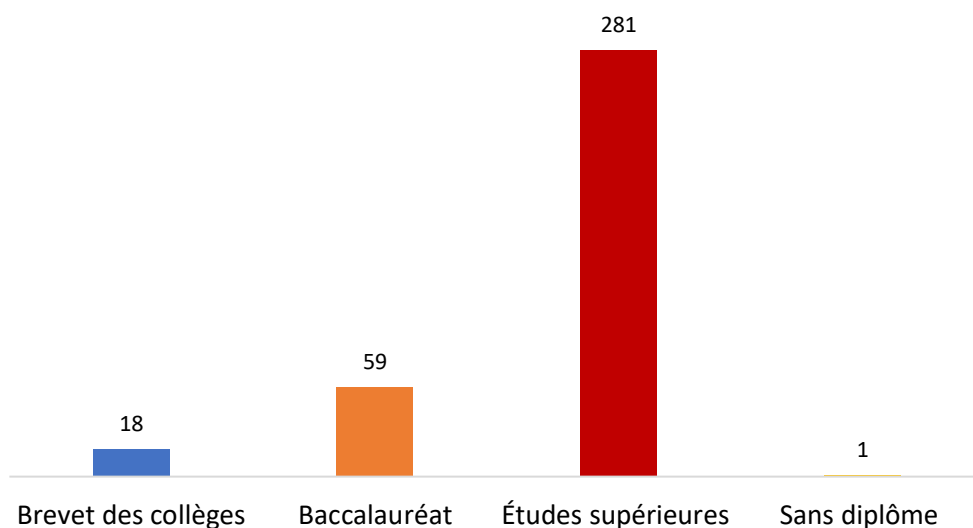


Figure 32 : Répartition selon le niveau d'étude

L'immense majorité du panel (78,3%) a un **diplôme d'étude supérieur**.

On s'intéresse ensuite à la catégorie socio-professionnel.

Répartition socio-professionnel

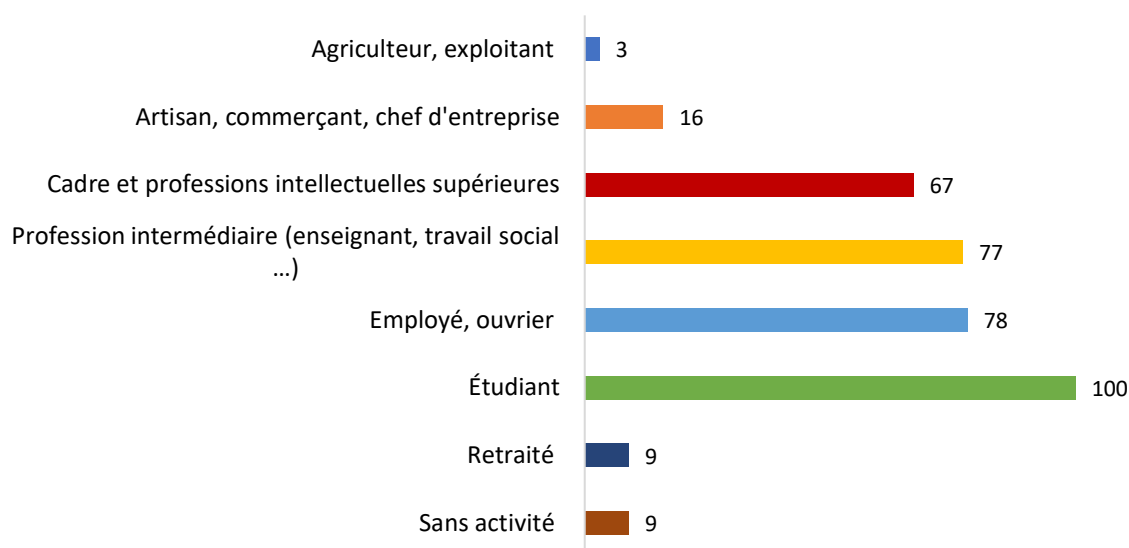


Figure 33 : Répartition selon les catégories socio-professionnelles

La majorité de l'échantillon possède un emploi (67,1%). On note aussi un nombre important d'étudiants, ce qui pouvait en effet être attendu, au vu de la répartition des âges et du niveau d'étude.

Par la suite, une question est posée sur la présence ou non d'une personne infectée par le VIH dans leur entourage.

Présence de personne séropositive dans l'entourage



Figure 34 : Répartition selon la présence, ou non, de personne séropositive dans l'entourage

La quasi-totalité de l'échantillon n'a donc pas de personne infectée par le VIH dans son entourage, ou ne le sait pas.

Pour finir, on demande aux interrogés d'estimer leur niveau d'information sur le sujet VIH/SIDA.

Niveau d'information ressenti sur le sujet VIH/SIDA

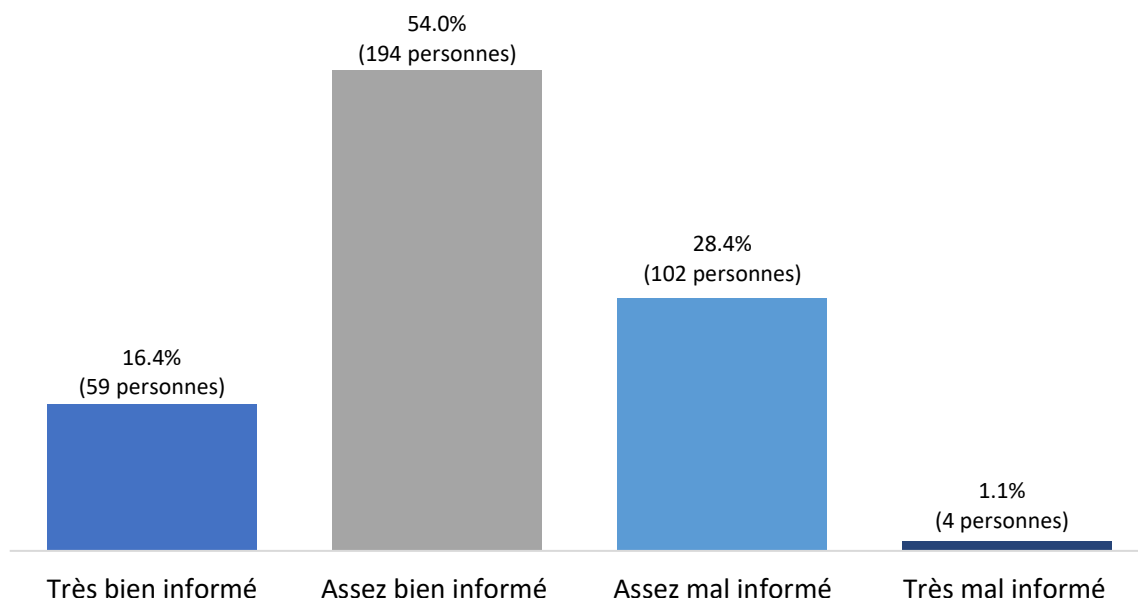


Figure 35 : Représentation du niveau d'information ressenti sur le sujet VIH/SIDA

70,5% se disent bien informés sur le VIH/SIDA dont 16,4% « très bien informés ». Plus des 2/3 de notre panel se dit donc bien informé sur le sujet. Cependant, ce niveau d'information déclaré est-il aussi haut qu'ils l'imaginent ? C'est ce que notre questionnaire permettra de révéler.

3.2. Partie 2 : « Le VIH/SIDA, c'est quoi ? »

Dans la deuxième partie de ce questionnaire, on s'intéresse aux niveaux d'informations, de connaissances et de savoirs des personnes.

La première question se voulait plutôt « simple » et portait sur la différence entre le VIH et le SIDA. Les personnes avaient le choix entre trois propositions et ne pouvaient en choisir qu'une seule.

Quelle est la différence entre le VIH et le SIDA ?

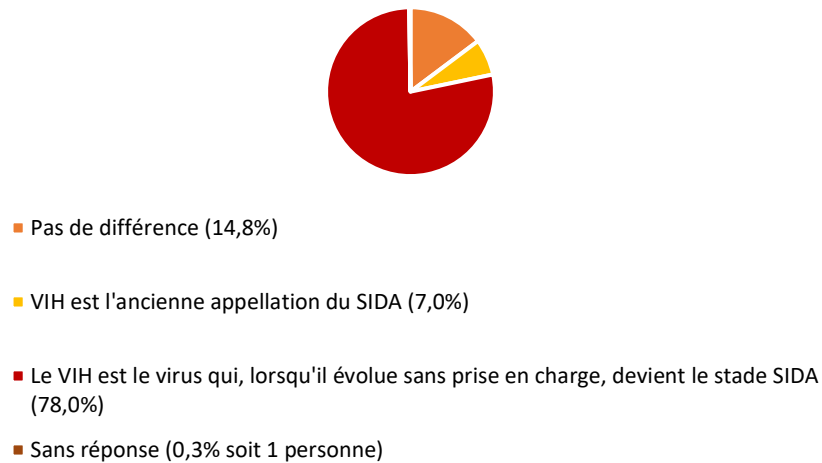


Figure 36 : Différence entre le VIH et le SIDA

Ainsi, 78,0 % du panel a su répondre correctement à cette question. La différence entre le VIH et le SIDA est donc **connue** par la majorité de l'échantillon.

Puis, on s'intéresse aux différents systèmes ou appareils de l'organisme. La question était de savoir quel(s) est/sont le ou les système(s) affecté(s) par le virus du VIH. Ici plusieurs réponses étaient donc possibles.

Quel(s) est/sont le(s) système(s) de l'organisme affecté(s) par le VIH ?

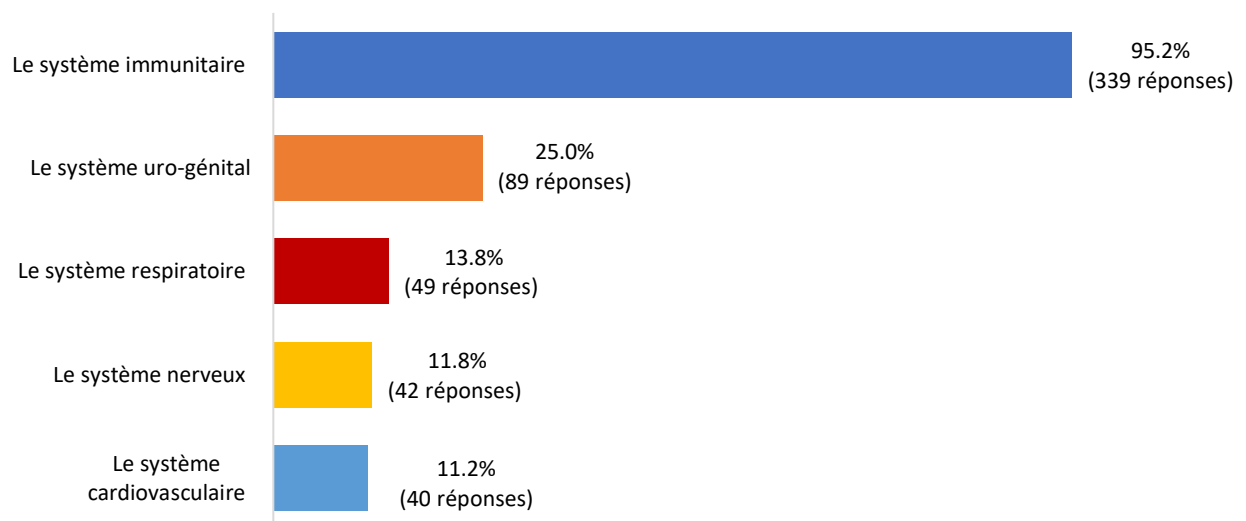


Figure 37 : Les systèmes de l'organisme affectés par le VIH

La grande majorité des personnes ont une réponse correcte, et savent que le VIH cible le **système immunitaire**. Cependant, ¼ du panel, ce qui n'est pas négligeable, pense aussi que le système uro-génital est touché. Est-ce en lien avec le fait que le VIH peut se transmettre lors de rapport sexuel ?

On s'intéresse ensuite aux modes de contamination du VIH. On a demandé de quelle(s) manière(s) est-il possible de se faire contaminer par le virus ? On liste plusieurs modes de contamination et la personne a le choix de répondre « oui », « non » ou « je ne sais pas ».

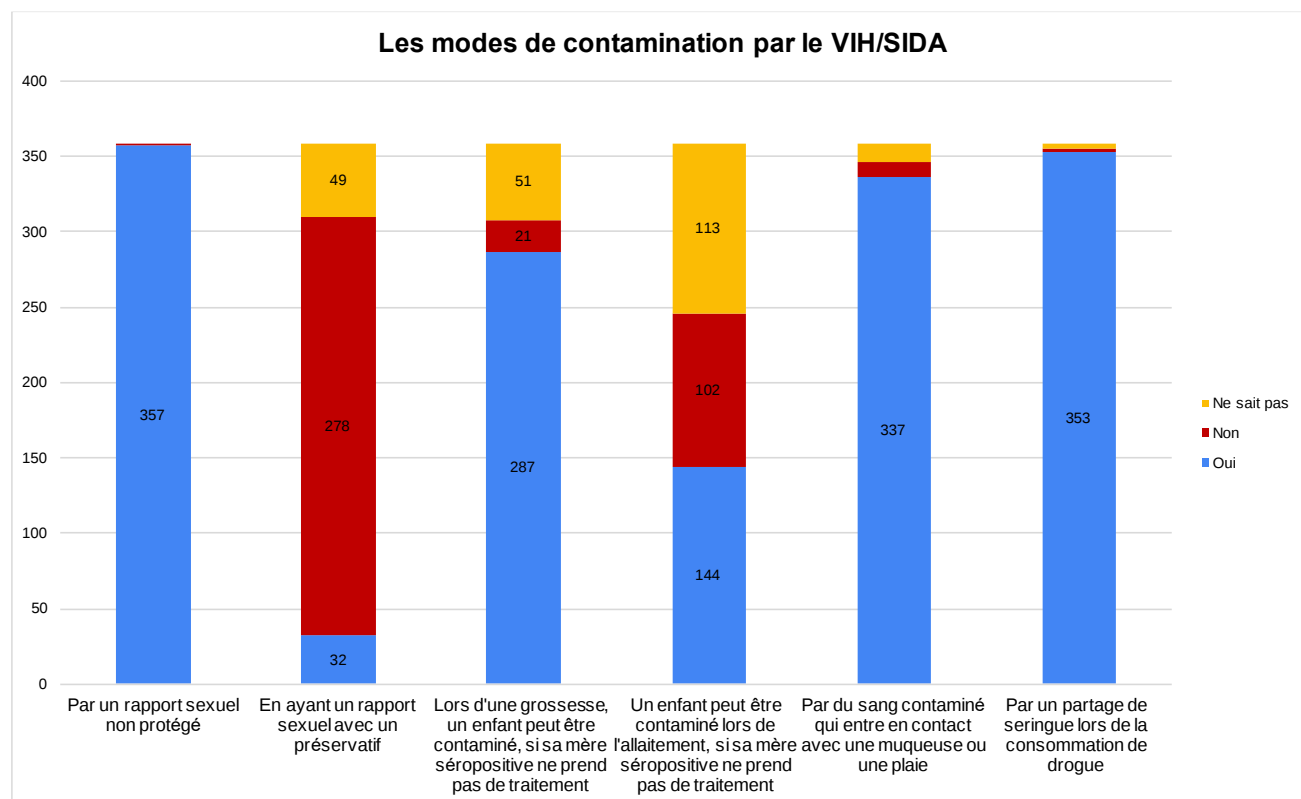


Figure 38 : Les modes de contamination du VIH

Tout d'abord, on s'intéresse aux risques de contamination par **voie sexuelle**.

Contamination par voie sexuelle

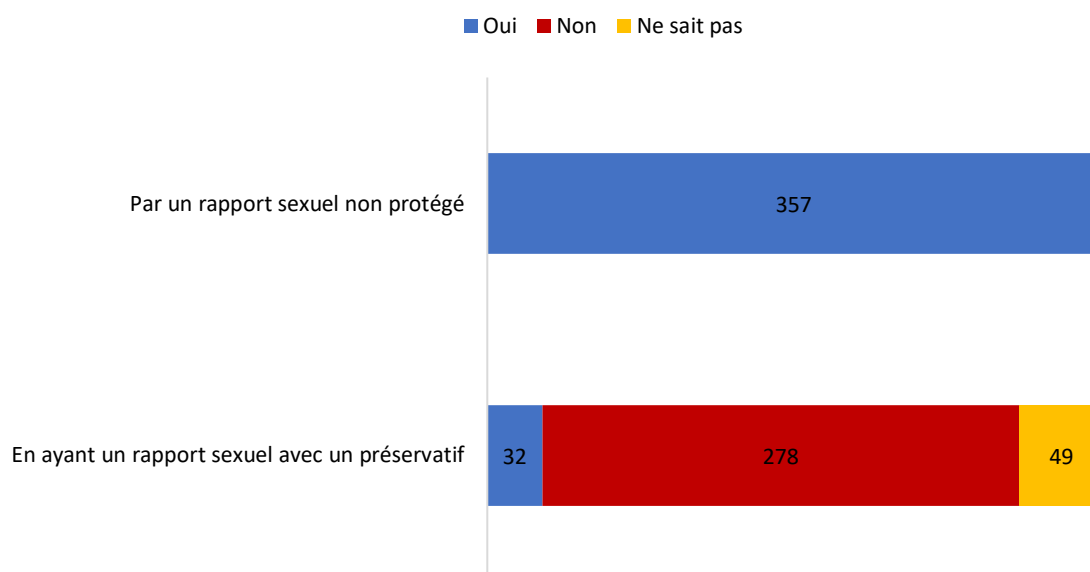


Figure 39 : La contamination par voie sexuelle

La grande majorité du panel sait qu'un **rapport sexuel non protégé est à risque**, c'est **99,4%** des réponses. En revanche, quand il s'agit d'un rapport sexuel avec un **préservatif**, **77,4 %** des personnes savent que le préservatif permet de se protéger du VIH, ce qui est bien inférieur au chiffre précédent.

Le port du préservatif pour se protéger du VIH n'est donc pas encore suffisamment connu dans la population. L'information doit continuer à être diffusée à la population dans le but, qu'un jour, la totalité des personnes, sache que le préservatif protège de la contamination du VIH lors de rapports sexuels. De plus, mettre un préservatif c'est bien, mais le mettre correctement et en vérifiant les éléments de fiabilité est aussi important. Ceci est-il connu et appliqué par l'ensemble de la population ?

Ensuite, on s'intéresse à **la transmission du VIH mère-enfant**.

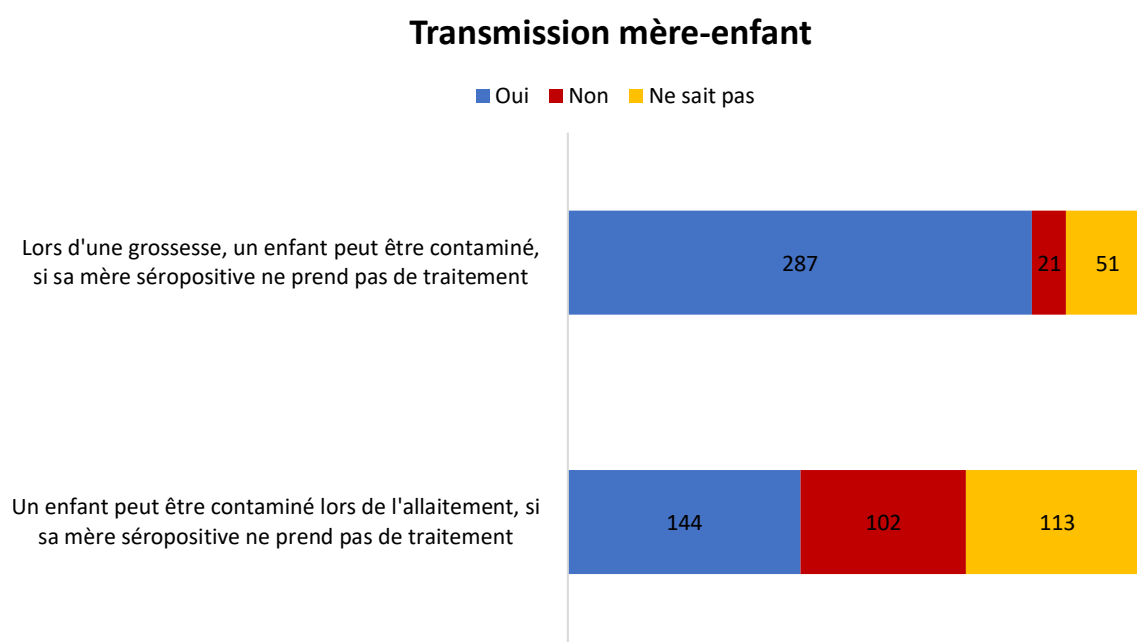


Figure 40 : La transmission mère-enfant

Presque **80%** des répondants savent que la **grossesse est une période à risque** pour l'enfant si la mère est séropositive et non traitée.

Cependant, lors de **l'allaitement**, les réponses sont plus divisées. 40,1% des personnes connaissent le risque pendant l'allaitement. En revanche 28,4% pensent que l'allaitement n'est pas à risque de transmission du VIH et 31,5% n'ont pas la réponse à cette question.

En France, le suivi pré-conceptionnel, pendant la grossesse et lors de l'allaitement est sécurisant. Même si ces modes de contamination ne sont pas connus de tous, nous avons en France un système de santé performant (proposition de dépistage, suivi de grossesse et d'accouchement ...) qui permet une prise en charge adaptée. De plus, en France l'allaitement artificiel est accepté et assez courant, cela permet de limiter le risque de transmission lors de cette période.

Enfin, on s'intéresse à la contamination par **voie sanguine**.

Contamination par voie sanguine

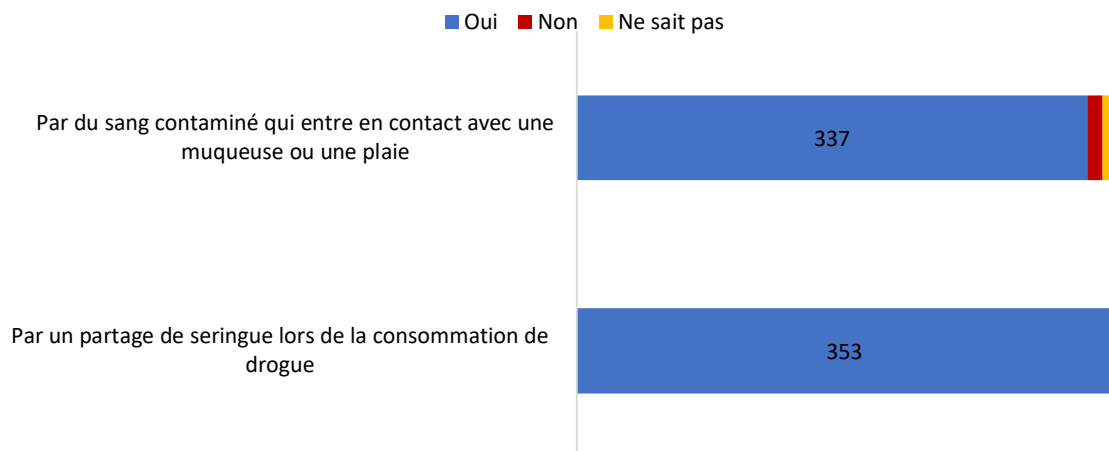


Figure 41 : La contamination par voie sanguine

93,9% des personnes savent qu'un contact avec du sang contaminé par le VIH est à risque. De plus, 98,3% savent aussi que le partage de seringue lors d'usage de drogue est à risque.

Le risque de contamination lié au sang est donc bien **connu**. Cependant, en cas de contact avec du sang potentiellement contaminé par le virus, les personnes savent-elles réagir ?

Dans la question suivante, on s'intéresse à la **prévention** de l'infection. On propose alors plusieurs moyens de prévention possible et les personnes doivent répondre « oui », « non », ou « je ne sais pas », si selon elles, le moyen proposé est efficace, ou non, pour se protéger et protéger nos partenaires de l'infection.

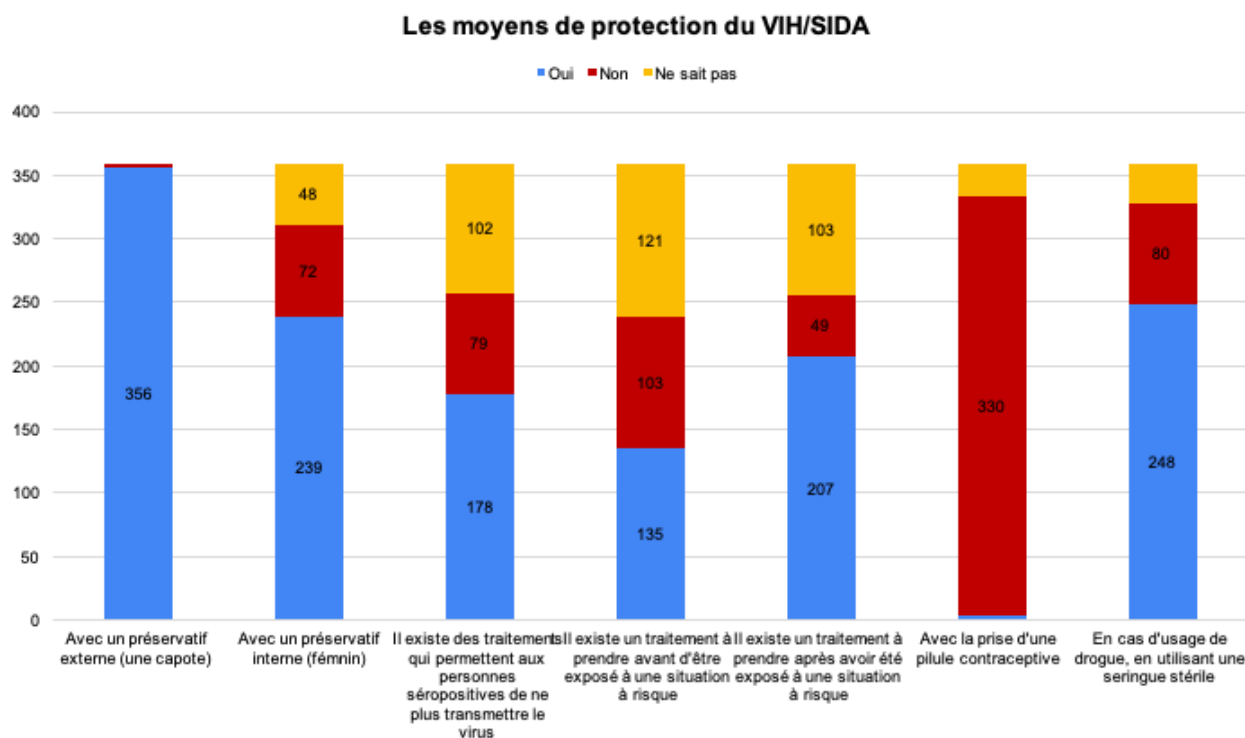


Figure 42 : Les moyens de se protéger et de protéger nos partenaires du VIH/SIDA

Premièrement nous allons étudier l'usage des préservatifs. L'effet préventif du préservatif masculin est bien connu par la majorité des personnes, 99,2 % des répondants savent qu'il protège du VIH. Concernant le **préservatif féminin** les réponses sont moins homogènes. 66,6% connaissent l'effet protecteur de ce préservatif contre le VIH, 13,4% ne savent pas et 20,1% pensent que le préservatif interne ne protège pas du VIH.

Comme vu précédemment, l'information sur l'effet protecteur du préservatif doit continuer à être diffusée. De plus, l'existence et le rôle protecteur du préservatif interne doit être promu. Ainsi, le but est que chaque personne puisse accéder à une contraception qui lui convienne. Or, pour ceci, il faut connaître les différents moyens de protection existant. L'information sur le préservatif interne est à poursuivre et à intensifier.

Ensuite, on s'intéresse aux différents traitements médicamenteux existant pour prévenir les infections à VIH.

Tout d'abord, le **TasP** ou les traitements permettant aux personnes séropositives de ne plus transmettre le virus. Seulement **49,6%** connaissent l'existence de ce traitement et 22,0% pensent que de tels traitement ne permettent pas de se protéger du VIH. Aussi, 28,4% des répondants ne savent pas si de tels traitements protègent ou non du VIH.

La moitié du panel est informé sur le TasP, c'est très insuffisant. Si la population était sensibilisée et correctement informée sur l'effet préventif des antirétroviraux, cela améliorerait la qualité de vie des personnes séropositives. En effet, cette méconnaissance entretient de fausses idées et stigmatise les personnes atteintes par le virus. Il est donc important de diffuser l'information sur le TasP afin de faire changer les regards et de lutter contre la discrimination.

Ensuite, concernant la **PrEP**, seul **37,6%** connaissent son existence. 28,7% ne pense pas qu'il existe un traitement à prendre avant d'être exposé à une situation à risque.

Ici encore, ces chiffres sont alarmants et montrent une vraie méconnaissance sur les moyens de prévention du VIH. En effet, la PrEP, bien que plutôt récente, permet aux personnes à haut risque d'infection de se protéger du VIH. Augmenter l'information sur la PrEP permet d'augmenter les chances de sensibiliser des personnes ayant besoin de ce mode de prévention. Là encore, la PrEP permet d'augmenter la qualité de vie des personnes et ainsi de contribuer à leurs épanouissements personnels.

Enfin, concernant le **TPE**, plus de la moitié (**57,7%**) connaissent son existence. C'est insuffisant, car toute personne peut, un jour, être exposée à une situation à risque. Il est donc important que toute personne ait connaissance de ce traitement. De plus, les personnes connaissent-elles les conditions et les démarches à suivre pour accéder à ce traitement ?

Il reste un vrai travail de sensibilisation concernant les modes de prévention médicamenteux existants !

Par la suite, un item portait sur la prise de la **pilule contraceptive** comme moyen de protection du VIH. Le rôle de la pilule contraceptive est bien compris dans l'échantillon de l'analyse. En effet, 91,9% des répondants savent que celle-ci ne protège pas du VIH.

Pour finir, en ce qui concerne la protection lors de l'usage de drogue, 69,1 % savent que la stérilité de la seringue permet de se protéger. Cependant, savent-ils comment stériliser une seringue et où se procurer du matériel stérile ?

Nous décidons ensuite d'approfondir sur les connaissances de la PrEP.

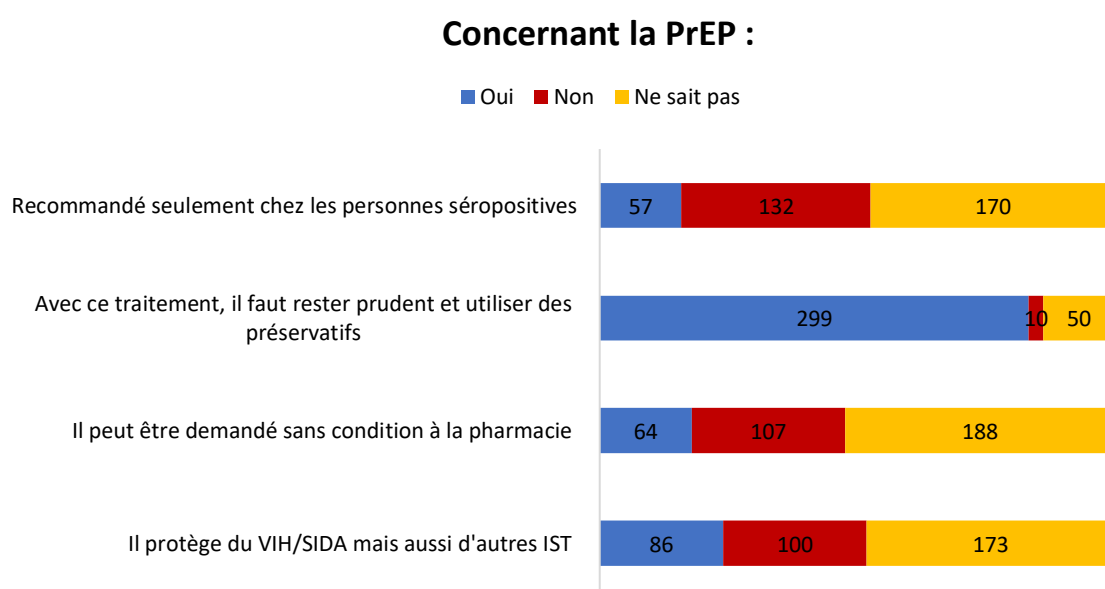


Figure 43 : Les connaissances sur la PrEP

La majorité 170 personnes, soit **47,4%**, ne savent pas **pour qui la PrEP est indiquée**. Seulement 132 personnes (soit 36,8%) savent que la PrEP est recommandée chez les personnes non infectées par le VIH.

Savoir à qui la PrEP s'adresse, c'est savoir qui peut en avoir besoin et qui peut accéder à ce mode de protection supplémentaire. Un tiers du panel c'est insuffisant, promouvoir la PrEP paraît, là encore, essentiel.

Ensuite, concernant l'utilisation du préservatif, la majorité, 83,3%, pense qu'il est préférable de l'utiliser malgré la prise de la PrEP. C'est, en effet, les recommandations actuelles, malgré la PrEP, le préservatif doit continuer à être utilisé.

Les conditions d'accès à la PrEP, ne sont pas connues de tous non plus. En effet, 52,4% ne savent pas si elle peut être demandée sans conditions en pharmacie. Cependant, 29,8% des personnes interrogées savent qu'elle ne peut pas être donnée à la pharmacie sans condition.

Pour finir, 47,7% des interrogés ne savent pas si la PrEP permet aussi de se protéger des autres IST. 27,9% savent qu'elle ne protège en effet que du VIH et non des autres IST. Ceci démontre encore une vraie méconnaissance de ce traitement par la majorité de l'échantillon.

La PrEP est plus simple d'accès et de plus en plus utilisée ses dernières années. Il faut donc continuer le travail pour promouvoir la PrEP afin qu'elle puisse être utilisée par les personnes en ayant besoin, afin d'améliorer leurs qualités de vie.

Pour finir cette partie, nous allons aborder les moyens de **dépistage** du VIH.

Faut-il se faire dépister le plus rapidement possible après la prise de risque ?

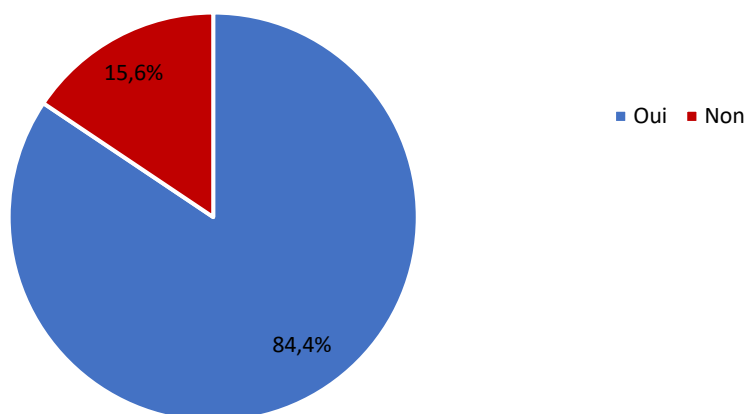


Figure 44 : Connaissance du délai avant le dépistage

Ainsi, la grande majorité (84,4%) n'a pas connaissance des délais entre la situation à risque et les différentes techniques de dépistage. Cependant, ne pas avoir connaissance de ces délais peut être acceptable si on sait à qui s'adresser pour avoir des informations fiables.

On demande ensuite, quel(s) est ou sont le(s) moyen(s) pour réaliser un dépistage du VIH/SIDA.

Connaissance des moyens de dépistage

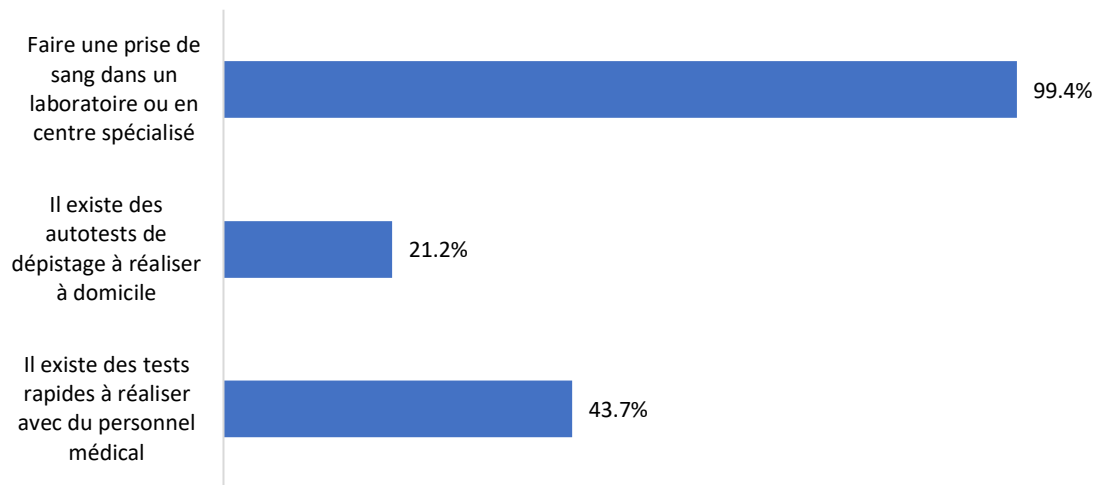


Figure 45 : Connaissance des différentes techniques de dépistage

La quasi-totalité des personnes interrogées savent qu'un des moyens de dépistage est de réaliser une **prise de sang** en laboratoire d'analyses médicales. Cependant, les autres techniques sont bien moins connues. Les **TROD** ne sont connus que par 43,7% des interrogés et les **ADVIH** seulement par 21,2%.

Cependant, le pharmacien doit être lui-même correctement formé afin de pouvoir informer les patients en cas de besoin. C'est notre rôle, en tant que pharmacien, d'insister sur ces « nouveaux » modes de dépistage.

3.3. Partie 3 : « Vivre avec le VIH/SIDA »

Dans cette dernière partie du questionnaire, on s'intéresse aux sentiments, aux *a priori* et à la perception que les interrogés ont du VIH et aussi des personnes séropositives.

La première question portait sur **l'espérance de vie** d'une personne atteinte par le VIH, récemment diagnostiquée et sous traitement en France.

Espérance de vie d'une personne séropositive

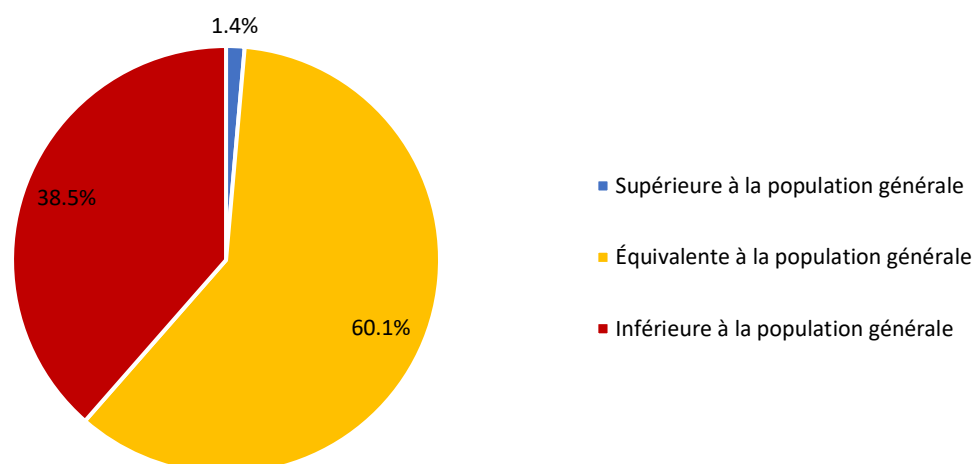


Figure 46 : Espérance de vie d'une personne séropositive au VIH

Pour la majorité des personnes interrogées (60,1%), l'espérance de vie d'une personne séropositive est équivalente à la population générale, ils ont donc raison. Malgré tout, 38,5% soit 138 personnes pensent encore qu'une personne atteinte par le VIH a une durée de vie plus courte qu'une personne n'ayant pas le VIH.

En France, la prise en charge, et notamment les traitements antirétroviraux, permettent aux personnes touchées par le VIH d'avoir la même espérance de vie que le reste de la population. L'efficacité des traitements actuels devrait être connue par une plus large partie de la population.

Pour la suite, les questions portent sur les représentations des personnes, sur le VIH et les personnes infectées par le virus.

Tout d'abord, on leur demande si, selon eux, une personne séropositive sous traitement peut présenter un danger pour les autres. Une échelle de réponse leur est proposée, de « oui tout à fait » jusqu'à « non pas du tout ».

Une personne séropositive, sous traitement, est-elle un danger pour les autres?

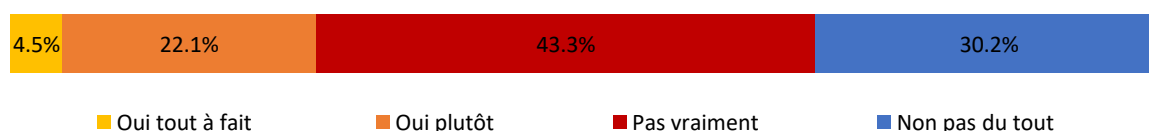


Figure 47 : Une personne séropositive, sous traitement, représente un danger pour les autres

26,5% soit 95 personnes pensent qu'une personne atteinte par le VIH, et même sous traitement, représente un danger pour les autres. Ainsi, ¼ du panel considère une personne traitée comme un danger, bien que la plupart d'entre eux se sentent bien informée sur le sujet !

Ensuite, on s'intéresse aux moyens de sensibilisation sur le sujet VIH/SIDA. Premièrement, la personne a-t-elle été sensibilisée sur cette maladie au cours de sa vie.

Sensibilisation au VIH

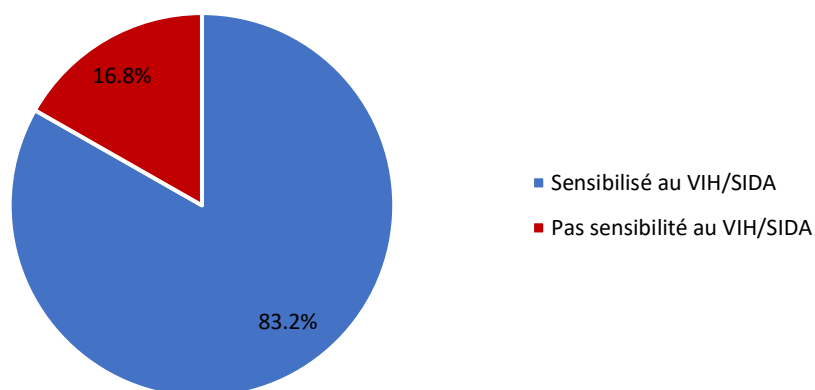


Figure 48 : Niveau de sensibilisation des interrogés

Ainsi, **83,2%** des personnes interrogées ont déjà été sensibilisées sur ce sujet.

On demande ensuite les voies d'informations par lesquelles, elles ont été sensibilisées, si c'est le cas. Des propositions sont faites et la personne peut choisir une ou plusieurs réponses.

Modes de sensibilisation

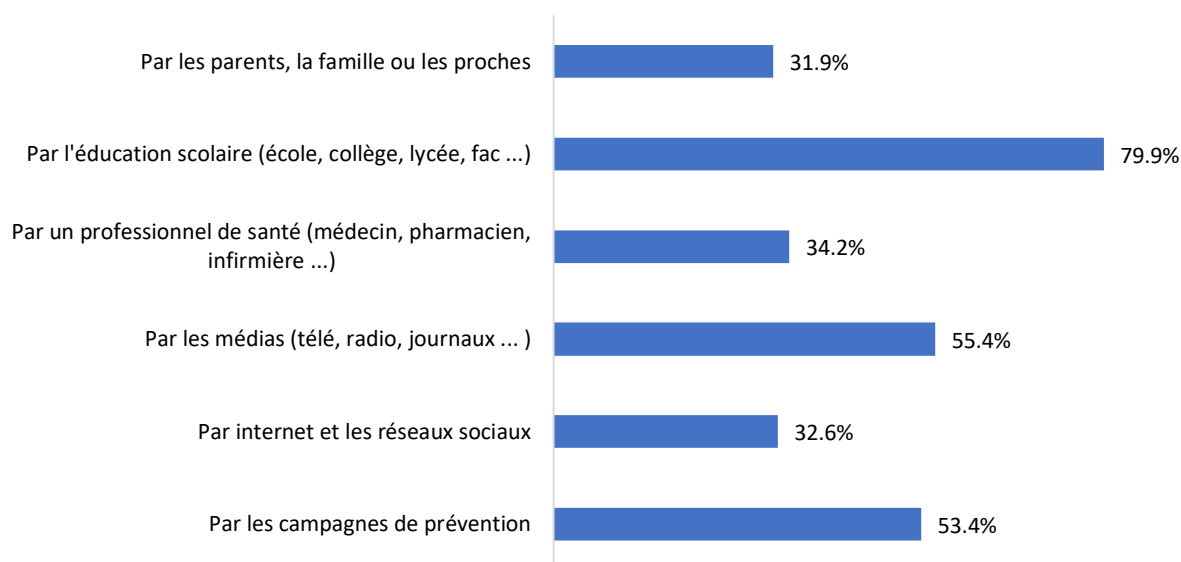


Figure 49 : Voies de sensibilisation sur le VIH/SIDA

Sur les 298 personnes interrogées et qui estiment avoir été sensibilisées sur ce sujet, la voie majeure d'information est **l'éducation scolaire**, soit 79,9% des réponses. Cependant, au vu de l'échantillon ayant participé à cette étude, il y a une majorité de jeunes avec un niveau d'étude important ou encore d'étudiants. Il est possible que ceci ait créé un biais. Le monde scolaire étant encore récent pour beaucoup de personnes du panel, cela peut « fausser » cette

donnée. Malgré tout, il reste incontestable que l'éducation scolaire ait un rôle important de sensibilisation contre le VIH/SIDA.

On note que les médias et les campagnes de prévention sont aussi des modes d'informations présents.

Puis, la question suivante porte sur les **associations de lutte** contre le VIH/SIDA. On demande aux interrogés de nommer, s'ils le peuvent, le nom d'une association. C'est la seule question ouverte de ce questionnaire. Trois principales associations sont ressorties :

Tableau 4 : Les principales associations de lutte contre le VIH/SIDA

Sidaction	127 réponses
Aides	71 réponses
Act up	11 réponses

Le **Sidaction** est l'association qui ressort majoritairement. Ceci est sûrement lié à l'évènement audiovisuel annuel pour la collecte de dons.

Ces trois associations citées ne sont pas une surprise, ce sont effectivement les trois associations de lutte contre le VIH les plus connues en France.

Pour la suite, différentes **affiches de prévention** sont proposées. Ces affiches proviennent de différentes époques de prévention du VIH/SIDA. La plus ancienne date des années 1980, à cette époque les premiers cas de VIH apparaissent. Mais c'est aussi dans ces années-là que l'autorisation de publicité pour les préservatifs est mise en place (**Annexe 2**). Ensuite, dans les années 1990, la lutte contre le VIH s'intensifie. Les affiches de prévention se veulent alors plus « chocs » et avec un langage plus direct (**Annexe 3**). Puis, pour l'affiche datant de 2009 le ton de « l'humour » est privilégié, en utilisant toujours un langage assez franc (**Annexe 4**). Et pour finir, l'affiche de la campagne de 2020 ne met pas en avant le préservatif mais a pour but de lutter contre la sérophobie (**Annexe 5**).

Parmi les quatre affiches proposées, les personnes devaient en choisir une, celle qui les interpelle le plus.

Les affiches de prévention

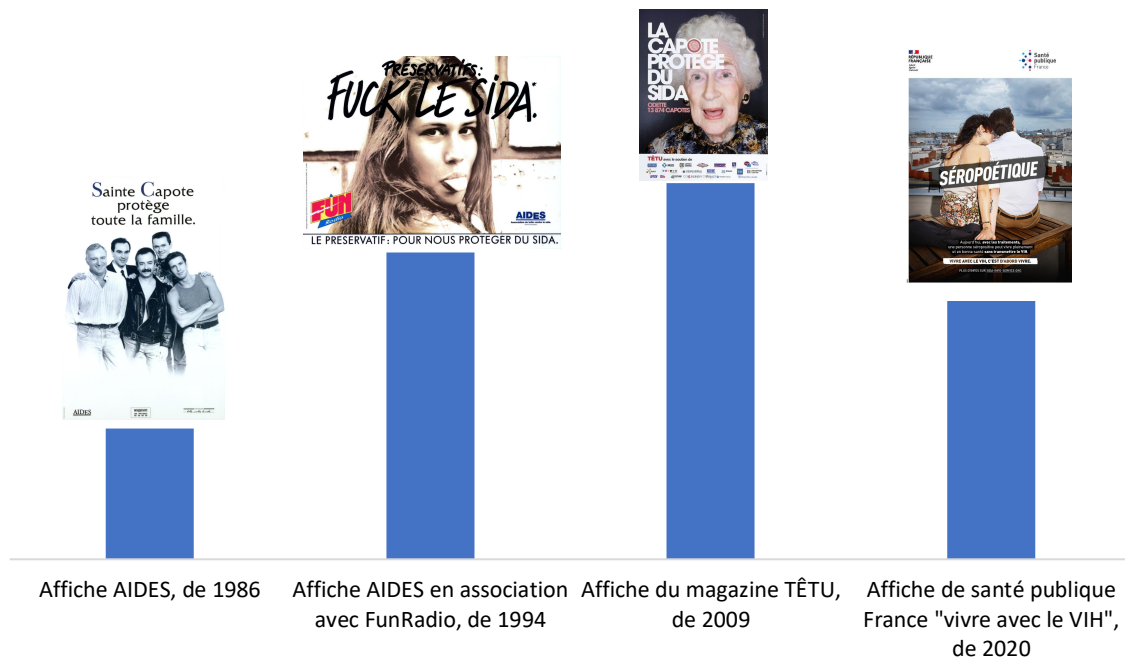


Figure 50: Sensibilisation par les affiches

On remarque que l’affiche qui interpelle le plus grand nombre est celle du magazine Têtu de 2009. Est-ce parce qu’elle se veut « drôle » au vu de la personne âgée avec son nombre de capotes utilisées ? L’affiche de 1994 est aussi bien représentée, est-ce à cause de son slogan très direct « *fuck le sida* » ? L’affiche de 2020, pour la promotion du TasP, reste tout de même interpellant pour l’échantillon. Pour finir, l’affiche de 1986, qui semble de nos jours totalement restrictive (seul les hommes « gay » sont représentés pour promouvoir l’utilisation du préservatif), n’interpelle qu’une minorité du panel.

Même si les modes de prévention du VIH/SIDA ont évolué selon les années, l’humour et les slogans « chocs » restent des éléments qui interpellent la population.

On s’intéresse ensuite aux sentiments et aux ressentis des personnes : sur leurs peurs face au VIH/SIDA et sur leurs émotions face à ce sujet. Pour cela, on leur demande si le VIH/SIDA leur fait peur et si ce sujet les met mal à l’aise. Là encore, une échelle est proposée entre « oui tout à fait » et « non pas du tout ».

Sentiments face au VIH/SIDA

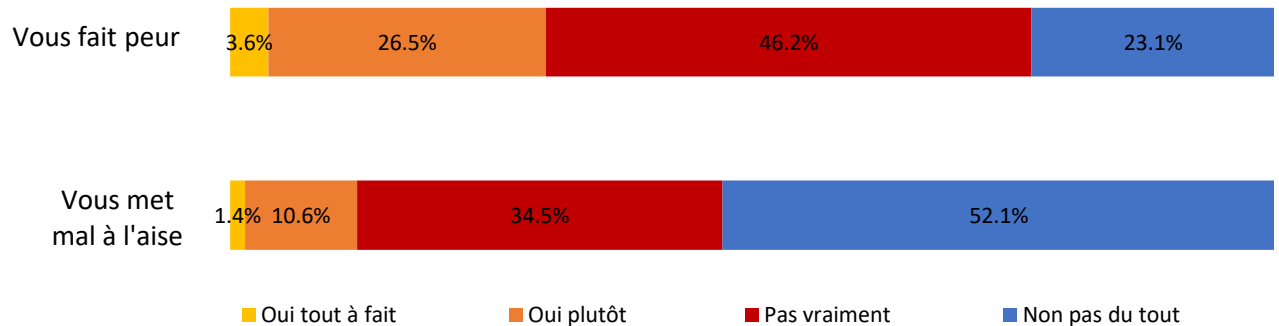


Figure 51 : Ressenti face au VIH/SIDA

30,1% soit 108 personnes, pensent que oui le VIH et le SIDA leur fait encore peur de nos jours. Ainsi, presque 1/3 du panel a peur du VIH/SIDA, mais peur de quoi ? Peur d'être contaminé ? Peur des personnes séropositives ? De plus, cette peur irrationnelle entretient la discrimination et la sérophobie.

En revanche, plus de la moitié des interrogés est à l'aise pour aborder le sujet VIH/SIDA. Cependant, on s'interroge si lors d'une relation sentimentale, ou si leur partenaire sexuel était séropositif, le sujet ne serait pas source de malaise ?

Ainsi, le sujet du VIH/SIDA reste une peur mais ce n'est plus un sujet tabou pour la majorité de la population.

Pour finir, nous réalisons une mise en situation de la personne pour connaître son comportement si elle découvrirait sa séropositivité.

Si découverte de séropositivité

■ Décide d'en parler à son entourage ■ Décide de ne pas en parler à son entourage

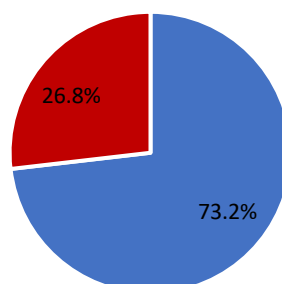


Figure 52 : Comportement face à la découverte d'une séropositivité

Presque ¼ du panel décide de ne pas en parler à son entourage, contre les ¾ qui parlerait de leur séropositivité à leur proche.

Puis, on interroge les personnes pour savoir les raisons qui les poussent ou non, à en parler à leur entourage. Plusieurs propositions sont faites, et la personne peut en choisir une ou plusieurs.

Parler de sa séropositivité à son entourage

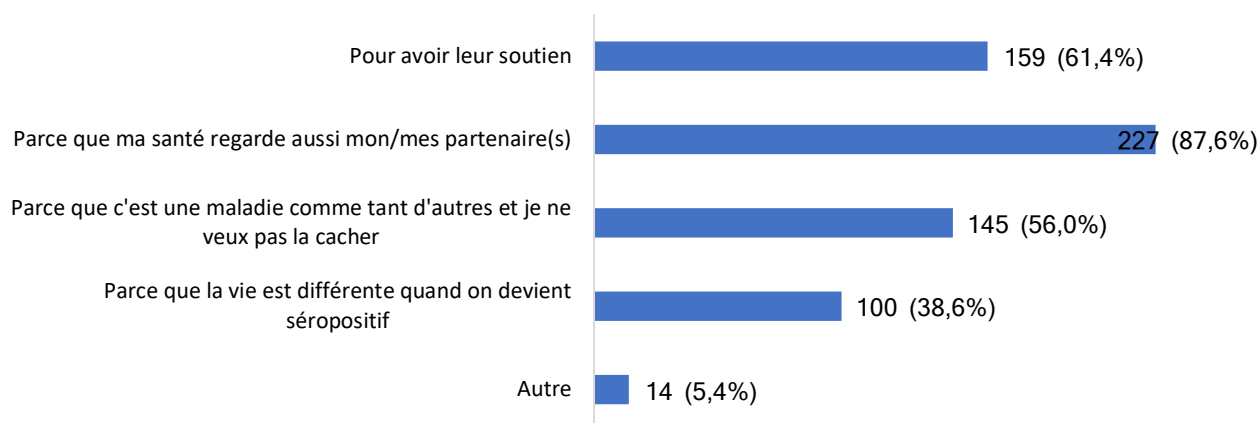


Figure 53 : Les raisons de parler de sa séropositivité à son entourage

Parler de sa séropositivité serait donc majoritairement pour prévenir son/ses partenaires. Cependant, maintenant des moyens existent pour ne pas transmettre le VIH même lorsqu'on est séropositif.

Les autres raisons de parler de sa séropositivité serait par besoin de soutien de la part de l'entourage et pour ne pas se cacher des autres.

Ne pas parler de sa séropositivité à son entourage

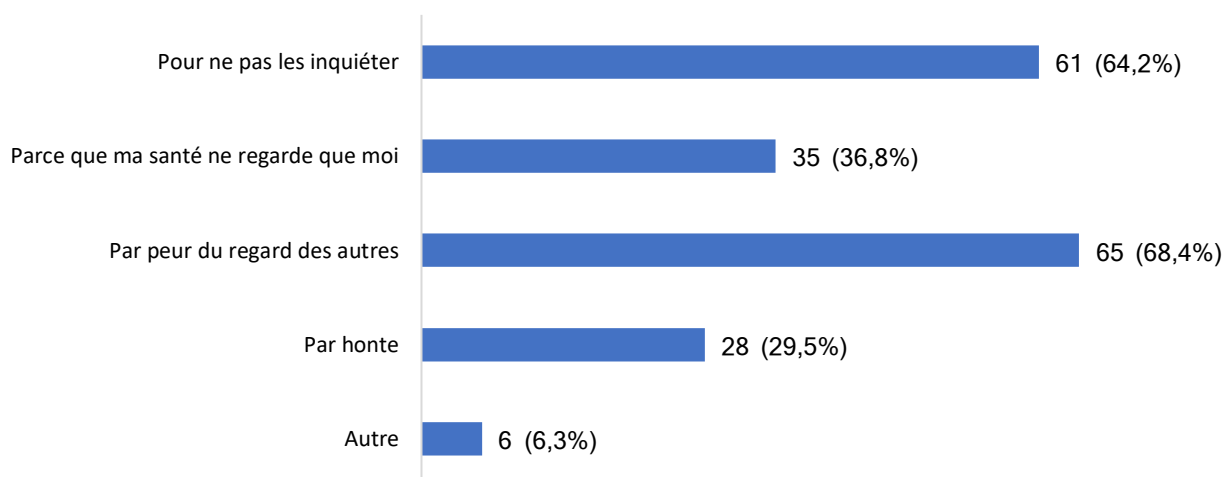


Figure 54 : Les raisons de ne pas parler de sa séropositivité à son entourage

Pour finir, ne pas parler de sa séropositivité autour de soi serait majoritairement par peur du regard des autres. Ceci prouve qu'il faut encore que les choses évoluent. La lutte contre la discrimination et la sérophobie doit continuer.

L'autre raison est aussi pour ne pas inquiéter ses proches. Cependant, les personnes ont-ils connaissance de la vie des personnes séropositives actuellement en France, avec les moyens thérapeutiques existants ?

4. Discussions

Nous allons maintenant comparer certains résultats obtenus à travers notre questionnaire avec ceux d'une autre étude disponible. Nous allons utiliser « Le rapport des français au VIH/SIDA 40 ans après son apparition : évaluation des connaissances et des perceptions » datant d'octobre 2021 et réalisé par l'institut CSA¹ pour le Crips (Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes). Dans cette étude nationale, un questionnaire a été réalisé, et 1 004 français âgés de 15 ans et plus ont participé. (68)

Premièrement, on se demande si une personne séropositive, sous traitement, est toujours perçue comme un **danger** pour les français. La réponse est **oui**. En effet, dans notre étude 26,5% du panel perçoit une personne traitée comme un danger. Pour l'étude du CSA, l'analyse est réalisée selon le secteur d'activité. Selon sa profession, une personne séropositive est plus ou moins perçue comme une source de danger. Les résultats varient entre 18 et 25% mais les personnes séropositives travaillant dans le secteur de la santé représentent la plus grande source de danger selon l'étude du CSA (25% de la population pense d'une personne atteinte par le VIH et travaillant dans la santé est un danger pour les autres). Les personnes travaillant dans les secteurs de la petite enfance, d'aide à la personne mais aussi les professions dans la restauration sont aussi perçues comme des dangers. De plus, cette perception de danger est également partagée par des gens qui se sentent informés sur le sujet du VIH/SIDA.

Ces chiffres sont alarmants et sont source de **sérophobie**. La raison de ce sentiment de danger, partagé par une partie de la population, serait la **peur** d'être contaminé. Or, cette peur est irrationnelle et persiste à cause d'idées reçues, de méconnaissances... Ceci ne fait qu'augmenter la discrimination. Pour lutter contre ces fausses idées, une seule solution : éduquer, informer et sensibiliser la population sur le VIH/SIDA.

Ensuite, on s'intéresse à la connaissance du TasP. Tout d'abord, dans l'étude du CSA 41% du panel sait qu'il existe des traitements qui permettent aux personnes séropositives de ne plus transmettre le VIH. Dans notre étude, 49,6% du panel connaît aussi ce traitement. Ainsi, le **TasP est inconnu pour la moitié de la population**, ce constat est choquant !

Le TasP est reconnu en France depuis 2009 et représente un énorme progrès. Ceci a révolutionné la qualité de vie des personnes séropositives, c'est aussi un outil de prévention efficace. De plus, il est incontestable que le TasP permet de faire changer les regards, de diminuer la stigmatisation et de lutter contre la discrimination des personnes séropositives. Des campagnes de promotion du TasP ont pourtant eu lieu : en 2016 la campagne

¹ CSA (*Consumer science & analytics*) est un institut de sondages français

« Révélation » lancé par AIDES (**Annexe 6**) et plus récemment en 2020, la campagne « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre » de Santé Publique France (**Annexe 7**).

Cependant, ceci n'est visiblement pas suffisant. Ces études nous montrent que des progrès sont à faire pour lutter contre la méconnaissance et la sérophobie.

Des solutions et des moyens doivent être trouvés et mis en place pour que le regard de la population change sur le VIH et sur les personnes séropositives. Quelle pourrait être la solution ? **Parler du VIH !**

Voici donc quelques exemples de moyens qui peuvent être mis en place pour parler du VIH.

Premièrement, la **prévention en milieu scolaire** doit être renforcée lors de l'éducation à la sexualité. La loi prévoit trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité à chaque niveau d'enseignement, dans le premier et le second degré. L'information et l'éducation des jeunes sur le VIH permettent non seulement de les protéger eux-mêmes, en comprenant les modes de contamination du virus, et les moyens de se protéger, mais aussi de combattre les idées fausses.

Ensuite, il serait intéressant de **renforcer les campagnes de communication** pour promouvoir **le traitement comme prévention**. En effet, le TasP révolutionne la qualité de vie des patients, c'est aussi un outil de prévention efficace, mais surtout ceci permet de faire changer les regards. Comme nous l'avons vu précédemment, toute la population n'a pas connaissance de ce traitement. Ainsi, cette méconnaissance entretient les idées reçues et la perception des personnes séropositives comme un danger. Informer la société sur le TasP paraît donc essentiel pour combattre la sérophobie, les préjugés et la discrimination.

Pour finir, en tant que **pharmacien**, notre rôle est aussi d'aborder le sujet du VIH quand celui-ci se présente. Cependant pour pouvoir éduquer et savoir répondre aux questions des patients, il faut être correctement formé sur le sujet du VIH/SIDA. Est-ce le cas pour tous les pharmaciens, concernant les avancées thérapeutiques récentes ?

Nous jouons aussi un rôle incontestable de **prévention** en tant que professionnel de santé de proximité.

Tout d'abord, à travers la délivrance de **préservatifs masculin** mais aussi **interne**. Il est important de vérifier que le patient sait correctement les utiliser, en ayant auparavant vérifié les éléments de fiabilité. De plus, le préservatif interne est encore méconnu d'une partie de la population, nous devons alors informer sur cette méthode de contraception afin que chaque personne puisse choisir, en pleine connaissance, un moyen de contraception qui lui corresponde.

De plus, nous sommes aussi amenés à délivrer du matériel stérile, à usage unique pour injection (**Stéribox®**). Il faut continuer à encourager l'utilisation de ce matériel stérile pour les usagers de drogues injectables afin de réduire le risque de transmission du VIH et des hépatites virales.

La dispensation de **PrEP** est aussi réalisée par le pharmacien. Là encore, il faut être en mesure de répondre aux potentielles questions des patients concernant notamment la tolérance, les interactions, les effets indésirables, les contre-indications ... Différents modes de prises sont possibles, et en cas de traitement discontinu, il peut être utile de rappeler les différents

schémas de prise en fonction des situations. Aussi, il faut insister sur l'importance de l'observance lors de la prise de ce traitement.

En tant que professionnels de santé de proximité, nous devons aussi être capables **d'orienter** les patients. C'est le cas lors d'une potentielle exposition d'une personne au VIH. Nous devons alors rapidement diriger le patient vers de proches structures capables de délivrer le TPE et rappeler que ce traitement doit être initié le plus tôt possible. Dans ces cas-là, le temps est précieux, le pharmacien doit être réactif et doit alerter le patient sur l'urgence de la situation.

Aussi, il est possible qu'une personne souhaite se faire **dépister** du VIH et vienne se renseigner en pharmacie. Il faut alors orienter vers le moyen de dépistage adéquat selon la situation du patient. Nous pouvons être amené à délivrer des ADVIH, il faut alors expliquer au patient le délai pour réaliser le test après la potentielle exposition, expliquer comment réaliser le test, comment lire les résultats ... Attention cependant lors de la délivrance d'un ADVIH, le patient qui va réaliser l'ADVIH est seul, et le résultat du test peut être brutal. Ce mode de dépistage, bien que plus simple à se procurer, n'est pas adapté à tout le monde et c'est notre rôle d'être vigilant.

Pour finir, l'information et l'éducation à la santé est un devoir du pharmacien. Ainsi, nous devons participer activement aux **campagnes de communication** autour du VIH/SIDA. C'est alors l'occasion d'aborder le sujet du VIH avec nos patients, de répondre à leurs questions mais aussi de promouvoir les avancées thérapeutiques. Le pharmacien doit participer à l'éducation autour du VIH et notamment autour du traitement comme prévention. Cela fait partie de nos missions de lutte contre la sérophobie, de déconstruire les fausses croyances et de combattre la peur irrationnelle qui existe encore autour des personnes séropositives.

CONCLUSION

Le VIH est une maladie qui persiste dans le monde, depuis plus de 40 ans, malgré les avancées thérapeutiques majeures. De plus, de par les caractéristiques virales, le VIH reste une maladie dont, pour le moment, on ne peut **pas guérir**. Cette maladie est alors une préoccupation de santé publique de portée **mondiale**.

Dans un premier temps, nous avons donc étudié la **singularité** de structure et de réplication du VIH. Nous avons aussi développé les différents traitements existants qui ont révolutionné la vie des personnes séropositives. Malgré tout, ces traitements restent chroniques et contraignants.

De plus, dans cette partie, nous avons observé que le VIH a **bousculé** les campagnes de prévention. Ainsi, des thèmes délicats, relevant de l'intime ont alors été abordés ouvertement auprès du grand public.

Puis, nous nous sommes interrogés sur notre rôle de pharmacien dans la prise en charge du VIH, en tant que professionnel de santé de proximité. Nous avons donc développé les différents outils de **prévention combinée**. Ce mode de prévention permet ainsi d'augmenter l'autonomie des personnes et leur pouvoir de décision en utilisant/combinant les outils qui s'adaptent le mieux à leur situation et à leurs besoins. La **communication** autour des outils de la prévention combinée reste essentielle pour élargir le champ de connaissance du grand public.

Pour finir, notre étude révèle une **méconnaissance** de la population autour du VIH. Cette méconnaissance entretient des peurs et la sérophobie. Il faut donc continuer **parler du VIH** ! Informer, éduquer, sensibiliser sur le VIH doit avoir une place importante dans notre métier de pharmacien d'officine.

Après la pandémie de Covid-19, le sujet du VIH est-il toujours une priorité ? La réponse est **oui**, il ne faut pas l'oublier pour autant. La maladie est encore présente et continue à se diffuser.

Cependant, les incroyables avancées thérapeutiques obtenues lors du développement de vaccin à ARN contre la Covid-19, offrent-elles un espoir pour faciliter le développement d'un vaccin contre le VIH ? Va-t-on pouvoir un jour soigner le VIH/SIDA ? Le graal du vaccin anti-VIH pourrait-il être atteint ? Malgré les évolutions majeures dans la prise en charge de la maladie, le regard de la société sur les personnes vivant avec le VIH évolue-t-il aussi vite ?

ANNEXES

ANNEXE 1 :

VIH/SIDA : connaissances et représentations

Bonjour,

Je vous propose de prendre quelques minutes pour répondre à une enquête sur le VIH/SIDA.

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de ma thèse de Pharmacie. L'objectif est d'estimer vos savoirs, mais aussi votre sensibilité, votre culture et votre perception du VIH/SIDA.

Cette étude est totalement anonyme.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retirer à tout moment vos réponses de l'étude.

Pour me contacter, je suis disponible par mail : charrier.margot15@gmail.com

Merci de votre participation !
Margot Charrier

*Obligatoire

1) Quelques questions sur vous

1. Je suis : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Un homme
☐ Une femme
☐ Autre

2. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ De 18 à 24 ans
☐ De 25 à 34 ans
☐ De 35 à 49 ans
☐ De 50 à 64 ans
☐ 65 ans ou plus

3. Où habitez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Agglomération parisienne
☐ Commune urbaine
☐ Commune rurale

4. Quel est votre niveau d'étude ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Brevet des collèges
☐ Baccalauréat
☐ Études supérieures
☐ Sans diplôme

5. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Agriculteur, exploitant
☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐ Cadre et professions intellectuelles supérieures
☐ Profession intermédiaire (enseignant, travail social ...)
☐ Employé, ouvrier
☐ Étudiant
☐ Retraité
☐ Sans activité

6. Avez-vous une personne séropositive dans votre entourage ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non, ou je ne le sais pas

7. Estimez-vous être suffisamment informé sur le VIH/SIDA ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Très bien informé	Assez bien informé	Assez mal informé	Très mal informé
-	☐	☐	☐	☐

2) Le VIH/SIDA, c'est quoi ?

8. VIH et SIDA, selon vous, quelle est la différence ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Il n'y a pas de différence
☐ VIH est l'ancienne appellation du SIDA
☐ Le VIH est le virus qui, lorsqu'il évolue sans prise en charge, devient le stade SIDA

9. Quel(s) est/sont le(s) système(s) de l'organisme affecté(s) par le VIH/SIDA ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Le système nerveux
☐ Le système respiratoire
☐ Le système uro-génital
☐ Le système immunitaire
☐ Le système cardiovasculaire

10. D'après ce que vous savez, de quelle(s) manière(s) pouvons-nous être contaminé(s) par le VIH/SIDA ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Je ne sais pas
En ayant un rapport sexuel non protégé	☐	☐	☐
En ayant un rapport sexuel avec un préservatif	☐	☐	☐
Lors d'une grossesse, un enfant peut être contaminé, si sa mère séropositive ne prend pas de traitement	☐	☐	☐
Un enfant peut être contaminé lors de l'allaitement, si sa mère séropositive ne prend pas de traitement	☐	☐	☐
Si du sang contaminé entre en contact avec une muqueuse ou une plaie	☐	☐	☐
S'il y a partage de seringue lors de la consommation de drogue injectable	☐	☐	☐

11. Comment se protéger et protéger nos partenaires de l'infection ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Avec un préservatif externe (capote)	☐	☐	☐
Avec un préservatif interne (féminin)	☐	☐	☐
Il existe des traitements qui permettent aux personnes séropositives de ne plus transmettre le virus	☐	☐	☐
Il existe un traitement à prendre avant d'être exposé à une situation à risque	☐	☐	☐
Il existe un traitement à prendre après avoir été exposé à une situation à risque	☐	☐	☐
Avec la prise d'une pilule contraceptive	☐	☐	☐
En cas d'usage de drogue, en utilisant une seringue stérile	☐	☐	☐

12. Concernant le traitement pré-exposition :

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Il protège du VIH/SIDA mais aussi d'autres IST (infection sexuellement transmissible)	☐	☐	☐
Il peut être demandé sans condition en pharmacie	☐	☐	☐
Avec ce traitement, il faut rester prudent et utiliser des préservatifs	☐	☐	☐
Ce traitement est recommandé seulement chez les personnes séropositives	☐	☐	☐

13. Selon vous, quel(s) est/sont le(s) moyen(s) de dépister le VIH/SIDA ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Faire une prise de sang dans un laboratoire ou en centre spécialisé
☐ Il existe des autotests de dépistage à réaliser à domicile
☐ Il existe des tests rapides à réaliser avec du personnel médical
☐ Dans tous les cas, il faut se faire dépister le plus vite possible après la prise de risque

3) Vivre avec le VIH/SIDA

14. Pensez-vous que l'espérance de vie d'une personne séropositive récemment diagnostiquée, sous traitement en France, est :

Une seule réponse possible.

- ☐ Supérieure à la population générale
☐ Equivalente à la population générale
☐ Inférieure à la population générale

15. Pensez-vous qu'une personne séropositive sous traitement peut présenter un danger pour les autres ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Non pas du tout	Pas vraiment	Oui plutôt	Oui tout à fait
.	☐	☐	☐	☐

16. Avez-vous déjà été sensibilisé à la prévention du VIH/SIDA ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

17. Si oui, comment ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Par les parents, la famille ou les proches
☐ Par l'éducation scolaire (école, collège, lycée, fac...)
☐ Par un professionnel de santé (médecin, pharmacien, infirmière...)
☐ Par les médias (télé, radio, journaux...)
☐ Par internet et les réseaux sociaux
☐ Par les campagnes de prévention

18. Pouvez-vous nommer une association de lutte contre le VIH/SIDA :

19. Laquelle de ces affiches de prévention vous interpelle le plus :

Une seule réponse possible.



☐ Affiche AIDES en association avec FunRadio, de 1994



☐ Affiche du magazine TÊTU, de 2009



☐ Affiche de santé publique France 'vivre avec le VIH', de 2020



☐ Affiche AIDES, de 1986

20. Diriez-vous que le sujet VIH/SIDA :

Une seule réponse possible par ligne.

	Non pas du tout	Pas vraiment	Oui plutôt	Oui tout à fait
Vous fait peur	☐	☐	☐	☐
Vous met mal à l'aise	☐	☐	☐	☐

21. Si vous appreniez que vous étiez vous-même séropositif(ve) :

Une seule réponse possible.

- ☐ Je parlerais de ma séropositivité à mon entourage *Passer à la question 23*
☐ Je ne parlerais pas de ma séropositivité à mon entourage *Passer à la question 22*

22. Pour quelle(s) raison(s) n'en parleriez-vous pas à votre entourage ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pour ne pas les inquiéter
☐ Parce que ma santé ne regarde que moi
☐ Par peur du regard des autres
☐ Par honte
☐ Autre

Passer à la section 7 (C'est terminé ! Merci d'avoir participé !!).

23. Pour quelle(s) raison(s) en parleriez-vous à votre entourage ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pour avoir leur soutien
☐ Parce que ma santé regarde aussi mon/mes partenaire(s)
☐ Parce que c'est une maladie comme tant d'autres et je ne veux pas la cacher
☐ Parce que la vie est différente quand on devient séropositif
☐ Autre

Passer à la section 7 (C'est terminé ! Merci d'avoir participé !!).

C'est terminé ! Merci d'avoir participé !!

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

ANNEXE 2 :

Affiche AIDES, de 1986 (69)

Sainte Capote protège toute la famille.



AIDES

NUMERO VERT
SIDA INFO-SERVICE
05 36 66 36

... lutte contre le sida ...

ANNEXE 3 :

Affiche AIDES en association avec FunRadio, de 1994 (69)



ANNEXE 4 :

Affiche du magazine TÊTU, de 2009 (70)

LA CAPOTE PROTEGE DU SIDA

ODETTE 13 874 CAPOTES

TÊTU avec le soutien de

durex **MSD** **CONSEIL GÉNÉRAL** **VIDÉO** **Hansaplast** **AP** **Vie** **Pharm**

insert **CONSEIL GÉNÉRAL ALPES-MARITIMES** **SNEG** **Abbott** **ina** **NON STOP MEDIA CART.COM**

IDTGV **SNCF** **promap** **COLEMAN** **CPIC** **IDEF** **JANSSEN-CRAG** **Bristol-Myers Squibb**

ANNEXE 5 :

Affiche de Santé publique France "Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre", de 2020 (49)



SÉROPOÉTIQUE

Aujourd'hui, **avec les traitements**,
une personne séropositive peut vivre pleinement
et en bonne santé **sans transmettre le VIH.**

VIVRE AVEC LE VIH, C'EST D'ABORD VIVRE.

PLUS D'INFOS SUR [SIDA-INFO-SERVICE.ORG](https://www.sida-info-service.org)

ANNEXE 6 :

Campagne « Révélation » lancé par AIDES, 2016 (71)



ANNEXE 7 :

Campagne « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre », de Santé publique France, décembre 2020 (49)



Webographie :

1. Les grandes avancées - VIH et sida tremblent mais résistent / Histoire de l'Inserm [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/50-ans-de-l-inserm/les-grandes-avancees/vih-et-sida-tremblent-mais-resistent>
2. Bulletin de santé publique. Décembre 2021. [Internet]. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: [BSP_National_VIH_IST_2021_v2.pdf](#).
3. UNAIDS_FactSheet_fr.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
4. Les violences sexuelles subies par les femmes : un facteur important d'exposition au VIH [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://transversalmag.fr/articles-vih-sida/1753-Les-violences-sexuelles-subies-par-les-femmes-un-facteur-important-d-exposition-au-VIH>
5. L-objectif des 90-90-90 est un bon indicateur | Transversal : VIH & sida aujourd'hui [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://transversalmag.fr/articles-vih-sida/1310-L-objectif-des-90-90-90-un-bon-indicateur->
6. Phylogénie des SIV et des VIH [Internet]. [cité 26 mars 2022]. Disponible sur: Peeters M, Chaix ML, Delaporte E. Phylogénie des SIV et des VIH - Mieux comprendre l'origine des VIH. médecine/sciences. 1 juin 2008;24(6-7):621-8.
8. Schéma structural du VIH [Internet]. [cité 26 mars 2022]. Disponible sur: [lycee-ressources-schema-structural-du-vih.pdf](#).
9. VIRUS_VIH.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/02/VIRUS_VIH.pdf
10. Foire aux questions : VIH et sida [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
11. VIH/sida [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida>
12. Blanc et al. - 2018 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/11/experts-vih_grossesse.pdf
13. vih_guidemedecin_version_web.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/vih_guidemedecin_version_web.pdf
14. Blanc et al. - 2018 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/01/experts-vih_initiation.pdf
15. Recommandations VIH (infection par le) [Internet]. VIDAL. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/vih-infection-par-le-1783.html>
16. gt-vih-tableau-antiretroviraux-2021_v11-fr-1.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://www.guidetherapeutiquevih.com/wp-content/uploads/2022/01/gt-vih-tableau-antiretroviraux-2021_v11-fr-1.pdf
17. Les-modes-d'action-en-fonction-des-etapes-de-replication-du-virus-VIH.jpg (Image JPEG, 554 × 416 pixels) [Internet]. [cité 29 avr 2022]. Disponible sur: <https://vihcliv.fr/wp->

content/uploads/2017/02/Les-modes-daction-en-fonction-des-etapes-de-replication-du-virus-VIH.jpg

18. Le virus du sida. Les étapes de l'entrée du VIH dans un lymphocyte. [Internet]. Planet-Vie. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/microbiologie/virologie/le-virus-du-sida>
19. Blanc et al. - 2017 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/01/experts-vih_optimisation.pdf
20. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. Epidémiologie de l'infection. [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2016;15.
21. CT-18976_Planning CT fin 2020-2021.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18976_Planning%20CT%20fin%202020-2021.pdf
22. CT-18978_Planning CT fin 2020-2021.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18978_Planning%20CT%20fin%202020-2021.pdf
23. Remaides 116 : disponible [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/remaides/remaides-116-disponible>
24. 1991-2003 : l'affaire du sang contaminé | INA [Internet]. ina.fr. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/1991-2003-l-affaire-du-sang-contamine>
25. Le Sida, il ne passera pas par moi, Musée National de l'Éducation, Les collections du Musée national de l'Éducation [Internet]. Les collections du Musée national de l'Éducation. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.reseau-canope.fr/musee/collections/fr/museum/mne/le-sida-il-ne-passera-pas-par-moi/89435e61-6334-4eb1-8ed1-16ff57e9a3d5>
26. De la capote géante au faux mariage gay... quand Act Up était activiste [Internet]. France Culture. 2017 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/de-la-capote-geante-au-faux-mariage-gay-quand-act-etait-activiste>
27. Histoire et victoires de l'association [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/histoire-et-victoires-de-lassociation>
28. AIDES lance PrEP 4 Love, la première campagne nationale d'information et de promotion de la PrEP [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/communiqu/aides-lance-PrEP-4-love-la-premiere-campagne-nationale-dinformation-et-de-promotion-de>
29. #Révélation [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/campagne/revelation>
30. Sidaction [Internet]. Sidaction. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/>
31. Page d'accueil | Aides [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.aides.org/>
32. Up-Paris A. Act Up-Paris, association de lutte contre le sida-VIH, les IST, les hépatites [Internet]. Act Up-Paris. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.actupparis.org/>
33. Cespharm - Catalogue [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur:

[https://www.cespharm.fr/prevention-sante/Catalogue/\(theme\)/104/](https://www.cespharm.fr/prevention-sante/Catalogue/(theme)/104/)

34. Annuaire [Internet]. Sida Info Service. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/annuaire/>
35. SPF. Outils sur la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité à destination des adolescents [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/outils-sur-la-sante-sexuelle-et-l-education-a-la-sexualite-a-destination-des-adolescents>
36. Blanc et al. - 2017 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf
37. Prévention de la transmission du VIH et des hépatites virales – Arcat – Groupe SOS [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.arcat-sante.org/infos-cles/vih/prevention-de-la-transmission-du-vih-et-des-hepatites-virales/>
38. CIRC.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_44696/CIRC
39. Blanc et al. - 2017 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;32.
40. Les homosexuels autorisés à donner leur sang, sans période d'abstinence, depuis le 16 mars 2022 [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15457>
41. Dossier : tout savoir sur le Chemsex [Internet]. Sida Info Service. 2017 [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex/>
42. Blanc et al. - 2017 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2018;52.
43. Tolérance pour l'enfant des antirétroviraux durant la grossesse [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: Blanche S, Warszawski J. Tolérance pour l'enfant des antirétroviraux durant la grossesse. médecine/sciences. 1 avr 2013;29(4):383-8.
44. Foire aux questions : VIH et sida [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
45. Cespharm - Questions d'ados (amour-sexualité) - brochure [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/Catalogue/Questions-d-ados-amour-sexualite-brochure4>
46. Des préservatifs remboursés dès le 10 décembre [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/des-preservatifs-rembourses-des-le-10-decembre>
47. La circoncision. Un espoir de réduction de l'infection à VIH en Afrique australe. [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: Legeai C, Auvert B. La circoncision - Un espoir de réduction de l'infection à VIH en Afrique australe. médecine/sciences. 1 mai 2008;24(5):499-504.
48. Le traitement post-exposition au VIH [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/vih-sida-traitement-post-exposition>
49. Vivre avec le VIH c'est d'abord vivre - Nouvelle campagne contre les discriminations

- liées à la séropositivité VIH [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/vivre-avec-le-vih-c-est-d-abord-vivre-nouvelle-campagne-contre-les-discriminations-liees-a-la-seropositivite-vih>
50. Cespharm - PrEP - Accompagner sa dispensation - brochure [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/Catalogue/PrEP-Accompagner-sa-dispensation-brochure>
51. Actualité - L'ANSM modifie les conditions de prescription et délivrance de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH - ANSM [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-modifie-les-conditions-de-prescription-et-delivrance-de-la-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-vih>
52. HAS, réponses rapides dans le cadre de la covid-19. [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: Laëtitia G. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. 2021;17.
53. HAS, réponses rapides dans le cadre de la covid-19[Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3262060/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-prophylaxie-prep-du-vih-par-tenofovir-disoproxil/-emtricitabine-dans-le-cadre-de-l-urgence-sanitaire
54. aides_guide_PrEP_2018_fr.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/aides_guide_PrEP_2018_fr.pdf
55. Dépister le VIH [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/depistage>
56. La gratuité du dépistage du test du VIH est généralisée depuis le 1er janvier 2022 [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15491>
57. ANAES [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
58. Sida P. Le dépistage du VIH, pourquoi et comment ? | Plate-Forme Prévention Sida [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://preventionsida.org/fr/depistage/le-depistage-du-vih-pourquoi-et-comment/>
59. VIRUS_VIH.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/02/VIRUS_VIH.pdf
60. Légifrance, arrêté du 9 novembre 2010 [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).
61. IMSTI, mode d'emploi. [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: Poignant L. Rapidité d'utilisation et simplicité d'interprétation. :1.
62. Autotests de dépistage du VIH [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1768844/fr/autotests-de-depistage-du-vih
63. Autotest-VIH-accompagner-sa-dispensation-a-l-officine-brochure.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/content/download/39123/file/Autotest-VIH-accompagner-sa-dispensation-a-l-officine-brochure.pdf?version=22>
64. Faire un autotest VIH ? [Internet]. Sida Info Service. 2016 [cité 15 avr 2022]. Disponible

sur: <https://www.sida-info-service.org/l-autotest-de-depistage-du-vih/>

65. Autotest Oraquick® : gingival ou salivaire ? - Sida Info Service [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/autotest-vih-oraquick-gingival-ou-salivaire/>

66. convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf

67. Sous-section 1 : Devoirs généraux. (Articles R4235-2 à R4235-20) - Légifrance [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196446/#LEGISCTA000006196446

68. CRIPS_JMS_DP_2021_VF.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: https://www.lecrips-idf.net/sites/default/files/2021-11/CRIPS_JMS_DP_2021_VF.pdf

69. Sida: 14 affiches insolites qui ont marqué 30 ans de lutte [Internet]. 2017 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/sida-14-affiches-insolites-qui-ont-marque-30-ans-de-lutte/>

70. 20 affiches emblématiques de la lutte contre le sida - Elle [Internet]. elle.fr. 2019 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.elle.fr/Societe/L-actu-en-images/15-affiches-emblematisques-de-la-lutte-contre-le-sida>

71. #Révélation [Internet]. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/campagne/revelation>

Bibliographie :

1. V.BIANCHI. S. EL ANBASSI. N.DUPLOYER. « *Prépa pharma bactériologie et virologie* ». Deboeck supérieur 2017. 173 p.

Résumé

Le VIH¹, découvert il y a plus de 40 ans, reste une préoccupation de santé publique de portée mondiale. En effet, le SIDA² tue encore de nos jours.

Malgré les avancées thérapeutiques majeures, qui améliorent considérablement la qualité de vie des personnes séropositives, il persiste de nombreuses méconnaissances, peurs et fausses idées autour du VIH/SIDA. Ce manque d'information crée une discrimination et une stigmatisation des personnes touchées par ce virus. C'est la sérophobie. En France, où en est le VIH/SIDA dans notre société ?

Pour étudier cette question, nous avons réalisé une enquête afin d'avoir une vision globale de la population française, de nos jours, face à cette maladie. Cette étude nous a permis d'étudier les connaissances et les avoirs des individus sur le virus et la maladie mais aussi de connaître le ressenti, les sentiments et les représentations de la population sur le VIH et les personnes séropositives.

Ainsi, nous constatons un manque de connaissances notamment autour des outils de prévention combinée : PrEP⁴, TPE⁶, TasP⁵ ... On relève aussi, qu'une partie de la population française perçoit toujours une personne séropositive, même sous traitement, comme un danger. Cette peur est irrationnelle et persiste à cause d'idées reçues et de fausses croyances. Tout ceci entretient la sérophobie.

Quelles solutions et aides pouvons-nous apporter en tant que pharmacien d'officine, professionnel de santé de proximité ? Notre rôle est d'aborder le sujet du VIH/SIDA lorsque celui-ci se présente. Il faut informer, éduquer, sensibiliser sur le VIH afin d'élargir les connaissances du grand public.

En définitive, notre enquête révèle une réelle méconnaissance autour du VIH. Il faut continuer à parler du VIH !

Mots clefs

VIH¹ - SIDA² - ARV³ - prévention combinée - PrEP⁴ - TasP⁵ - TPE⁶ - sérophobie – pharmacien d'officine – prévention – dépistage – IST⁷

¹ : Virus de l'immunodéficience humaine

² : Syndrome de l'immunodéficience acquise

³ : Antirétroviraux

⁴ : Prophylaxie pré exposition (*pre exposure prophylaxis*)

⁵ : Traitement comme prévention (*treatment as prevention*)

⁶ : Traitement post exposition

⁷ : Infection sexuellement transmissible

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Signature de l'étudiant

Nom :

Prénom :

du Président du jury

Nom :

Prénom :

Résumé

Le VIH¹, découvert il y a plus de 40 ans, reste une préoccupation de santé publique de portée mondiale. En effet, le SIDA² tue encore de nos jours.

Malgré les avancées thérapeutiques majeures, qui améliorent considérablement la qualité de vie des personnes séropositives, il persiste de nombreuses méconnaissances, peurs et fausses idées autour du VIH/SIDA. Ce manque d'information crée une discrimination et une stigmatisation des personnes touchées par ce virus. C'est la sérophobie. En France, où en est le VIH/SIDA dans notre société ?

Pour étudier cette question, nous avons réalisé une enquête afin d'avoir une vision globale de la population française, de nos jours, face à cette maladie. Cette étude nous a permis d'étudier les connaissances et les avoirs des individus sur le virus et la maladie mais aussi de connaître le ressenti, les sentiments et les représentations de la population sur le VIH et les personnes séropositives.

Ainsi, nous constatons un manque de connaissances notamment autour des outils de prévention combinée : PrEP⁴, TPE⁶, TasP⁵ ... On relève aussi, qu'une partie de la population française perçoit toujours une personne séropositive, même sous traitement, comme un danger. Cette peur est irrationnelle et persiste à cause d'idées reçues et de fausses croyances. Tout ceci entretient la sérophobie.

Quelles solutions et aides pouvons-nous apporter en tant que pharmacien d'officine, professionnel de santé de proximité ? Notre rôle est d'aborder le sujet du VIH/SIDA lorsque celui-ci se présente. Il faut informer, éduquer, sensibiliser sur le VIH afin d'élargir les connaissances du grand public.

En définitive, notre enquête révèle une réelle méconnaissance autour du VIH. Il faut continuer à parler du VIH !

Mots clefs

VIH¹ - SIDA² - ARV³ - prévention combinée - PrEP⁴ - TasP⁵ - TPE⁶ - sérophobie – pharmacien d'officine – prévention – dépistage – IST⁷

¹ : Virus de l'immunodéficience humaine

² : Syndrome de l'immunodéficience acquise

³ : Antirétroviraux

⁴ : Prophylaxie pré exposition (*pre exposure prophylaxis*)

⁵ : Traitement comme prévention (*treatment as prevention*)

⁶ : Traitement post exposition

⁷ : Infection sexuellement transmissible