

**THESE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 07 mai 2026**

**Par M. NIYONIZEYE Eric**

---

**VIH et enquête sur les connaissances du grand public :  
quel impact sur l'accompagnement à l'officine ?**

---

**Membres du jury :**

**Président : Monsieur DINE Thierry**

*Professeur des Universités en Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique -  
Praticien Hospitalier, CH Loos-Haubourdin*

**Directeur, conseiller de thèse : Monsieur FRIMAT Bruno**

*Maître de conférences associé en Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique  
à l'Université de Lille. Praticien Hospitalier CH Lens*

**Assesseur : Madame BENFERHAT Lisa**

*Docteur en Pharmacie, Pharmacien d'officine*

|                                                                                                                                                                     |                                                    |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|   | LISTE GEREE                                        | LG/FAC/001                                 |
| Département Pharmacie                                                                                                                                               | Enseignants et Enseignants-chercheurs<br>2024-2025 | Version 2.3<br>Applicable au<br>02/12/2024 |
| Document transversal                                                                                                                                                |                                                    | Page 1/11                                  |

### Université de Lille

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Président                         | Régis BORDET              |
| Premier Vice-président            | Bertrand DÉCAUDIN         |
| Vice-présidente Formation         | Corinne ROBACZEWSKI       |
| Vice-président Recherche          | Olivier COLOT             |
| Vice-président Ressources Humaine | Jean-Philippe TRICOIT     |
| Directrice Générale des Services  | Anne-Valérie CHIRIS-FABRE |

### UFR3S

|                                                                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Doyen                                                                 | Dominique LACROIX   |
| Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité                      | Hervé HUBERT        |
| Vice-Doyenne Recherche                                                | Karine FAURE        |
| Vice-Doyen Finances et Patrimoine                                     | Emmanuelle LIPKA    |
| Vice-Doyen International                                              | Vincent DERAMECOURT |
| Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires | Sébastien D'HARANCY |
| Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie                         | Caroline LANIER     |
| Vice-Doyen Territoire-Partenariats                                    | Thomas MORGENROTH   |
| Vice-Doyen Santé numérique et Communication                           | Vincent SOBANSKI    |
| Vice-Doyenne Vie de Campus                                            | Anne-Laure BARBOTIN |
| Vice-Doyen étudiant                                                   | Victor HELENA       |

### Faculté de Pharmacie

|                                                              |                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|
| Vice - Doyen                                                 | Pascal ODOU          |
| Premier Assesseur et                                         |                      |
| Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement                   | Anne GARAT           |
| Assesseur à la Vie de la Faculté et                          |                      |
| Assesseur aux Ressources et Personnels                       | Emmanuelle LIPKA     |
| Responsable de l'Administration et du Pilotage               | Cyrille PORTA        |
| Représentant étudiant                                        | Honoré GUISE         |
| Chargé de mission 1er cycle                                  | Philippe GERVOIS     |
| Chargée de mission 2eme cycle                                | Héloïse HENRY        |
| Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche | Nicolas WILLAND      |
| Chargé de mission Relations Internationales                  | Christophe FURMAN    |
| Chargée de Mission Qualité                                   | Marie-Françoise ODOU |
| Chargé de mission dossier HCERES                             | Réjane LESTRELIN     |

|                                                                                   |                                                    |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | LISTE GEREE                                        | LG/FAC/001                                 |
| Département Pharmacie                                                             | Enseignants et Enseignants-chercheurs<br>2024-2025 | Version 2.3<br>Applicable au<br>02/12/2024 |
| Document transversal                                                              |                                                    | Page 2/11                                  |

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

| Civ. | Nom          | Prénom    | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|--------------|-----------|--------------------------------------------------------|-------------|
| Mme  | ALLORGE      | Delphine  | Toxicologie et Santé publique                          | 81          |
| M.   | BROUSSEAU    | Thierry   | Biochimie                                              | 82          |
| M.   | DÉCAUDIN     | Bertrand  | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 81          |
| M.   | DINE         | Thierry   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| Mme  | DUPONT-PRADO | Annabelle | Hématologie                                            | 82          |
| Mme  | GOFFARD      | Anne      | Bactériologie - Virologie                              | 82          |
| M.   | GRESSIER     | Bernard   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| M.   | ODOU         | Pascal    | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| Mme  | POULAIN      | Stéphanie | Hématologie                                            | 82          |
| M.   | SIMON        | Nicolas   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| M.   | STAELS       | Bart      | Biologie cellulaire                                    | 82          |

### Professeurs des Universités (PU)

| Civ. | Nom         | Prénom       | Service d'enseignement           | Section CNU |
|------|-------------|--------------|----------------------------------|-------------|
| M.   | ALIOUAT     | El Moukhtar  | Parasitologie - Biologie animale | 87          |
| Mme  | ALIOUAT     | Cécile-Marie | Parasitologie - Biologie animale | 87          |
| Mme  | AZAROUAL    | Nathalie     | Biophysique - RMN                | 85          |
| M.   | BERLARBI    | Karim        | Physiologie                      | 86          |
| M.   | BERTIN      | Benjamin     | Immunologie                      | 87          |
| M.   | BLANCHEMAIN | Nicolas      | Pharmacotechnie industrielle     | 85          |

|     |               |                 |                                                        |    |
|-----|---------------|-----------------|--------------------------------------------------------|----|
| M.  | CARNOY        | Christophe      | Immunologie                                            | 87 |
| M.  | CAZIN         | Jean-Louis      | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 86 |
| M.  | CUNY          | Damien          | Sciences végétales et fongiques                        | 87 |
| Mme | DELBAERE      | Stéphanie       | Biophysique - RMN                                      | 85 |
| Mme | DEPREZ        | Rebecca         | Chimie thérapeutique                                   | 86 |
| M.  | DEPREZ        | Benoît          | Chimie bio inorganique                                 | 85 |
| Mme | DUMONT        | Julie           | Biologie cellulaire                                    | 87 |
| M.  | ELATI         | Mohamed         | Biomathématiques                                       | 27 |
| M.  | FOLIGNÉ       | Benoît          | Bactériologie - Virologie                              | 87 |
| Mme | FOULON        | Catherine       | Chimie analytique                                      | 85 |
| M.  | GARÇON        | Guillaume       | Toxicologie et Santé publique                          | 86 |
| M.  | GOOSSENS      | Jean-François   | Chimie analytique                                      | 85 |
| M.  | HENNEBELLE    | Thierry         | Pharmacognosie                                         | 86 |
| M.  | LEBEGUE       | Nicolas         | Chimie thérapeutique                                   | 86 |
| M.  | LEMDANI       | Mohamed         | Biomathématiques                                       | 26 |
| Mme | LESTAVEL      | Sophie          | Biologie cellulaire                                    | 87 |
| Mme | LESTRELIN     | Réjane          | Biologie cellulaire                                    | 87 |
| Mme | LIPKA         | Emmanuelle      | Chimie analytique                                      | 85 |
| Mme | MELNYK        | Patricia        | Chimie physique                                        | 85 |
| M.  | MILLET        | Régis           | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol     | 86 |
| M.  | MOREAU        | Pierre-Arthur   | Sciences végétales et fongiques                        | 87 |
| Mme | MUHR-TAILLEUX | Anne            | Biochimie                                              | 87 |
| Mme | PERROY        | Anne-Catherine  | Droit et Économie pharmaceutique                       | 86 |
| Mme | RIVIÈRE       | Céline          | Pharmacognosie                                         | 86 |
| Mme | ROMOND        | Marie-Bénédicte | Bactériologie - Virologie                              | 87 |
| Mme | SAHPAZ        | Sevser          | Pharmacognosie                                         | 86 |
| M.  | SERGHERAERT   | Éric            | Droit et Économie pharmaceutique                       | 86 |



|     |          |          |                              |    |
|-----|----------|----------|------------------------------|----|
| M.  | SIEPMANN | Juergen  | Pharmacotechnie industrielle | 85 |
| Mme | SIEPMANN | Florence | Pharmacotechnie industrielle | 85 |
| M.  | WILLAND  | Nicolas  | Chimie organique             | 86 |

#### **Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)**

| Civ. | Nom      | Prénom          | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|----------|-----------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| Mme  | CUVELIER | Élodie          | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| Mme  | DANEL    | Cécile          | Chimie analytique                                      | 85          |
| Mme  | DEMARET  | Julie           | Immunologie                                            | 82          |
| Mme  | GARAT    | Anne            | Toxicologie et Santé publique                          | 81          |
| Mme  | GENAY    | Stéphanie       | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 81          |
| Mme  | GILLIOT  | Sixtine         | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| M.   | GRZYCH   | Guillaume       | Biochimie                                              | 82          |
| Mme  | HENRY    | Héloïse         | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| M.   | LANNOY   | Damien          | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| Mme  | MASSE    | Morgane         | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 81          |
| Mme  | ODOU     | Marie-Françoise | Bactériologie - Virologie                              | 82          |

#### **Maîtres de Conférences des Universités (MCU)**

| Civ. | Nom             | Prénom     | Service d'enseignement        | Section CNU |
|------|-----------------|------------|-------------------------------|-------------|
| M.   | ANTHÉRIEU       | Sébastien  | Toxicologie et Santé publique | 86          |
| M.   | BANTUBUNGI-BLUM | Kadiombo   | Biologie cellulaire           | 87          |
| M.   | BERTHET         | Jérôme     | Biophysique - RMN             | 85          |
| M.   | BEDART          | Corentin   | ICPAL                         | 86          |
| M.   | BOCHU           | Christophe | Biophysique - RMN             | 85          |

|     |                    |                 |                                                        |    |
|-----|--------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|----|
| M.  | BORDAGE            | Simon           | Pharmacognosie                                         | 86 |
| M.  | BOSC               | Damien          | Chimie thérapeutique                                   | 86 |
| Mme | BOU KARROUM        | Nour            | Chimie bioinorganique                                  |    |
| M.  | BRIAND             | Olivier         | Biochimie                                              | 87 |
| Mme | CARON-HOUDE        | Sandrine        | Biologie cellulaire                                    | 87 |
| Mme | CARRIÉ             | Hélène          | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 86 |
| Mme | CHABÉ              | Magali          | Parasitologie - Biologie animale                       | 87 |
| Mme | CHARTON            | Julie           | Chimie organique                                       | 86 |
| M.  | CHEVALIER          | Dany            | Toxicologie et Santé publique                          | 86 |
| Mme | DEMANCHE           | Christine       | Parasitologie - Biologie animale                       | 87 |
| Mme | DEMARQUILLY        | Catherine       | Biomathématiques                                       | 85 |
| M.  | DHIFLI             | Wajdi           | Biomathématiques                                       | 27 |
| M.  | EL BAKALI          | Jamal           | Chimie thérapeutique                                   | 86 |
| M.  | FARCE              | Amaury          | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol     | 86 |
| M.  | FLIPO              | Marion          | Chimie organique                                       | 86 |
| M.  | FRULEUX            | Alexandre       | Sciences végétales et fongiques                        |    |
| M.  | FURMAN             | Christophe      | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol     | 86 |
| M.  | GERVOIS            | Philippe        | Biochimie                                              | 87 |
| Mme | GOOSSENS           | Laurence        | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol     | 86 |
| Mme | GRAVE              | Béatrice        | Toxicologie et Santé publique                          | 86 |
| M.  | HAMONIER           | Julien          | Biomathématiques                                       | 26 |
| Mme | HAMOUDI-BEN YELLES | Chérifa-Mounira | Pharmacotechnie industrielle                           | 85 |
| Mme | HANNOTHIAUX        | Marie-Hélène    | Toxicologie et Santé publique                          | 86 |
| Mme | HELLEBOID          | Audrey          | Physiologie                                            | 86 |
| M.  | HERMANN            | Emmanuel        | Immunologie                                            | 87 |

|     |                 |           |                                                        |    |
|-----|-----------------|-----------|--------------------------------------------------------|----|
| M.  | KAMBIA KPAKPAGA | Nicolas   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 86 |
| M.  | KARROUT         | Younes    | Pharmacotechnie industrielle                           | 85 |
| Mme | LALLOYER        | Fanny     | Biochimie                                              | 87 |
| Mme | LECOEUR         | Marie     | Chimie analytique                                      | 85 |
| Mme | LEHMANN         | Hélène    | Droit et Économie pharmaceutique                       | 86 |
| Mme | LELEU           | Natascha  | Institut de Chimie Pharmaceutique<br>Albert Lespagnol  | 86 |
| M.  | LIBERELLE       | Maxime    | Biophysique - RMN                                      |    |
| Mme | LOINGEVILLE     | Florence  | Biomathématiques                                       | 26 |
| Mme | MARTIN          | Françoise | Physiologie                                            | 86 |
| M.  | MARTIN MENA     | Anthony   | Biopharmacie, Pharmacie galénique et<br>hospitalière   |    |
| M.  | MENETREY        | Quentin   | Bactériologie - Virologie                              | 87 |
| M.  | MORGENROTH      | Thomas    | Droit et Économie pharmaceutique                       | 86 |
| Mme | MUSCHERT        | Susanne   | Pharmacotechnie industrielle                           | 85 |
| Mme | NIKASINOVIC     | Lydia     | Toxicologie et Santé publique                          | 86 |
| Mme | PINÇON          | Claire    | Biomathématiques                                       | 85 |
| M.  | PIVA            | Frank     | Biochimie                                              | 85 |
| Mme | PLATEL          | Anne      | Toxicologie et Santé publique                          | 86 |
| M.  | POURCET         | Benoît    | Biochimie                                              | 87 |
| M.  | RAVAUX          | Pierre    | Biomathématiques / Innovations<br>pédagogiques         | 85 |
| Mme | RAVEZ           | Séverine  | Chimie thérapeutique                                   | 86 |
| Mme | ROGEL           | Anne      | Immunologie                                            |    |
| M.  | ROSA            | Mickaël   | Hématologie                                            | 87 |
| M.  | ROUMY           | Vincent   | Pharmacognosie                                         | 86 |
| Mme | SEBTI           | Yasmine   | Biochimie                                              | 87 |
| Mme | SINGER          | Elisabeth | Bactériologie - Virologie                              | 87 |
| Mme | STANDAERT       | Annie     | Parasitologie - Biologie animale                       | 87 |

|    |            |          |                                 |    |
|----|------------|----------|---------------------------------|----|
| M. | TAGZIRT    | Madjid   | Hématologie                     | 87 |
| M. | VILLEMAGNE | Baptiste | Chimie organique                | 86 |
| M. | WELTI      | Stéphane | Sciences végétales et fongiques | 87 |
| M. | YOUS       | Saïd     | Chimie thérapeutique            | 86 |
| M. | ZITOUNI    | Djamel   | Biomathématiques                | 85 |

#### Professeurs certifiés

| Civ. | Nom      | Prénom    | Service d'enseignement |
|------|----------|-----------|------------------------|
| Mme  | FAUQUANT | Soline    | Anglais                |
| M.   | HUGES    | Dominique | Anglais                |
| Mme  | KUBIK    | Laurence  | Anglais                |
| M.   | OSTYN    | Gaël      | Anglais                |

#### Professeurs Associés

| Civ. | Nom      | Prénom     | Service d'enseignement           | Section CNU |
|------|----------|------------|----------------------------------|-------------|
| M.   | BAILLY   | Christian  | ICPAL                            | 86          |
| M.   | DAO PHAN | Haï Pascal | Chimie thérapeutique             | 86          |
| M.   | DHANANI  | Alban      | Droit et Économie pharmaceutique | 86          |

#### Maîtres de Conférences Associés

| Civ. | Nom       | Prénom     | Service d'enseignement                            | Section CNU |
|------|-----------|------------|---------------------------------------------------|-------------|
| M.   | AYED      | Elya       | Pharmacie officinale                              |             |
| M.   | COUSEIN   | Etienne    | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière |             |
| Mme  | CUCCHI    | Malgorzata | Biomathématiques                                  | 85          |
| Mme  | DANICOURT | Frédérique | Pharmacie officinale                              |             |
| Mme  | DUPIRE    | Fanny      | Pharmacie officinale                              |             |

|     |           |             |                                                        |    |
|-----|-----------|-------------|--------------------------------------------------------|----|
| M.  | DUFOSSEZ  | François    | Biomathématiques                                       | 85 |
| M.  | FRIMAT    | Bruno       | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 85 |
| Mme | GEILER    | Isabelle    | Pharmacie officinale                                   |    |
| M.  | GILLOT    | François    | Droit et Économie pharmaceutique                       | 86 |
| M.  | MITOUMBA  | Fabrice     | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 86 |
| M.  | PELLETIER | Franck      | Droit et Économie pharmaceutique                       | 86 |
| M.  | POTHIER   | Jean-Claude | Pharmacie officinale                                   |    |
| Mme | ROGNON    | Carole      | Pharmacie officinale                                   |    |

#### **Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)**

| Civ. | Nom       | Prénom   | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|-----------|----------|--------------------------------------------------------|-------------|
| M.   | BOUDRY    | Augustin | Biomathématiques                                       |             |
| Mme  | DERAMOUDT | Laure    | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |             |
| M.   | GISH      | Alexandr | Toxicologie et Santé publique                          |             |
| Mme  | NEGRIER   | Laura    | Chimie analytique                                      |             |

#### **Hospitalo-Universitaire (PHU)**

|     | Nom      | Prénom     | Service d'enseignement        | Section CNU |
|-----|----------|------------|-------------------------------|-------------|
| M.  | DESVAGES | Maximilien | Hématologie                   |             |
| Mme | LENSKI   | Marie      | Toxicologie et Santé publique |             |

#### **Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)**

| Civ. | Nom     | Prénom  | Service d'enseignement | Section CNU |
|------|---------|---------|------------------------|-------------|
| Mme  | BERNARD | Lucie   | Physiologie            |             |
| Mme  | BARBIER | Emeline | Toxicologie            |             |

|     |                 |         |                                                        |  |
|-----|-----------------|---------|--------------------------------------------------------|--|
| Mme | COMPAGNE        | Nina    | Chimie Organique                                       |  |
| Mme | COULON          | Audrey  | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |  |
| M.  | DUFOSSEZ        | Robin   | Chimie physique                                        |  |
| Mme | FERRY           | Lise    | Biochimie                                              |  |
| M.  | HASYEOUI        | Mohamed | Chimie Organique                                       |  |
| Mme | HENRY           | Doriane | Biochimie                                              |  |
| Mme | KOUAGOU         | Yolène  | Sciences végétales et fongiques                        |  |
| M.  | LAURENT         | Arthur  | Chimie-Physique                                        |  |
| M.  | MACKIN MOHAMOUR | Synthia | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      |  |
| Mme | RAAB            | Sadia   | Physiologie                                            |  |

#### Enseignant contractuel

| Civ. | Nom      | Prénom    | Service d'enseignement |
|------|----------|-----------|------------------------|
| Mme  | DELOBEAU | Iris      | Pharmacie officinale   |
| M.   | RIVART   | Simon     | Pharmacie officinale   |
| Mme  | SERGEANT | Sophie    | Pharmacie officinale   |
| M.   | ZANETTI  | Sébastien | Biomathématiques       |

#### LRU / MAST

| Civ. | Nom            | Prénom        | Service d'enseignement                                 |
|------|----------------|---------------|--------------------------------------------------------|
| Mme  | FRAPPE         | Jade          | Pharmacie officinale                                   |
| M.   | LATRON-FREMEAU | Pierre-Manuel | Pharmacie officinale                                   |
| M.   | MASCAUT        | Daniel        | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |

## ***UFR3S-Pharmacie***

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Remerciements

**Au Docteur Thierry Dine**, Président de jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail, ainsi que l'enseignement que vous m'avez dispensé tout au long de ma scolarité.

**Au Docteur Bruno Frimat**, Maître de thèse.

Je vous remercie de m'avoir accompagné et guidé tout au long de la réalisation de cette thèse. Votre disponibilité, votre patience ainsi que la qualité de vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Vous avez su m'orienter et m'aider à structurer mes idées.

**Au Docteur Lisa Benferhat**, Docteur en pharmacie d'officine.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'endosser le rôle de membre du jury.

**À ma mère**, qui a toujours cru en moi lorsque je doutais. Elle a toujours trouvé les mots justes pour me soutenir, tout en me laissant cette incroyable liberté qui fait de moi celui que je suis aujourd'hui.

**À mon père**, j'espère que tu es fier de la personne que je suis devenu.

**À mes sœurs**, pour tous ces bons moments de complicité. Nous serons toujours là les uns pour les autres. À trois, nous toucherons les sommets #NM

**À ma famille**, d'ici et d'ailleurs, merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mon parcours. Ça y est, nous y voilà enfin... après tant de fois où cette question « *Alors, cette thèse, as-tu une date ?* ». L'heure est venue.

**À mon ami Hadrien**, mon plus vieux et fidèle ami. Merci pour ton soutien constant au fil des années.

**À Margaux, Théo et Nicolas**, depuis notre rencontre lors du stage hospitalier, j'ai eu la chance de me faire de véritables amis avec qui j'ai partagé de nombreux moments inoubliables.

**À Chloé et Lisa**, merci pour votre amitié fidèle depuis la troisième année. Un jour, nous ouvrirons la pharmacie Champignons, avec une place pour Doro !

**À ma marraine**, merci d'être toujours à mes côtés et de me soutenir. « *Toujours viser l'excellence* »

**À John**, tu as su guider mes pas depuis mon plus jeune âge. Tu m'as appris la rigueur et l'importance du travail.

**À Lauryne**, merci pour ton soutien depuis ce fameux soir de septembre 2017, tu m'as toujours encouragé à donner le meilleur de moi-même.

**À Prepouz**, merci d'avoir diffusé mon questionnaire. Ton humour est incroyable et à consommer sans modération ! Je vous invite tous à aller jeter un coup d'œil à son Instagram : #prepouz.

Je remercie toutes les personnes que j'ai rencontrées tout au long de mon parcours scolaire et qui auront contribué à rendre ces années sympathiques.

*Nelson Mandela « Cela semble toujours impossible, jusqu'à ce que ce soit fait. »*



# Table des matières

|                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Remerciements.....</b>                                                                         | <b>11</b> |
| <b>Table des matières.....</b>                                                                    | <b>12</b> |
| <b>Liste des figures.....</b>                                                                     | <b>14</b> |
| <b>Lexique.....</b>                                                                               | <b>17</b> |
| <b>I. Introduction.....</b>                                                                       | <b>20</b> |
| <b>II. Généralités et épidémiologie.....</b>                                                      | <b>21</b> |
| A. Contexte de l'épidémiologie du VIH.....                                                        | 21        |
| 1. Étude épidémiologique de la prévalence du VIH au niveau mondial.....                           | 21        |
| 2. Étude épidémiologique de la prévalence du VIH au niveau de la France.....                      | 24        |
| B. Le VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.....                                              | 27        |
| 1. Structure du virus.....                                                                        | 27        |
| 2. Classification du VIH.....                                                                     | 28        |
| 3. Cycle de réplication.....                                                                      | 28        |
| 4. Modes de transmission.....                                                                     | 29        |
| 5. Évolution clinique et biologique de l'infection à VIH.....                                     | 31        |
| C. Dépistage et suivi du VIH en 2025 en France.....                                               | 33        |
| 1. Méthodes de dépistage rapide.....                                                              | 34        |
| 2. Les outils virologiques du diagnostic et du suivi de l'infection.....                          | 35        |
| 3. L'importance du diagnostic du VIH.....                                                         | 37        |
| D. Traitement actuel et enjeux de la prise en charge à long terme.....                            | 38        |
| 1. TasP: Treatment as Prevention.....                                                             | 39        |
| 2. Les antirétroviraux en prévention : PrEP (Prophylaxie Pré-exposition) .....                    | 48        |
| a) La PreP dans la stratégie de prévention du VIH.....                                            | 48        |
| b) Étude EPI-Phare sur la PrEP.....                                                               | 49        |
| c) Les différents plans de prise d'une PrEP orale.....                                            | 50        |
| d) La PrEP injectable : état des lieux et perspectives.....                                       | 52        |
| 3. Traitement préventif post-exposition au VIH (TPE).....                                         | 54        |
| a) Le TPE dans la stratégie de prévention du VIH.....                                             | 54        |
| b) Suivi biologique et clinique des patients sous TPE.....                                        | 57        |
| c) Limites et intégration du TPE dans la prévention combinée.....                                 | 59        |
| 4. Nouvelles stratégies thérapeutiques.....                                                       | 59        |
| a) Association VOCABRIA (cabotégravir) et de REKAMBYS (rilpivirine).....                          | 61        |
| b) SUNLENCA (Lénacapavir).....                                                                    | 63        |
| <b>III. Lutte contre le VIH : Objectifs pour 2030.....</b>                                        | <b>66</b> |
| A. Evolution de la perception de la maladie : d'une maladie mortelle à une maladie chronique..... | 66        |
| 1. Au niveau mondial.....                                                                         | 66        |
| 2. Situation au sein de l'Union européenne.....                                                   | 69        |
| 3. Contexte en France.....                                                                        | 71        |
| B. Groupes à risque.....                                                                          | 72        |
| 1. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....                                         | 73        |
| 2. Impact du VIH sur les populations immigrées en France.....                                     | 75        |
| 3. Les travailleurs du sexe.....                                                                  | 77        |
| C. Les Français et la lutte contre le VIH.....                                                    | 78        |
| 1. Connaissances des français sur le VIH.....                                                     | 78        |
| 2. Les moyens mis en oeuvre pour lutter contre le VIH.....                                        | 79        |
| a) Analyses des IST.....                                                                          | 79        |
| b) Éducation sexuelle à l'école.....                                                              | 81        |

|                                                                                                          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| c) Bilan prévention sexuelle.....                                                                        | 82         |
| 3. Une communication de plus en plus efficace.....                                                       | 83         |
| a) Journée mondiale de lutte contre le SIDA.....                                                         | 83         |
| b) Campagnes de santé publique.....                                                                      | 83         |
| c) Les associations de lutte contre le VIH.....                                                          | 84         |
| <b>IV. Étude sur les connaissances du VIH en France.....</b>                                             | <b>86</b>  |
| A. Questionnaire.....                                                                                    | 86         |
| 1. Méthodologie.....                                                                                     | 86         |
| 2. Prévention active.....                                                                                | 88         |
| 3. Retour des participants et perception du questionnaire.....                                           | 89         |
| B. Résultats.....                                                                                        | 89         |
| 1. Analyse sociodémographique des répondants.....                                                        | 89         |
| 2. Analyse des connaissances épidémiologiques.....                                                       | 91         |
| a) Résultats.....                                                                                        | 91         |
| b) Discussion.....                                                                                       | 93         |
| 3. Analyse des modes de transmission.....                                                                | 94         |
| a) Résultats.....                                                                                        | 94         |
| b) Discussion.....                                                                                       | 96         |
| 4. Analyse des modes de prévention.....                                                                  | 97         |
| a) Résultats.....                                                                                        | 97         |
| b) Discussion.....                                                                                       | 98         |
| 5. Analyse, dépistage et diagnostic.....                                                                 | 99         |
| a) Résultats.....                                                                                        | 99         |
| b) Discussion.....                                                                                       | 100        |
| 6. Analyse des traitements.....                                                                          | 101        |
| a) Résultats.....                                                                                        | 101        |
| b) Discussion.....                                                                                       | 103        |
| 7. Analyse de la communication sur le VIH.....                                                           | 104        |
| a) Résultats.....                                                                                        | 104        |
| b) Discussion.....                                                                                       | 106        |
| C. Synthèse de l'étude sur les connaissances du VIH en France.....                                       | 107        |
| <b>V. Pharmacien d'officine face au VIH.....</b>                                                         | <b>108</b> |
| A. Évolution du rôle du pharmacien dans le système de santé.....                                         | 108        |
| B. Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé de proximité soumis au secret professionnel..... | 109        |
| 1. Un professionnel de proximité.....                                                                    | 109        |
| 2. Secret professionnel.....                                                                             | 109        |
| C. L'écoute et l'empathie : des compétences importantes à l'officinale.....                              | 110        |
| D. Sensibilisation et prévention : un rôle majeur du pharmacien.....                                     | 111        |
| E. Orienter les patients.....                                                                            | 112        |
| 1. CeGIDD: Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic.....                        | 112        |
| 2. COREVIH : Les Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.....                  | 113        |
| 3. Centres de santé sexuelle.....                                                                        | 114        |
| 4. Laboratoires de biologie médicale.....                                                                | 115        |
| 5. Services d'urgence et Traitement Post-Exposition (TPE) au VIH.....                                    | 116        |
| F. Le rôle du pharmacien dans la discrimination des personnes séropositives.....                         | 116        |
| G. Comment optimiser le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du VIH ?.....                   | 117        |
| <b>VI. Conclusion générale.....</b>                                                                      | <b>119</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>                                                                                | <b>120</b> |

## Liste des figures

**Figure 1** : Données mondiales sur le VIH issues de l'estimation épidémiologique de l'ONUSIDA, juillet 2025

**Figure 2** : Prévalence de l'infection à VIH dans le monde en 2024

**Figure 3** : Tendances des nouvelles infections à VIH entre 1990 et 2024, objectifs 2025 et 2030 selon les estimations de l'ONUSIDA

**Figure 4** : Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives en France 2012-2024

**Figure 5** : Taux de sérologies VIH réalisées par région du laboratoire (pour 1000 habitants), France 2024

**Figure 6** : Nombre de sérologies VIH réalisées sans prescription selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, France, Janvier 2023/Mai 2025

**Figure 7** : Taux de découverte de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France 2024

**Figure 8** : Structure du VIH

**Figure 9** : Classification des virus VIH et prévalence respective

**Figure 10** : Cycle de réplication du VIH

**Figure 11** : Réponses à la question « Selon vous, le virus du sida peut être transmis ... ? »

**Figure 12** : Réponses à la question : « Pour chacun des moyens suivants, diriez-vous qu'il est tout à fait efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas du tout efficace pour empêcher la transmission du VIH/SIDA ? »

**Figure 13** : Évolution des taux des différentes cellules du système immunitaire au fil de l'infection par le VIH

**Figure 14** : Chronologie à la suite d'un événement à risque

**Figure 15** : Algorithme de dépistage de l'infection VIH, 2024

**Figure 16** : Chronologie de l'apparition des différents marqueurs de l'infection par le VIH

**Figure 17** : Nombre de décès liés au SIDA : scénario actuel par rapport à un scénario où il n'y a pas de thérapie antirétrovirale disponible

Tableau des spécialités d'antirétroviraux pour adulte disponibles en France en 2025

**Figure 18** : Tableau des spécialités d'antirétroviraux pour adulte disponibles en France en 2025

**Figure 19** : Recommandations de prise en charge de l'infection du VIH

**Figure 20** : Nombre d'utilisateurs/trices d'une PrEP par Truvada ou générique en initiation et en renouvellement en France (rapport EPI-PHARE)

**Figure 21** : Part des prescripteurs libéraux (généralistes et spécialistes) et salariés dans les initiations et renouvellements de PrEP depuis 2021, par semestre

**Figure 22** : Plan de prise de la PrEP schéma continu

**Figure 23** : Plan de prise de la PrEP avec une prise selon l'activité sexuelle (schéma discontinu) (hors AMM)

**Figure 24** : Schéma posologique recommandé pour les injections intramusculaires

**Figure 25** : Zéro infection par le VIH chez les femmes cisgenres ayant reçu du Lénacapavir (LEN) en PrEP. AIDS 2024

**Figure 26** : Indications de TPE après exposition sexuelle

**Figure 27** : Indications de TPE après exposition au sang ou liquide biologique

**Figure 28** : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle

**Figure 29** : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang

**Figure 30** : Concentration plasmatique de la Rilpivirine en fonction du temps après l'administration intramusculaire.

**Figure 31** : Tableau de schéma posologique recommandé pour l'injection intramusculaire mensuelle chez les patients adultes

**Figure 32** : Tableau de schéma posologique recommandé pour l'injection intramusculaire tous les 2 mois chez les patients adultes

**Figure 33** : Données de ventes GERS ville et hôpital des spécialités REKAMBYS et VOCABRIA

**Figure 34** : Variation de la charge virale à J15

**Figure 35** : Schéma thérapeutique recommandé pour le Sunlenca (Lénacavir) ; schéma posologique pour l'initiation et l'entretien

**Figure 36** : Comparaison entre l'incidence et la mortalité jusqu'en 2030 avec et sans nouvelles mesures prévues par la stratégie de 2022-2030

**Figure 37** : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et qui reçoivent un traitement antirétroviral et personnes sous traitement ARV dont la charge virale est supprimée (2023)

**Figure 38** : Nombre de pays dotés de lois discriminatoires et répressives en matière de VIH, 2024

**Figure 39** : Pourcentage des ressources totales consacrées aux programmes destinés aux populations clés et pourcentage des nouvelles infections à VIH chez les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels, par région, 2023

**Figure 40** : Expériences signalées de stigmatisation dans les établissements de santé dans l'UE/EEE, 2021-2022

**Figure 41** : Pays de l'UE/EEE qui ont des lois criminalisant la transmission du VIH, la non-divulgence de celui-ci, ou l'exposition au VIH, 2023

**Figure 42** : Proportion des répondants dans l'UE/EEE ayant déjà informé des personnes de leur entourage de leur statut VIH (A) et ayant signalé des expériences de stigmatisation de la part d'amis, de membres de la famille ou de partenaires sexuels (B), 2021-2022

**Figure 43** : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population en France entre 2012 et 2024

**Figure 44** : Diagramme de flux des répondants sélectionnés pour l'étude des enquêtes Rapport au sexe (Eras), France, 2017-2019-2021

**Figure 45** : Evolution du niveau de prévention et des moyens utilisés lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel par les répondants séronégatifs pour le VIH (rapport ERAS)

**Figure 46** : Évolution de l'usage exclusif du préservatif lors d'un rapport anal avec un partenaire occasionnel par les répondants séronégatifs pour le VIH selon les classes d'âge (rapport ERAS)

**Figure 47** : Évolution de l'usage exclusif de la PrEP lors d'un rapport anal avec un partenaire occasionnel par les répondants séronégatifs pour le VIH selon les classes d'âge (rapport ERAS)

**Figure 48** : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population, France 2012 - 2024

**Figure 49** : Réponses à la question : « À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de santé liée à votre sexualité avec les professionnels suivants ? »

**Figure 50** : Réponses à la question : « Lors de vos rendez-vous médicaux, les professionnels de santé sont amenés à vous poser certaines questions de routine : tabagisme, allergies, antécédents médicaux, etc. Souhaiteriez-vous ou non que l'on vous pose également des questions de santé liées à votre sexualité (date du dernier test de dépistage VIH / et autres infections sexuellement transmissibles, modes de prévention du VIH et des autres IST utilisés...) ? »

**Figure 51** : Nombre de sérologies VIH réalisées sans prescription selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, France, 01/2023-05/2025

**Figure 52** : Selon vous et parmi les propositions suivantes, que faudrait-il faire en priorité pour améliorer le niveau d'information des Français sur le VIH/sida, ses modes de transmission, ses traitements et sa prévention ? En premier ? En deuxième ?

**Figure 53** : Affiches de santé publique France sur la gratuité des mesures de prévention

**Figure 54** : Affiches de santé publique France pour promouvoir la PrEP

**Figure 55** : Affiches de la campagne de Sidaction « Sidaction, ensemble et toujours là contre le sida ! » de 2024

**Figure 56** : Campagne de l'act Up-Paris

**Figure 57** : Affiche réalisée pour le questionnaire

**Figure 58** : Répartition sexuelle des répondants

**Figure 59** : Répartition des répondants selon les tranches d'âge

**Figure 60** : Répartition des répondants selon leurs régions

**Figure 61** : Réponses à la question "quelle est votre situation professionnelle ?"

**Figure 62** : Réponses à la question "Existe-t-il une distinction entre le VIH et le SIDA ?"

**Figure 63** : Réponses à la question "Selon les données actuelles, quelle est l'espérance de vie d'une personne récemment diagnostiquée séropositive et traitée efficacement en France ?"

**Figure 64** : Réponses à la question "Quelle est la durée de vie moyenne d'une personne contaminée par le VIH et qui ne prendrait aucun traitement antirétroviral (traitement utilisé contre le VIH) ?"

**Figure 65** : Réponses à la question "Selon les estimations actuelles, combien de nouvelles infections par le VIH ont été recensées en France en 2024 ?"

**Figure 66** : Auto-évaluation du niveau de connaissance relatif à l'épidémiologie de l'infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5

**Figure 67** : Réponses à la question "Parmi les situations suivantes, la ou lesquelles peuvent conduire à une transmission du VIH ?"

**Figure 68** : Réponses à la question "Parmi les types de rapports sexuels suivants, lesquels peuvent entraîner une transmission du VIH ?"

**Figure 69** : Réponses à la question "Un enfant dont la mère est séropositive est-il systématiquement infecté par le VIH ?"

**Figure 70** : Auto-évaluation des connaissances relatives au mode de transmission de l'infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5.

**Figure 71** : Réponses à la question "Quelles sont les méthodes efficaces pour prévenir la transmission sexuelle du VIH ?"

**Figure 72** : Réponses à la question "Qu'est-ce que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ?"

**Figure 73** : Réponses à la question "Que doit-on faire en cas de conduite à risque ou après une exposition accidentelle au VIH datant de moins de 48 heures ?"

**Figure 74** : Réponses à la question "Parmi les affirmations suivantes concernant la réalisation d'une sérologie de dépistage du VIH en laboratoire d'analyses, lesquelles ou laquelle sont/est vraie(s) ?"

**Figure 75** : Réponses à la question "Le traitement anti-rétroviral (ARV) ?"

**Figure 76** : Réponses à la question "Une personne vivant avec le VIH sous traitement anti-rétroviral peut-elle transmettre le virus ?"

**Figure 77** : Auto-évaluation des connaissances relatives au traitement de l'infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5

**Figure 78** : Réponses à la question "Une personne vivant avec le VIH sous traitement peut-elle exercer les professions suivantes ?"

**Figure 79** : Réponses à la question "Par quels moyens récents avez-vous été informé sur le VIH/SIDA ?"

**Figure 80** : Réponses à la question "Selon vous, quelles mesures devraient être prioritaires pour améliorer le niveau d'information des Français sur le VIH/SIDA ?"

**Figure 81** : Auto-évaluation des connaissances relatives aux avancées récentes de la recherche sur l'infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5.

**Figure 82** : Densité d'officines pour 100 000 habitants en France métropolitaine, 2022

**Figure 83** : Mode d'emploi du préservatif masculin

**Figure 84** : Mode d'emploi du préservatif féminin

**Figure 85** : Répartition géographique des CeGIDD en France métropolitaine

**Figure 86** : Répartition géographique des centres de santé sexuelle en France métropolitaine

**Figure 87** : Répartition géographique des services d'urgence délivrant le TPE en France métropolitaine

**Figure 88** : Document de synthèse des informations relatives au VIH destiné à la sensibilisation.

# Lexique

**AAC (Autorisation d'Accès Compassionnel)** : Dispositif permettant l'accès précoce à un médicament sans autorisation de mise sur le marché pour des patients sans alternative thérapeutique.

**ADN (Acide désoxyribonucléique)** : Support de l'information génétique cellulaire. Le VIH transforme son ARN en ADN pour s'intégrer au génome de la cellule infectée.

**AME (Aide Médicale de l'État)** : Prise en charge des soins pour les personnes en situation irrégulière sous conditions.

**AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)** : Autorisation réglementaire permettant la commercialisation d'un médicament.

**ANRS-MIE** : Agence nationale coordonnant la recherche française sur le VIH et les maladies infectieuses émergentes.

**ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé)** : Autorité française chargée de la sécurité, de l'évaluation et du contrôle des médicaments et produits de santé.

**Anticorps anti-VIH** : Immunoglobulines produites en réponse à l'infection.

**Antigène p24** : Protéine virale détectable précocement avant la séroconversion complète.

**Antirétroviraux (ARV)** : Ensemble des médicaments inhibant différentes étapes du cycle viral.

**ARN (Acide ribonucléique)** : Molécule constituant le génome du VIH.

**ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu)** : Niveau d'amélioration apporté par un médicament par rapport aux alternatives.

**ATUn (Autorisation Temporaire d'Utilisation nominative)** : Ancien mécanisme autorisant, à titre exceptionnel, l'usage d'un médicament non encore autorisé pour un patient déterminé.

**CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

**Cabotégravir** : Inhibiteur de l'intégrase à action prolongée utilisé en traitement et en prophylaxie pré-exposition injectable.

**Capside** : Structure protéique entourant le matériel génétique viral, principalement composée de la protéine p24.

**CCR5 / CXCR4** : Corécepteurs membranaires des lymphocytes CD4 nécessaires à l'entrée du VIH dans la cellule.

**CD4 (Lymphocytes T CD4+)** : Cellules immunitaires ciblées par le VIH ; leur diminution entraîne une altération progressive de l'immunité.

**CeGIDD** : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST.

**COREVIH** : Les Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.

**Charge virale** : Quantité d'ARN VIH plasmatique exprimée en copies/mL ; indicateur central du suivi thérapeutique.

**Chemsex** : Usage de substances psychoactives dans un contexte sexuel.

**Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS)** : Instance française indépendante formulant des avis sur les politiques liées au VIH et aux hépatites virales.

**Découverte de séropositivité** : Premier diagnostic biologique confirmé d'infection.

**Dépistage** : Test permettant de déterminer si une personne est infectée par le VIH.

**Dépistage sérologique** : Recherche d'anticorps anti-VIH et/ou de l'antigène p24.

**Diagnostic tardif** : Découverte de l'infection à un stade avancé, généralement avec  $CD4 < 350/mm^3$ .

**DSUV (Dispositif de Soins Urgents et Vitaux)** : Prise en charge hospitalière des soins urgents pour les personnes sans couverture maladie.

**ECDC (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies)** : Agence de l'UE chargée de la surveillance et de la prévention des maladies transmissibles.

**Efficacité virologique** : Capacité d'un traitement à maintenir une charge virale indétectable.

**ELISA 4e génération** : Test combiné détectant simultanément anticorps anti-VIH et antigène p24 ; fiabilité optimale environ 6 semaines après exposition.

**EMA (European Medicines Agency)** : Agence européenne du médicament.

**Espace Économique Européen (EEE)** : Zone regroupant les pays de l'Union européenne ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège, assurant la libre circulation des biens, services, capitaux et personnes.

**Fenêtre sérologique** : Période entre la contamination et la fiabilité maximale du test.

**gp120 / gp41** : Glycoprotéines d'enveloppe : gp120 permet la fixation au récepteur CD4 ; gp41 assure la fusion entre le virus et la membrane cellulaire.

**HAS (Haute Autorité de Santé)** : Autorité publique indépendante évaluant les médicaments et émettant des recommandations.

**HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire)** : Loi française du 21 juillet 2009 réorganisant le système de santé et le secteur médico-social, afin d'améliorer l'accès aux soins et de moderniser les établissements publics de santé.

**HSH (Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes)** : Catégorie épidémiologique indépendante de l'identité sexuelle.

**Immunochromatographie** : Technique diagnostique basée sur une réaction des antigènes ou des anticorps.

**Immunodéficience** : Affaiblissement du système immunitaire secondaire à la destruction des lymphocytes CD4.

**Incidence** : Nombre de nouvelles infections sur une période donnée.

**Indétectable = Intransmissible (I=I)** : Formulation synthétique du principe TasP.

**Inégalités d'accès aux soins** : Disparités socio-économiques influençant l'accès au dépistage et au traitement.

**Inhibiteurs de l'intégrase (INI)** : Médicaments empêchant l'intégration de l'ADN viral dans le génome cellulaire.

**Inhibiteurs de protéase** : Molécules bloquant la maturation des virions.

**INNTI (Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse)** : Molécules inhibant directement l'activité enzymatique de la transcriptase inverse.

**INTI (Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse)** : Molécules analogues des nucléosides bloquant la synthèse d'ADN viral.

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible.

**Mon Test IST** : Dispositif autorisant le dépistage sans ordonnance de certaines IST.

**Observance (adhérence thérapeutique)** : Respect du schéma thérapeutique prescrit.

**OFTD** : Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives.

**ONUSIDA** : Programme des Nations Unies coordonnant la lutte mondiale contre le VIH (objectifs 95-95-95).

**Pandémie** : Épidémie mondiale touchant plusieurs continents.

**PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale)** : Texte législatif annuel définissant le financement du système de protection sociale.

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**Population clé** : Groupe présentant un risque accru d'exposition au VIH (HSH, travailleurs du sexe, personnes transgenres, usagers de drogues injectables).

**PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition)** : Traitement antirétroviral administré à une personne séronégative afin de prévenir l'acquisition du VIH soit par voie orale avec l'association ténofovir disoproxil fumarate / emtricitabine (TDF/FTC) soit par voie injectable avec le Cabotégravir à action prolongée.

**Prévalence** : Nombre total de personnes vivant avec le VIH à un instant donné.

**Primo-infection** : Phase initiale de l'infection survenant quelques semaines après la contamination, souvent associée à un syndrome pseudo-grippal.

**Prophylaxie** : Mesure visant à prévenir l'apparition d'une infection.

**PUMA (Protection Universelle Maladie)** : Dispositif garantissant l'accès aux soins pour toute personne résidant de manière stable et régulière en France.

**p17 (Matrice)** : Protéine structurale située sous l'enveloppe virale.

**p24** : Protéine majeure de la capside du VIH, détectable précocement dans le sang.

**Rétrovirus** : Virus à ARN capable de rétrotranscrire son génome en ADN grâce à la transcriptase inverse afin de l'intégrer dans le génome de la cellule hôte.

**RT-PCR** : Technique de biologie moléculaire permettant la détection et la quantification de l'ARN viral.

**Séropositivité** : Présence d'anticorps spécifiques anti-VIH dans le sang.

**SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise)** : Stade avancé de l'infection caractérisé par un taux de CD4 < 200/mm<sup>3</sup> et/ou la survenue d'infections opportunistes.

**SMR (Service médical Rendu)** : Évaluation du bénéfice clinique d'un médicament.

**SNDS (Système National des Données de Santé)** : Base nationale regroupant les données médico-administratives françaises.

**Suppression virale** : Obtention d'une charge virale inférieure au seuil de détection (< 20–50 copies/mL).

**TAR (Traitement Antirétroviral)** : Association d'au moins trois molécules actives visant à obtenir une suppression virale durable.

**TasP (Treatment as Prevention)** : Principe selon lequel une personne sous traitement efficace avec charge virale indétectable ne transmet pas le virus par voie sexuelle.

**TPE (Traitement Post-Exposition)** : Traitement d'urgence instauré après une exposition potentielle, idéalement dans les 4 heures et au maximum dans les 48 heures.

**Transcriptase inverse** : Enzyme virale permettant la transcription de l'ARN viral en ADN complémentaire.

**Travailleuses / Travailleurs du sexe (TDS)** : Personnes exerçant une activité sexuelle tarifée.

**TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique)** : Test rapide réalisé par un professionnel de santé ou une association habilitée.

**UDI (Usager de Drogues Injectables)** : Personne consommant des substances psychoactives par injection, exposée à des risques infectieux accrus.

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

**VIH-1 / VIH-2** : Deux types de virus de l'immunodéficience humaine. Le VIH-1 est le plus répandu mondialement ; le VIH-2 est principalement présent en Afrique de l'Ouest.

**VIHTest** : Dispositif permettant le dépistage du VIH sans ordonnance et sans avance de frais.

**Western blot** : Technique permettant la séparation et l'identification des protéines



## **I. Introduction**

Depuis l'identification des premiers cas d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) au début des années 1980, cette pathologie constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale<sup>1</sup>. Face à l'ampleur de l'épidémie, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a mis en place en 1994 ONUSIDA, un programme commun rassemblant plusieurs agences de l'ONU afin de coordonner et renforcer la réponse internationale au VIH/SIDA<sup>2</sup>. Depuis sa création, ONUSIDA œuvre au contrôle de l'infection avec pour ambition de mettre fin à l'épidémie. En 2015, l'organisation s'est fixé comme objectif l'élimination du VIH en tant que menace de santé publique d'ici 2030, en agissant sur la prévention, l'accès universel aux traitements et la réduction de la stigmatisation<sup>3</sup>.

Les avancées scientifiques des dernières décennies ont profondément transformé la prise en charge du VIH. Les traitements antirétroviraux actuels permettent un contrôle durable de l'infection, notamment en rendant la charge virale indétectable, ce qui supprime le risque de transmission. Aujourd'hui, l'émergence de traitements à longue durée d'action améliore davantage la qualité de vie des personnes séropositives. Par ailleurs, la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) constitue un outil de prévention particulièrement efficace chez les personnes exposées à un risque accru d'infection. Ainsi, l'association d'un dépistage élargi, d'un traitement précoce et d'une prévention adaptée permet théoriquement d'interrompre la dynamique de transmission du virus. Néanmoins, la réussite de cette stratégie repose également sur l'information, l'éducation et les freins liés aux représentations sociales et à la stigmatisation.

En France, plusieurs milliers de nouvelles découvertes de séropositivité sont encore recensées chaque année. Si l'accès aux soins et aux traitements est largement assuré, des difficultés persistent, notamment en matière de dépistage précoce, d'inégalités socio-territoriales et de connaissances insuffisantes au sein de la population générale.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer le niveau de connaissances de la population générale concernant le VIH à travers l'analyse des données issues d'un questionnaire créé puis diffusé sur les réseaux sociaux et affiché dans certaines officines. Après un rappel des notions fondamentales relatives au VIH, une analyse approfondie des réponses recueillies sera présentée afin d'identifier les lacunes éventuelles. Le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la prévention du VIH notamment grâce à sa proximité.

À la fin de la thèse, nous allons proposer un flyer avec des informations sur le VIH qui peut être un outil de sensibilisation.

## II. Généralités et épidémiologie

### A. Contexte de l'épidémiologie du VIH

#### 1. Étude épidémiologique de la prévalence du VIH au niveau mondial

L'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) est un programme à l'initiative des Nations Unies destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU dans la lutte contre le VIH / SIDA. Annuellement, ONUSIDA émet un rapport contenant des estimations relatives à l'épidémie du VIH à l'échelle mondiale. Ces évaluations reposent sur des informations recueillies auprès de pays du monde entier.

|                                                             | 2000                                                    | 2005                                                    | 2010                                                    | 2020                                                    | 2024                                                    |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Personnes vivant avec le VIH</b>                         | <b>27,9 millions</b><br>[25,3 millions - 31,1 millions] | <b>29,9 millions</b><br>[27,1 millions - 33,4 millions] | <b>32,2 millions</b><br>[29,2 millions - 36,0 millions] | <b>38,9 millions</b><br>[35,3 millions - 43,5 millions] | <b>40,8 millions</b><br>[37,0 millions - 45,6 millions] |
| <b>Nouvelles infections au VIH</b>                          | <b>2,9 millions</b><br>[2,3 millions - 3,7 millions]    | <b>2,5 millions</b><br>[2,0 millions - 3,2 millions]    | <b>2,2 millions</b><br>[1,7 million - 2,8 millions]     | <b>1,5 million</b><br>[1,2 million - 1,9 million]       | <b>1,3 million</b><br>[1,0 million - 1,7 million]       |
| <b>Personnes ayant accès à une thérapie antirétrovirale</b> | <b>370 000</b><br>[320 000 - 380 000]                   | <b>1,6 million</b><br>[1,4 million - 1,6 million]       | <b>7,7 millions</b><br>[6,7 millions - 8,0 millions]    | <b>26,2 millions</b><br>[23,1 millions - 27,3 millions] | <b>31,6 millions</b><br>[27,8 millions - 32,9 millions] |
| <b>Disponibilité des ressources</b>                         | <b>5,1 milliards de dollars américains</b>              | <b>9,3 milliards de dollars américains</b>              | <b>16,7 milliards de dollars américains</b>             | <b>21,5 milliards de dollars américains</b>             | <b>18,7 milliards de dollars américains</b>             |

Figure 1 : Données mondiales sur le VIH issues de l'estimation épidémiologique de l'ONUSIDA, juillet 2025 <sup>4</sup>

- ❖ **Nombre de personnes vivant avec le VIH** : Cela représente le nombre de personnes séropositives au VIH et qui sont toujours en vie à un instant précis. Ce chiffre inclut à la fois les personnes sous traitement antirétroviral et celles qui n'ont pas encore entamé de traitement.
- ❖ **Nouvelles infections par le VIH** : Cet indicateur reflète la dynamique de propagation du VIH au cours d'une année donnée et permet d'évaluer l'efficacité des stratégies de prévention mises en œuvre. Les tendances observées au fil des années montrent une diminution progressive du nombre de nouvelles infections, traduisant un ralentissement de la diffusion du virus.

- ❖ **Décès liés au SIDA** : Ces chiffres indiquent le nombre de décès directement attribuables au SIDA, généralement dus à des complications liées à l'infection par le VIH, telles que des infections opportunistes ou des maladies liées à la séropositivité.
- ❖ **Personnes ayant accès à une thérapie antirétrovirale** : Le nombre de personnes ayant accès à une thérapie antirétrovirale ne cesse d'augmenter, améliorant ainsi la qualité de vie et l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH.
- ❖ **Ressources disponibles** : Le VIH représente un enjeu majeur de santé publique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les ressources mobilisées proviennent principalement de la scène internationale afin de garantir l'accès aux traitements et aux services de prévention.

Il est important de noter que la répartition du VIH n'est pas uniforme et peut varier considérablement d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre. Les régions les plus touchées sont l'Afrique subsaharienne, où la prévalence est la plus élevée, suivie de l'Asie du Sud et du Sud-Est, et de certaines régions d'Amérique latine. Ces disparités de répartition de l'infection dans le monde peuvent être expliquées par divers facteurs, tels que les programmes de prévention, d'accès au traitement, de sensibilisation et de prévention des comportements à risque qui peuvent être insuffisants dans ces régions.

Ces données sont importantes pour orienter les efforts de lutte contre le VIH/SIDA au niveau mondial et pour élaborer des politiques de santé publique efficaces. Les taux d'infection au VIH sont plus faibles en Amérique du Nord, en Europe de l'Ouest et dans d'autres régions à revenus élevés. C'est le résultat d'une campagne de prévention bien menée. Les rapports ONUSIDA sont largement utilisés par les gouvernements, les organisations de santé et les chercheurs du monde entier pour suivre et comprendre l'évolution de l'épidémie de VIH.

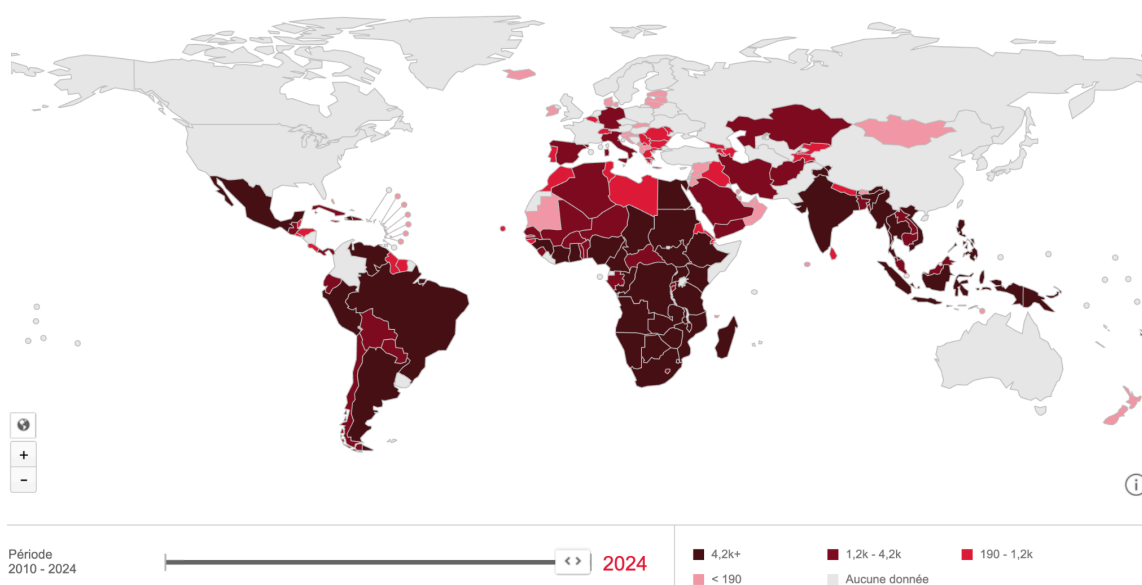


Figure 2 : Prévalence de l'infection à VIH dans le monde en 2024 <sup>5</sup>

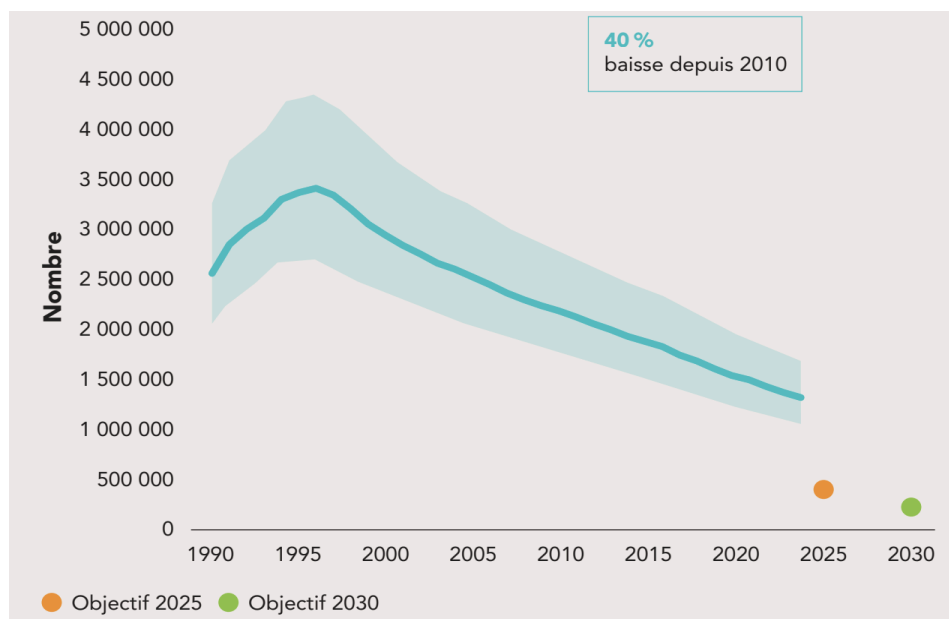


Figure 3 : Tendence des nouvelles infections à VIH entre 1990 et 2024, objectifs 2025 et 2030 selon les estimations de l'ONUSIDA <sup>6</sup>

**1990-1997 :** Durant environ 5 à 7 ans, le VIH/SIDA était largement considéré comme une épidémie en pleine expansion. Les connaissances sur le virus étaient limitées et les traitements antirétroviraux étaient encore en phase de développement. Les campagnes de sensibilisation et de prévention ont commencé à se développer, mais la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH étaient très répandues. Le nombre de nouveaux cas a continué d'augmenter de manière significative dans de nombreuses régions du monde.

**1997-2010 :** Cette décennie a vu une transformation majeure grâce à l'introduction des thérapies antirétrovirales. Ces traitements ont révolutionné la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, permettant de contrôler la répllication virale et de réduire considérablement la progression vers le stade SIDA. Les campagnes de sensibilisation se sont intensifiées et les programmes de dépistage ont été renforcés. Dans de nombreuses régions, le nombre de nouveaux cas a commencé à se stabiliser voire à baisser.

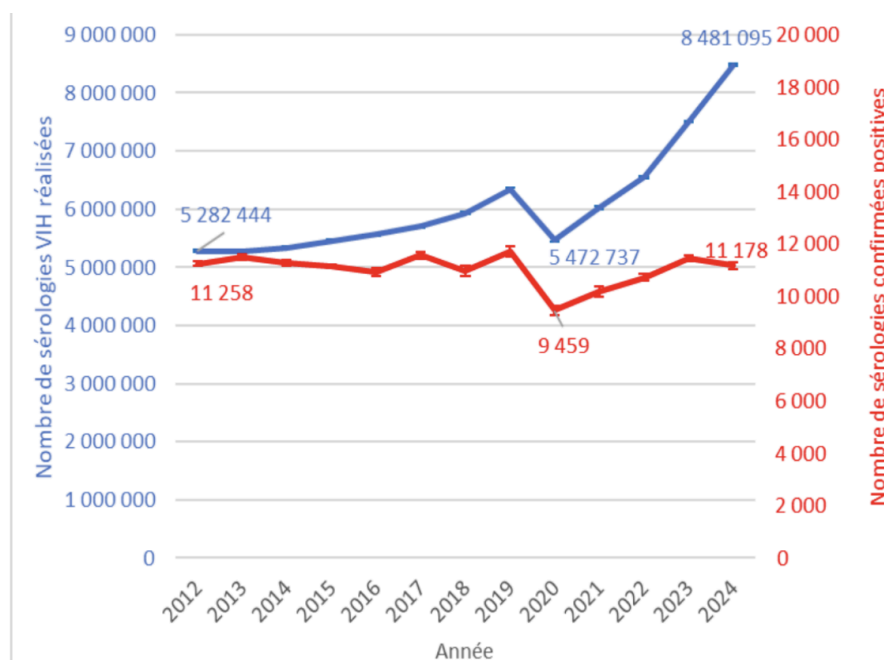
**2010-aujourd'hui :** Au cours de cette période, des progrès supplémentaires ont été réalisés, notamment avec l'arrivée des trithérapies plus efficaces, mieux tolérées et plus simples à administrer. Aujourd'hui, selon les estimations de l'ONUSIDA, les nouveaux cas d'infection par le VIH ont baissé de 40% par rapport à 2010. De plus en plus de personnes ont accès aux trithérapies, ce qui contribue à réduire la transmission du virus. Cependant, des disparités persistent, avec des taux de nouvelles infections encore élevés dans certaines populations vulnérables et certaines régions du monde. Les progrès de la recherche dans la prévention et le traitement du VIH se poursuivent. Des approches novatrices, telles que la thérapie à libération prolongée et la PrEP à libération prolongée, réduisent les prises quotidiennes.

## 2. Étude épidémiologique de la prévalence du VIH au niveau de la France

En France, le VIH est un enjeu majeur de santé publique. Chaque année, à l'occasion de la « Journée mondiale de lutte contre le SIDA », Santé publique France publie des données actualisées sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) bactériennes ou virales dont l'infection par le VIH en France. Ces données proviennent des systèmes de surveillance impliquant les biologistes, les cliniciens, et issues du Système National des Données de Santé (SNDS) géré par l'assurance maladie.

Les informations relatives au dépistage du VIH sont basées sur les résultats des analyses de sérologies VIH déclarées dans le cadre de l'enquête LaboVIH, menée annuellement auprès de tous les laboratoires de biologie médicale. Cette collecte englobe l'ensemble des sérologies VIH effectuées par les laboratoires, qu'elles soient remboursées ou non, sur prescription médicale ou non, quel que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, établissement hospitalier ou clinique, CeGIDD, etc.). Les sérologies réalisées dans le cadre d'un don de sang sont les seules exclues.

Les données recueillies sont ajustées pour prendre en compte les laboratoires n'ayant pas participé à l'enquête. Cependant, il convient de noter que les estimations générées sont moins précises lorsque le taux de participation diminue, comme cela a été le cas au cours des années de la Covid-19.



Source : Santé publique France, LaboVIH, données corrigées

Figure 4 : Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives en France 2012-2024 <sup>7</sup>

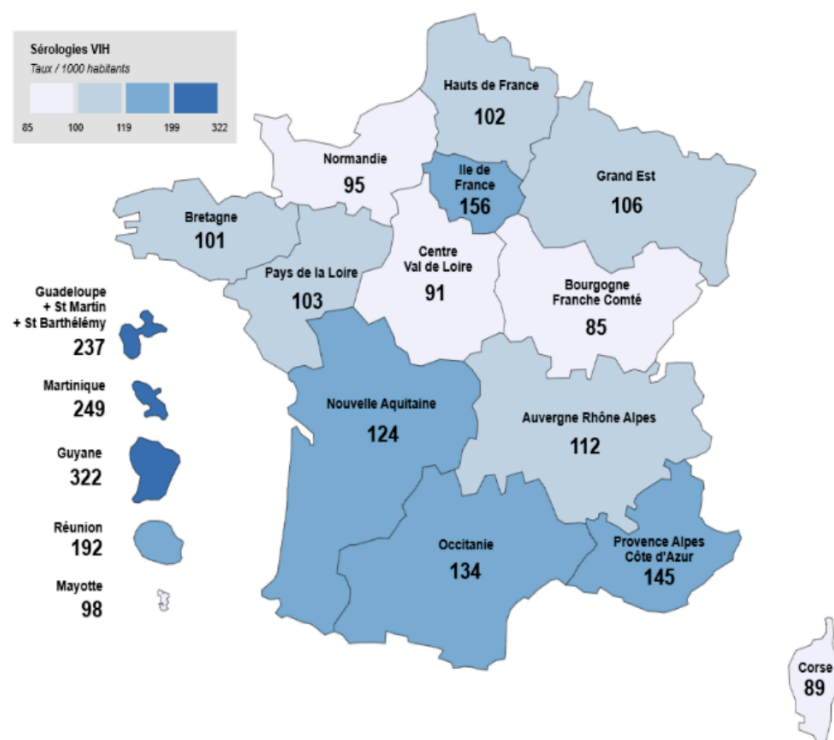
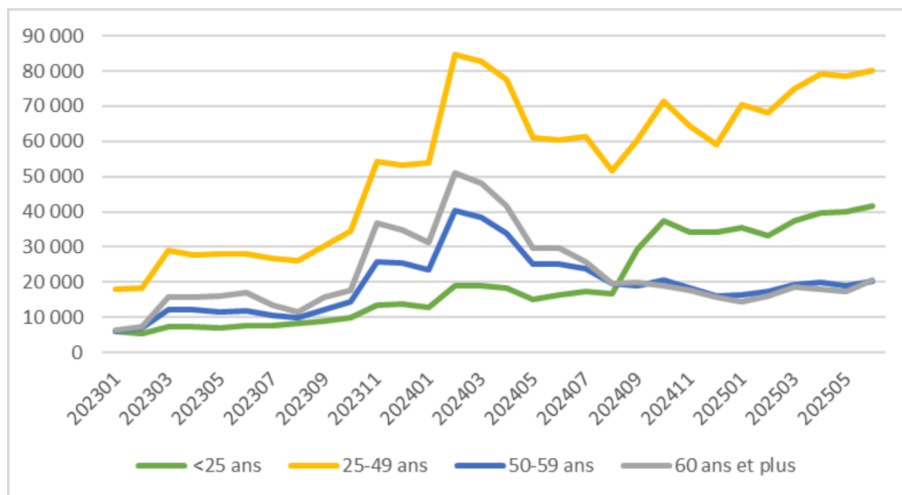


Figure 5 : Taux de sérologies VIH réalisées par région du laboratoire (pour 1000 habitants), France 2024 <sup>7</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le législateur a instauré le VIHTest <sup>8</sup>, un dispositif visant à simplifier l'accès direct au dépistage du VIH dans les laboratoires de biologie médicale. Ce dispositif permet à toute personne assurée sociale, y compris les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME), de réaliser un test sans ordonnance, sans rendez-vous et sans avance de frais. Les personnes souhaitant un dépistage anonyme ou ne bénéficiant d'aucune couverture sociale peuvent s'adresser aux Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD).

La mise en œuvre de ce dispositif a conduit à une augmentation notable du nombre de dépistages en France. En 2023, environ 7,5 millions de sérologies VIH ont été réalisées, contre 6,5 millions en 2022, traduisant une progression continue du recours au dépistage. Les tests effectués dans le cadre du dispositif VIHTest représentaient près de 15 % de l'ensemble des sérologies VIH remboursées cette même année.

Depuis septembre 2024, ce dispositif a été élargi sous l'appellation « Mon test IST », afin de permettre également le dépistage direct d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sans ordonnance ni avance de frais. Selon les premières estimations, l'élargissement du dispositif a eu un impact positif sur le nombre de sérologies VIH, traduisant une poursuite de la hausse du dépistage, avec un potentiel supérieur à 8 millions de tests en 2024. Les analyses préliminaires mettent également en évidence une augmentation notable du recours au dépistage parmi les jeunes de moins de 25 ans depuis la mise en œuvre de cet élargissement.



Source : SNDS, dispositifs « VIH test » puis « Mon test IST », extraction Cnam septembre 2025

Figure 6 : Nombre de sérologies VIH réalisées sans prescription selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, France, Janvier 2023/Mai 2025 <sup>7</sup>

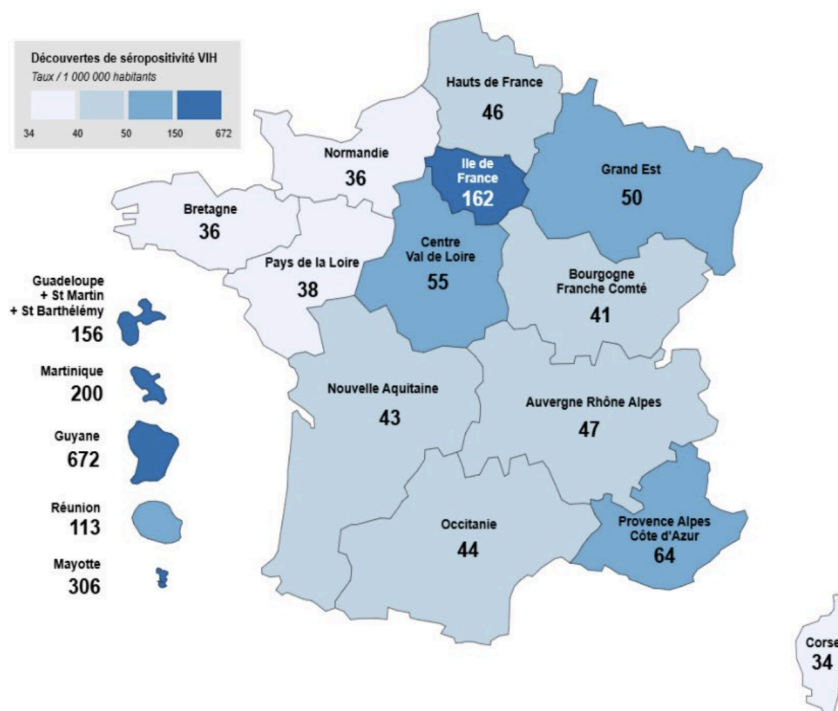


Figure 7 : Taux de découverte de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France 2024 <sup>7</sup>

Comme observé les années précédentes, les taux de dépistage de séropositivité varient considérablement à travers la France. Ils affichent des chiffres nettement plus élevés dans les départements français d'outre-mer, particulièrement en Guyane, à Mayotte, en Martinique et en Guadeloupe. En métropole, la région Île-de-France présente un taux de découverte de séropositivité supérieur à celui des autres régions.



En France, c'est environ 200 000 personnes qui vivent avec le VIH. Chaque année, près de 5000 personnes découvrent leur séropositivité pour le virus du SIDA, un chiffre en diminution depuis 2012.

## B. Le VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

### 1. Structure du virus

Le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est un virus appartenant à la famille des rétrovirus, caractérisés par leur capacité à convertir leur ARN (Acide RiboNucléique) en ADN (Acide DésoxyriboNucléique) à l'intérieur des cellules de l'hôte <sup>9</sup>.

Il se compose de plusieurs éléments structuraux et fonctionnels :

- ⊕ enveloppe bi-lipidique dérivée de la membrane de la cellule hôte, celle-ci contient des glycoprotéines de surface appelées glycoprotéines d'enveloppe (gp120 et gp41), qui jouent un rôle dans la liaison du virus aux cellules hôtes.
- ⊕ une capside constituée de la protéine p24 et de la matrice p17, qui entoure le matériel génétique viral dans le but de le protéger.
- ⊕ le génome du VIH sous forme d'ARN monobrin qui code pour neuf protéines virales différentes.
- ⊕ le VIH code pour plusieurs enzymes essentielles à son cycle de vie, notamment la transcriptase inverse (*reverse transcriptase*), l'intégrase et la protéase.

Le génome du VIH-1 est composé de 10 000 nucléotides. Ces derniers permettent le codage de neuf gènes produisant neuf protéines, toutes indispensables pour le cycle de réplication.

Le VIH cible principalement les cellules du système immunitaire, en particulier les lymphocytes T CD4+ qui jouent un rôle dans la défense de l'organisme contre les infections.

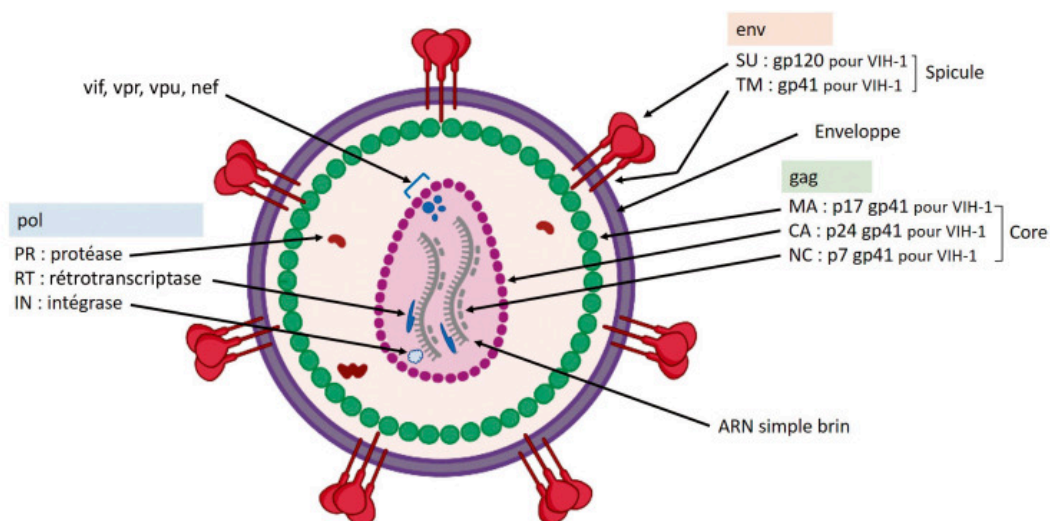


Figure 8 : Structure du VIH <sup>10</sup>



## 2. Classification du VIH

Le VIH a été identifié pour la première fois en 1983 par une équipe française et initialement appelé LAV (Lymphadenopathy Associated Virus)<sup>11</sup>. En 1986, la découverte d'un deuxième virus différent du premier a conduit à une nouvelle classification définissant les VIH de type 1 (VIH-1) et de type 2 (VIH-2)<sup>12</sup>. La France est principalement concernée par le VIH-1, le type le plus courant et le plus virulent. Il est responsable de la grande majorité des cas d'infection à VIH dans le monde. Il est subdivisé en différents groupes (M, N, O et P), le groupe M étant le plus répandu et associé à la pandémie mondiale<sup>13</sup>.

Le VIH-2 est moins commun et est principalement présent en Afrique de l'Ouest, bien qu'il puisse également être trouvé dans d'autres parties du monde. Il est moins virulent que le VIH-1, mais il peut causer des maladies et des complications<sup>14</sup>.

La diversité des VIH peut poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Cela concerne en particulier les infections VIH-2 du fait des différences de pathogénicité avec le VIH-1. Un traitement non adapté au type de VIH peut causer des résistances naturelles ou une moindre sensibilité. La détermination de type de VIH est donc importante avant la mise en place d'un traitement adapté.

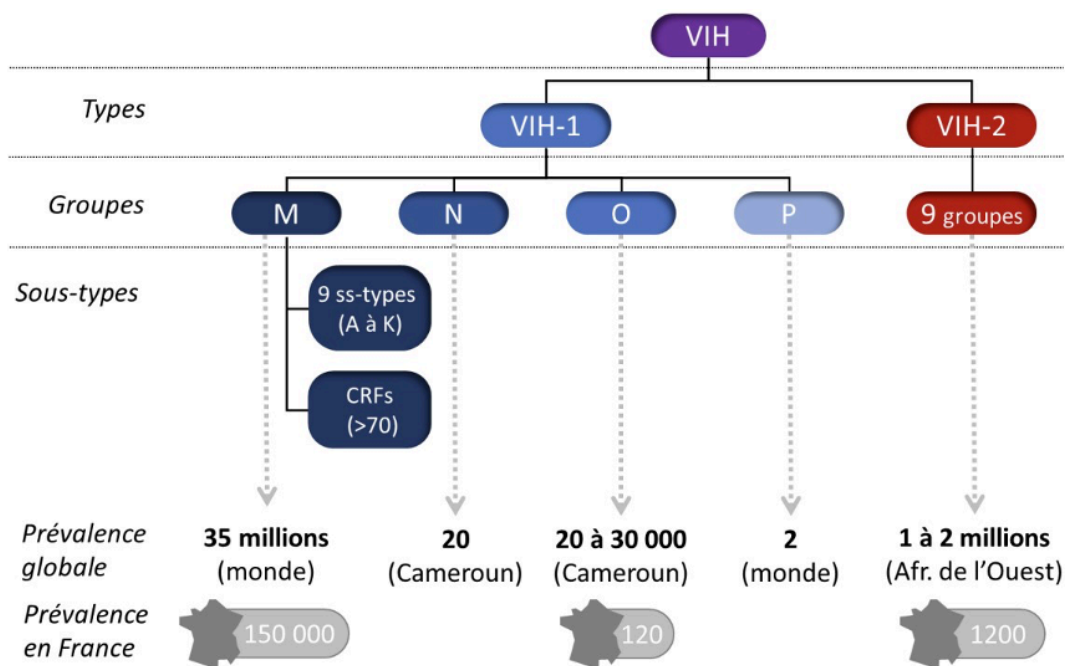


Figure 9 : Classification des virus VIH et prévalence respective<sup>15</sup>

## 3. Cycle de réplication

Le processus de réplication du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) comporte plusieurs étapes importantes.

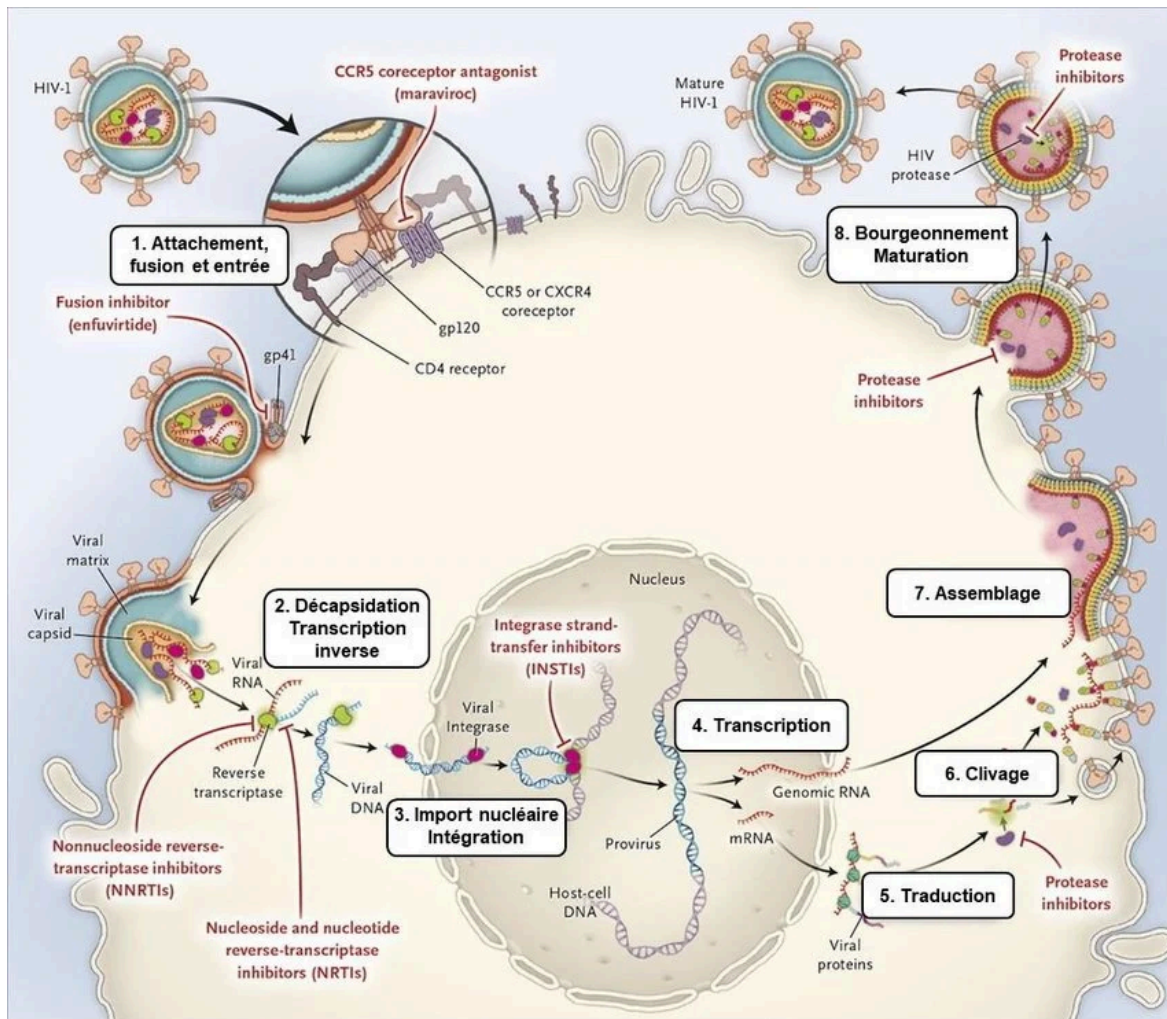


Figure 10 : Cycle de réplication du VIH <sup>16</sup>

Tout d'abord, le VIH se lie aux récepteurs des lymphocytes CD4<sup>+</sup> et, dans une moindre mesure, aux récepteurs des macrophages. Suite à l'attachement, une fusion se produit entre la glycoprotéine 120 du virus et le corécepteur CCR5 présent à la surface de la cellule CD4<sup>+</sup>, permettant au virus de pénétrer dans la cellule hôte. Le matériel génétique du virus est transporté dans une structure protéique dite capsid, s'ensuit le processus de décapsulation qui consiste à libérer le contenu sous forme d'ARN dans le cytoplasme de la cellule hôte. À l'intérieur de la cellule, l'ARN viral est converti en ADN par la transcriptase inverse. L'ADN viral s'intègre ensuite dans le génome de la cellule hôte, transformant celle-ci en une « usine » de production de nouveaux virus capables d'infecter d'autres lymphocytes T CD4<sup>+</sup> et donc propager l'infection.

#### 4. Modes de transmission

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine se transmet principalement par contact étroit avec certains liquides corporels d'une personne infectée comme le sang, le sperme, les sécrétions

vaginales, le liquide pré-séminal et le lait maternel <sup>17</sup>. Les autres liquides tels que la salive, la sueur, les larmes ne contiennent pas assez de virus actifs pour permettre une contamination.

Ces liquides corporels doivent entrer en contact direct avec des muqueuses (le vagin, la vulve, le pénis, l'anus, la bouche, les yeux, les oreilles et le nez) ou des tissus lésés <sup>18</sup>. Les pratiques à risque de contamination sont :

- ❖ les rapports sexuels non protégés, en particulier les rapports vaginaux et anaux. L'utilisation de préservatifs masculins ou féminins peut considérablement réduire le risque de transmission.
- ❖ le partage de matériel d'injection souillée lors d'un tatouage, d'un piercing. L'usage de matériel stérile peut aider à éviter ce risque.
- ❖ les mères séropositives peuvent transmettre le VIH à leur bébé pendant la grossesse surtout lors du dernier trimestre, à l'accouchement ou lors de l'allaitement. Cependant, des traitements antirétroviraux et des interventions médicales appropriées peuvent réduire considérablement ce risque.
- ❖ transfusion sanguine et produits sanguins contaminés, mode de transmission qu'on ne voit quasiment plus. Cela est lié au fait que les dépistages et les traitements du sang ont considérablement amélioré la sécurité des transfusions sanguines en France <sup>19</sup>.

La connaissance du VIH varie au sein de la population en fonction de divers facteurs tels que l'éducation, la culture et l'accès à l'information médicale. Il existe encore des lacunes importantes dans la compréhension de certains aspects clés de cette infection. À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA, le Sidaction présente les conclusions d'une enquête menée en collaboration avec l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) auprès de 1 003 jeunes âgés de 15 à 24 ans à travers un questionnaire en ligne <sup>20</sup>. Cette étude examine les préjugés relatifs au VIH/SIDA ainsi que les discriminations envers les personnes séropositives.

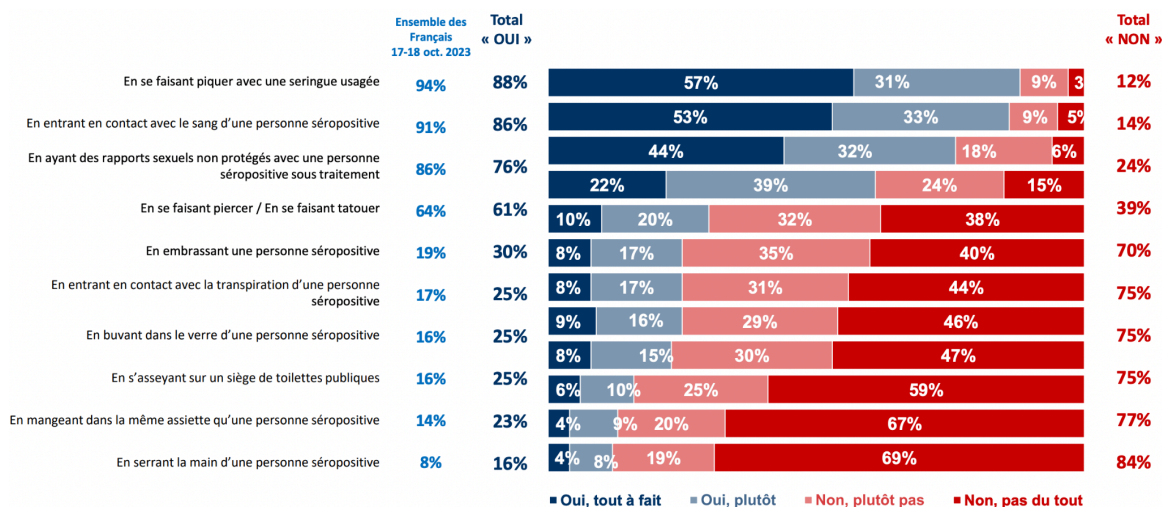


Figure 11 : Réponses à la question « Selon vous, le virus du sida peut être transmis ... ? » <sup>21</sup>

Il est important de noter que le VIH ne se propage pas par des contacts sociaux courants, tels que les poignées de main, les éternuements, l'échange d'objets de la vie quotidienne, ou lors de baignade dans la piscine... Le virus ne survit pas longtemps à l'extérieur de l'hôte (être humain).

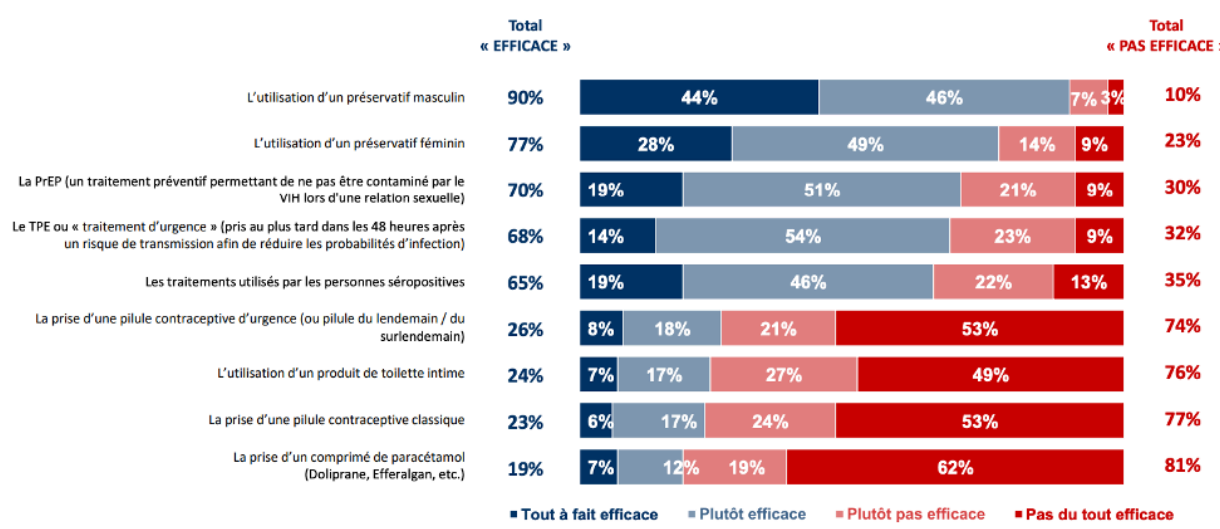


Figure 12 : Réponses à la question : « Pour chacun des moyens suivants, diriez-vous qu'il est tout à fait efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas du tout efficace pour empêcher la transmission du VIH/SIDA ? » <sup>21</sup>

### 5. Évolution clinique et biologique de l'infection à VIH

À partir du moment où le corps d'une personne est en contact avec le VIH, son système immunitaire réagit en produisant des anticorps spécifiques. Les anticorps sont des agents de défense de l'organisme qui vont tenter de combattre les virus. Le corps en produit de façon spécifique pour chaque type de virus. Le plus souvent, au début de l'infection, la personne séropositive ne présente pas de symptôme significatif (signe visible de l'infection), mais elle peut cependant transmettre le virus dès qu'elle a été infectée. Dès lors qu'une personne est séropositive, elle le sera à vie, même sous traitement.

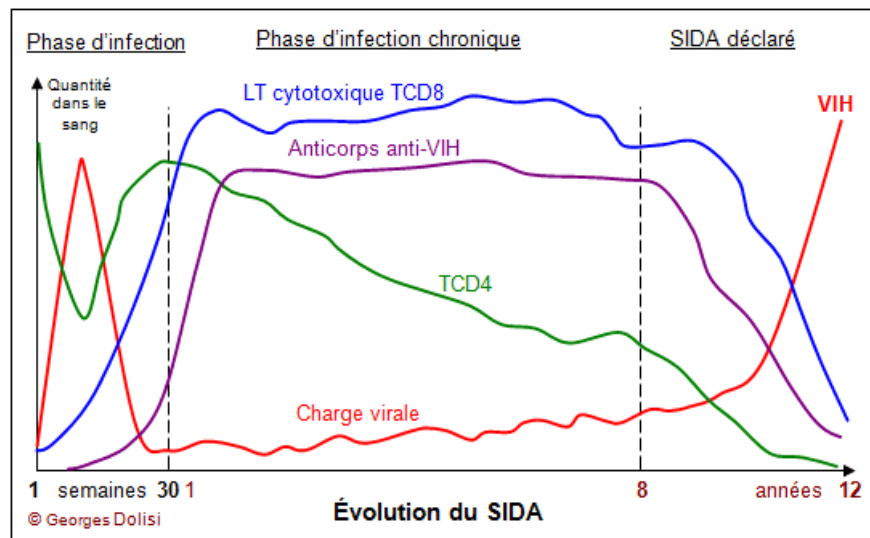


Figure 13 : Évolution des taux des différentes cellules du système immunitaire au fil de l'infection par le VIH

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) suit une évolution en trois phases majeures, chacune caractérisée par des aspects cliniques et immunologiques spécifiques: la primo-infection, la phase chronique et le stade du Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquise (SIDA). En l'absence de traitement, la quasi-totalité des patients infectés par le VIH évolue vers le stade SIDA.

### La phase de primo-infection

La primo-infection est la première phase qui suit l'exposition au VIH. Elle survient généralement dans les premières semaines et les premiers mois après l'infection. Au cours de cette période, le virus se réplique rapidement, et le système immunitaire commence à répondre à l'infection en produisant des anticorps anti-VIH (c'est la séroconversion). Les symptômes de la primo-infection, tels que la fièvre, la fatigue, les maux de tête, les courbatures et les ganglions lymphatiques enflés ne sont pas spécifiques au VIH et peuvent passer inaperçus.

L'association d'un syndrome pseudo-grippal, d'une poly-adénopathie et de manifestations cutanéomuqueuses qui surviennent 10 à 15 jours après une conduite à risque est très évocatrice d'une primo-infection à VIH. Ces symptômes régressent spontanément en 2 à 4 semaines hormis la poly-adénopathie qui peut persister plus longtemps. Cela est lié à la variation du système immunitaire sous l'impulsion de la charge virale.

La charge virale (ou taux de virus dans le sang) est élevée pendant la primo-infection, et le nombre de cellules CD4+ du système immunitaire peut temporairement diminuer.

Cependant, dans de nombreux cas, le système immunitaire parvient à contrôler partiellement la réplication virale, entraînant une réduction de la charge virale et un retour partiel à des taux de CD4+ normaux <sup>22</sup>.



### **Phase chronique (phase asymptomatique)**

Après la primo-infection, la maladie entre dans une phase chronique, qui peut durer de nombreuses années sans traitement. Pendant cette période, le VIH se réplique à des niveaux plus bas, mais il est toujours actif. La charge virale reste détectable, même si elle peut varier d'une personne à l'autre. La personne infectée reste asymptomatique pendant cette phase, mais sans traitement antirétroviral (TAR), le virus continue de s'attaquer progressivement au système immunitaire. Il y a donc l'apparition progressive de signes témoins de la chute des CD4 (fièvre modérée et persistante, perte de poids, adénopathie, diarrhée chronique, atteinte cutanéomuqueuse). Cela rend la personne plus vulnérable aux infections opportunistes et à d'autres problèmes de santé <sup>23</sup>.

### **Stade SIDA**

Le stade Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquise (SIDA) est la phase avancée de l'infection par le VIH. Il est caractérisé par une grave immunodéficience, avec un taux très bas de cellules CD4+ généralement en dessous de 200 cellules/mm<sup>3</sup>. Cette dégradation s'accompagne de diverses infections opportunistes graves liées au VIH, telles que l'infection à cytomégalovirus, l'infection à *Mycobacterium tuberculosis*, la candidose, ainsi que des affections cancéreuses comme le sarcome de Kaposi, le lymphome de Burkitt et le lymphome immunoblastique <sup>23</sup>. Ce stade de SIDA est fréquemment associé à une détérioration significative de l'état de santé, pouvant entraîner des conséquences fatales en l'absence de traitement.

## **C. Dépistage et suivi du VIH en 2025 en France**

Le dépistage constitue l'unique moyen fiable de confirmer ou infirmer l'infection au VIH <sup>24</sup>. En cas de doute ou d'exposition à un risque, il est impératif d'évaluer son statut sérologique. Un dépistage précoce par rapport à la date d'exposition permet de bénéficier rapidement d'une prise en charge thérapeutique efficace, ce qui contribue à améliorer le pronostic à long terme. L'efficacité du traitement est d'autant plus significative lorsqu'il est initié précocement. Il est recommandé de considérer un dépistage dans diverses situations, notamment :

- ❖ En cas d'appréhension d'une exposition à un risque lors d'un rapport sexuel non protégé.
- ❖ En cas de changement de partenaire ou de pratique de multi-partenariat.
- ❖ Lors de la planification d'une grossesse, avec une recommandation particulière pour le dépistage au cours du premier trimestre.
- ❖ En cas d'utilisation de drogues intraveineuses ou d'antécédents d'utilisation de ce type de substances.
- ❖ Pour les individus séropositifs pour l'hépatite B, l'hépatite C, ou d'autres infections sexuellement transmissibles.
- ❖ En cas d'agression sexuelle.

Le test de dépistage vise à identifier la séropositivité en recherchant la présence d'anticorps anti-VIH dans le sang ou la présence du virus lui-même. La période de fenêtre, définie comme la durée entre l'exposition et le dépistage permettant d'obtenir un résultat fiable, varie selon la méthode utilisée <sup>25</sup>.

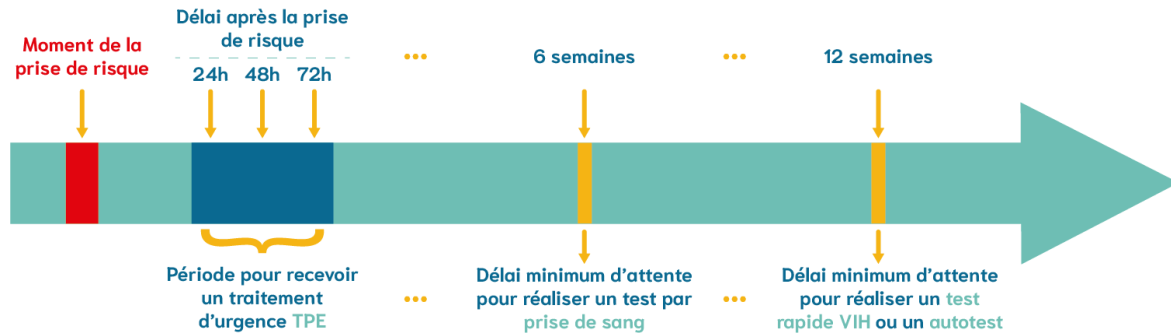


Figure 14 : Chronologie à la suite d'un événement à risque <sup>26</sup>

Le dépistage de l'infection par le virus du VIH n'est pas obligatoire de manière générale, mais il est requis dans certaines situations spécifiques. En France, un dépistage systématique des marqueurs biologiques des infections sexuellement transmissibles, incluant le VIH, est obligatoire lors de chaque don de sang, d'organes, de sperme ou de lait maternel <sup>27</sup>. Hors ces cas spécifiques, un dépistage est fortement recommandé chez les populations présentant un risque élevé d'exposition au VIH, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les usagers de drogues par voie intraveineuse, ainsi que les personnes originaires ou ayant séjourné dans des zones de forte prévalence au VIH.

Il existe également des situations dans lesquelles un dépistage ponctuel est recommandé, bien qu'il ne soit pas obligatoire. Ces situations incluent notamment la grossesse, l'instauration d'une contraception hormonale, une interruption volontaire de grossesse, un viol, l'incarcération, ou encore la présence de signes cliniques évocateurs d'une infection par le VIH.

## 1. Méthodes de dépistage rapide

Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) et les Autotests de Dépistage du VIH (ADVIH) constituent deux outils de diagnostic rapide visant à détecter la présence d'anticorps anti-VIH par immunochromatographie, à partir d'une goutte de sang capillaire ou de fluide gingival. Les résultats sont disponibles en 15 à 30 minutes, permettant un dépistage rapide et accessible. Ces méthodes représentent une avancée majeure en matière de santé publique, en facilitant un dépistage précoce, confidentiel et non stigmatisant.

Les deux dispositifs partagent un même objectif, mais diffèrent par leurs modalités d'utilisation.

Les autotests VIH sont réalisés et interprétés directement par l'individu, à domicile, sans intervention médicale. Leur fiabilité dépend du strict respect des instructions fournies. Ces tests, marqués CE, sont disponibles en pharmacie ou en ligne, sous monopole pharmaceutique conformément à l'article L.4211-1 du Code de la Santé Publique <sup>28</sup>. En 2025, les principaux autotests commercialisés en France sont :

- Autotest VIH® (AAZ-LMB) <sup>29</sup>
- INSTI® (Biolytical) <sup>30</sup>
- EXACTO® test HIV (Biosynex) <sup>31</sup>

Lors de la dispensation, le pharmacien doit fournir une boîte à aiguilles (Dasri) et rappeler les modalités de prévention du VIH.

Vidéo expliquant l'utilisation des différents autotests disponibles sur le marché français :

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

À l'inverse, les TROD VIH doivent être réalisés par un professionnel de santé dans un centre de dépistage, une structure communautaire ou un établissement de soins, conformément à l'arrêté du 9 novembre 2010. Ils reposent sur l'analyse du sang total, du sérum ou du plasma, et détectent l'infection par le VIH-1 et le VIH-2. Les principaux TROD disponibles en France sont :

- VIKIA® (bioMérieux)
- DETERMINE® (Abbott)
- INSTI® (Nephrotek)
- ORAQUICK® (Orasure Technologies) test gingival

Quelle que soit la méthode utilisée, un résultat positif doit impérativement être confirmé par un test de laboratoire. En raison de la période fenêtre sérologique, le dépistage doit être réalisé au moins trois mois après une exposition à risque. Ces dispositifs, bien qu'imparfaits, contribuent largement à l'élargissement du dépistage et à la détection précoce des infections à VIH.

## **2. Les outils virologiques du diagnostic et du suivi de l'infection**

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 <sup>32</sup> entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, a permis la généralisation du dispositif de dépistage du VIH sans ordonnance, inspiré de l'expérimentation « Au Labo Sans Ordo », menée depuis juillet 2019 dans les départements de Paris et des Alpes-Maritimes. Cette expérimentation visait à faciliter l'accès au dépistage du VIH en laboratoire de ville, sans prescription médicale et sans avance de frais, conformément aux recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport *Prévention et prise en charge du VIH en France* <sup>33</sup>.



Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce dispositif a été étendu à l'ensemble du territoire sous l'appellation VIHTest, permettant à toute personne assurée sociale de réaliser une sérologie VIH gratuitement, sans rendez-vous ni ordonnance. Cette mesure vise à rendre les tests de sérologie VIH accessibles à un plus grand nombre de personnes, en éliminant les obstacles financiers et administratifs. Il s'inscrit dans une démarche de prévention active et de sensibilisation à la santé sexuelle et donc facilite le diagnostic précoce de l'infection au VIH.

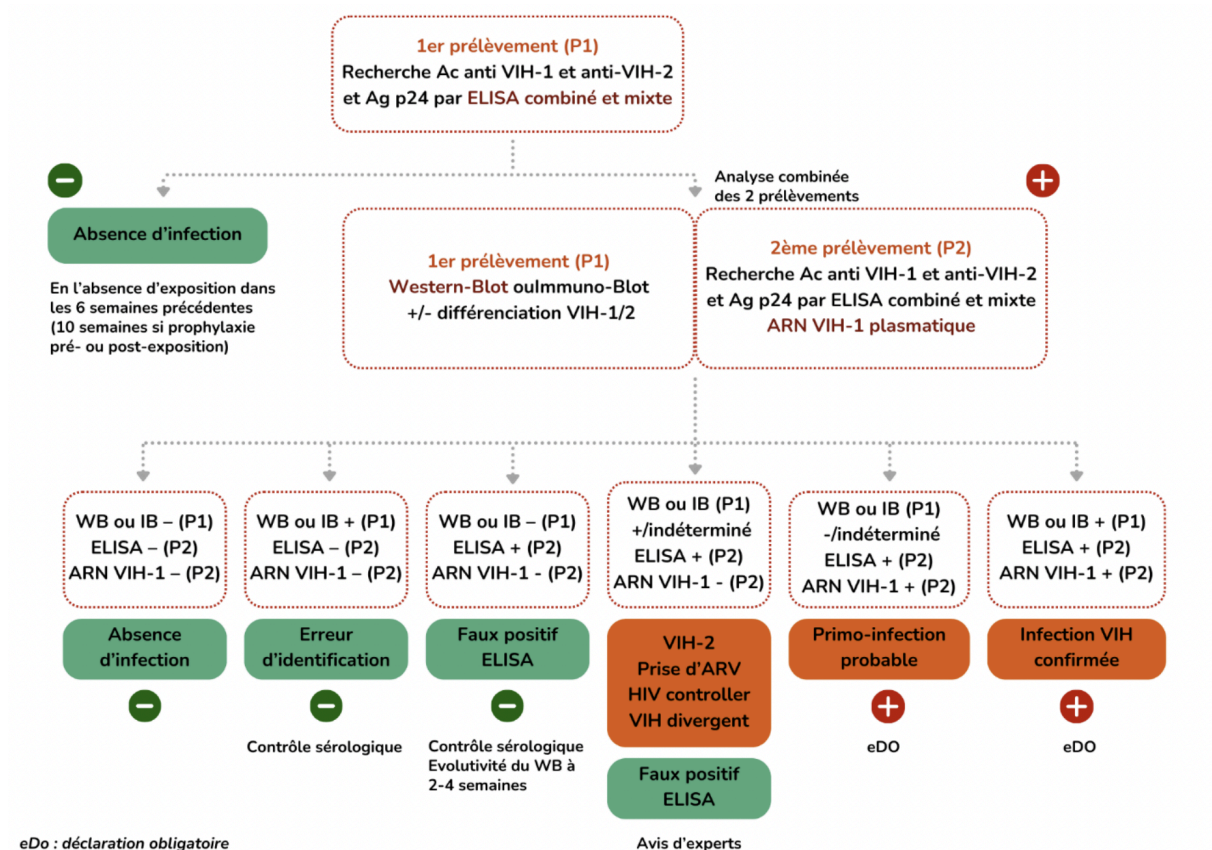


Figure 15 : Algorithme de dépistage de l'infection VIH, 2024

Selon les recommandations, un TROD et/ou un auto-test positif doivent être confirmés par une sérologie. Sur le plan biologique, le dépistage repose sur l'utilisation d'un test ELISA de quatrième génération, dit test combiné, permettant la détection simultanée des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 ainsi que de l'antigène p24.

Dans les pratiques antérieures, en cas de résultat positif à l'ELISA, un test confirmatoire par Western Blot était réalisé, puis une différenciation entre le VIH-1 et le VIH-2 était effectuée sur un 2ème prélèvement. Actuellement, dans les nouvelles pratiques, un test combiné de confirmation et de différenciation VIH-1/VIH-2 est réalisé simultanément. Ce test permet à la fois de confirmer le résultat du test ELISA et de différencier immédiatement une infection par le VIH-1 d'une infection par le VIH-2. Le Western Blot intervient désormais en complément, notamment lorsque le test de différenciation donne un résultat indéterminé ou lorsqu'une

analyse plus détaillée du profil des protéines virales est nécessaire. En effet, la technique du Western Blot est de plus en plus remise en question en raison de son coût élevé en réactifs, du temps de manipulation important et de certaines limites en termes de reproductibilité. Néanmoins, elle demeure une technique de référence pour la mise en évidence des protéines virales spécifiques, ce que le test ELISA ne permet pas de visualiser directement, celui-ci reposant uniquement sur la détection d'anticorps et/ou d'antigènes <sup>34</sup>.

En cas de discordance entre un test ELISA positif et un test de différenciation négatif, la réalisation d'une charge virale (ARN VIH) par amplification génique (PCR) est généralement indiquée. La quantification de l'ARN viral plasmatique par RT-PCR peut également être utilisée pour confirmer une primo-infection : l'ARN du VIH devient détectable environ 7 à 12 jours après la contamination, tandis que les anticorps anti-VIH apparaissent en moyenne entre 20 et 26 jours après l'exposition <sup>35</sup>.

L'intégration du dispositif VIHTest dans la stratégie nationale de santé publique représente ainsi une avancée importante dans la sensibilisation au dépistage, en simplifiant le parcours de soin et en contribuant à la réduction du retard diagnostique observé en France.

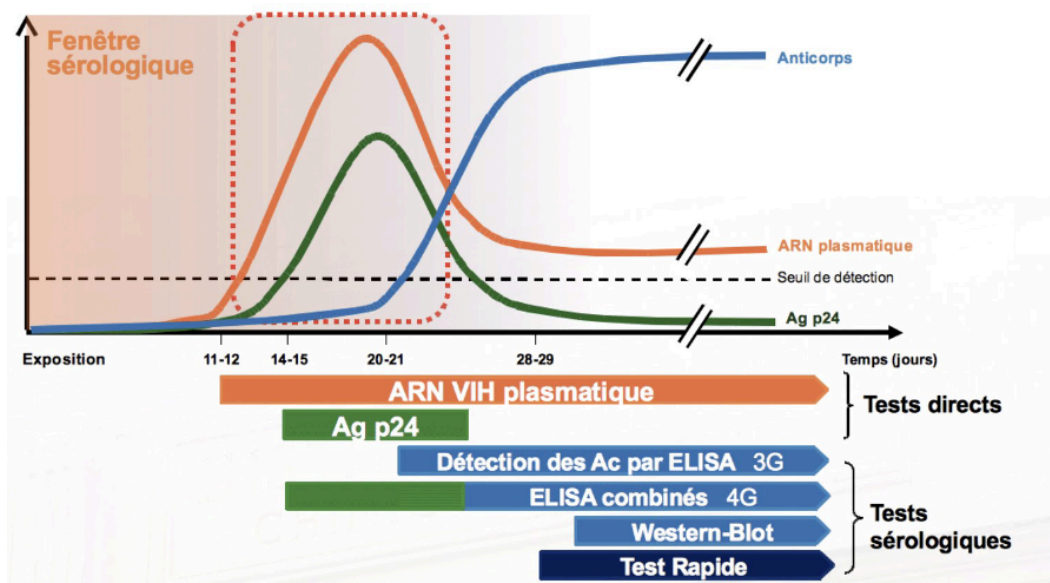


Figure 16 : Chronologie de l'apparition des différents marqueurs de l'infection par le VIH <sup>15</sup>

### 3. L'importance du diagnostic du VIH

Le dépistage du VIH joue un rôle important dans la lutte contre la pandémie en permettant une prise en charge médicale efficace et en réduisant la transmission du virus. La précocité du diagnostic a des conséquences significatives à la fois sur la santé individuelle et sur la santé publique. Un diagnostic précoce permet la mise en place rapide d'un traitement antirétroviral, favorisant ainsi le contrôle de la réplication virale et limitant les dommages causés au système immunitaire. Le maintien d'un système immunitaire fonctionnel prévient l'apparition de

maladies opportunistes graves, qui surviennent lorsque les défenses immunitaires sont affaiblies.

En 2024, environ 5 125 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en France, selon Santé publique France <sup>7</sup>. Parmi elles, près de 43 % ont été diagnostiquées à un stade tardif de l'infection, dont environ un quart à un stade avancé <sup>36</sup>. Ces diagnostics tardifs ont un impact négatif sur la qualité et l'espérance de vie, car ils retardent la mise en place du traitement antirétroviral. À l'inverse, un dépistage précoce permet une prise en charge rapide, améliorant le pronostic et réduisant le risque de transmission.

Les taux de dépistage et les stades, au moment du diagnostic, varient selon les régions en fonction de l'intensité des campagnes locales de prévention et des spécificités épidémiologiques régionales, comme le montrent les bilans régionaux de Santé publique France.

#### D. Traitement actuel et enjeux de la prise en charge à long terme

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) demeure un sujet majeur en matière de santé publique à l'échelle mondiale. Depuis son identification, d'immenses progrès ont été réalisés dans le domaine de la connaissance du virus, de la prévention, du dépistage mais aussi dans les traitements médicamenteux. Aujourd'hui, plusieurs approches préventives et thérapeutiques sont disponibles pour contrôler la propagation du VIH et améliorer la qualité de vie des personnes séropositives.

Selon le rapport de l'ONUSIDA de 2023, le traitement antirétroviral a permis d'éviter près de 21 millions de décès liés au SIDA entre 1996 et 2022. Ces chiffres se basent sur un scénario théorique sans traitement antirétroviral.

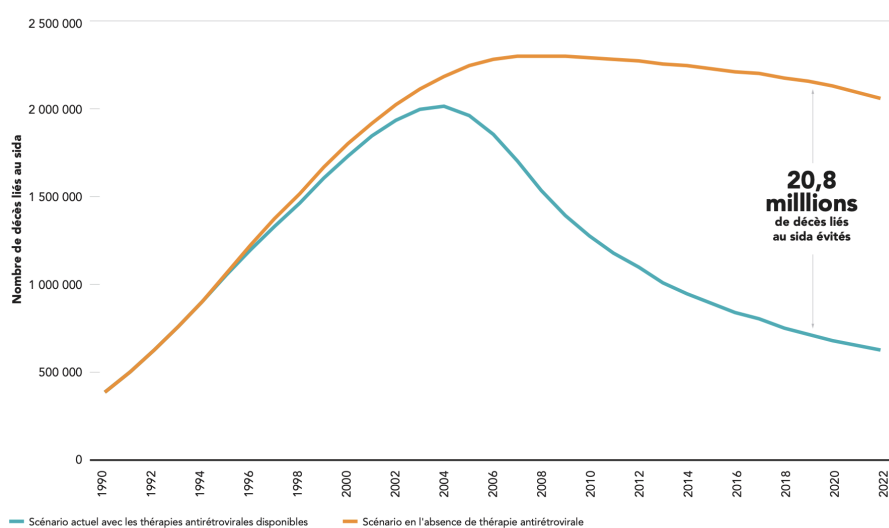


Figure 17 : Nombre de décès liés au SIDA : scénario actuel par rapport à un scénario où il n'y a pas de thérapie antirétrovirale disponible <sup>37</sup>

## 1. TasP: Treatment as Prevention

Actuellement, aucun traitement ne permet d'éliminer complètement le VIH de l'organisme. Les meilleurs d'entre eux permettent aux personnes séropositives de bloquer la multiplication du VIH, et ainsi de garder un système immunitaire fonctionnel face aux infections opportunistes <sup>38</sup>. Les traitements anti-VIH ont pour objectif de bloquer différentes étapes du cycle viral pour contrôler la réplication virale. Ces traitements, dit thérapie antirétrovirale (TAR), ont considérablement évolué depuis les débuts de l'épidémie dans les années 1980. Aujourd'hui, ces traitements sont retrouvés sous forme de bithérapie, trithérapie ou quadrithérapie selon le nombre de médicaments inclus. Cette approche permet de cibler le virus à différentes étapes de son cycle de reproduction, réduisant ainsi les risques de développement de résistances. Les médicaments antirétroviraux sont classés en différentes catégories selon leur mode d'action :

### **Inhibiteurs d'entrée (anti-CCR5) <sup>39</sup>**

Il n'existe qu'une seule molécule de la classe des inhibiteurs du co-récepteur CCR5 (CESENTRI® Maraviroc). Il est actif contre les VIH-1 et VIH-2, mais il est spécifique au co-récepteur CCR5, qui est une protéine de surface des leucocytes impliquée dans l'immunité. Par conséquent, il est impératif de déterminer le tropisme du patient avant d'initier le traitement avec cette molécule. Il se révèle inefficace contre les virus majoritairement orientés vers le tropisme CXCR4 et présente une efficacité moindre face aux virus à tropisme mixte CCR5/CXCR4. Le co-récepteur CCR5 joue un rôle important dans la fusion des membranes virales avec les cellules de l'hôte.

### **Inhibiteurs de fusion <sup>40</sup>**

Dans cette classe, on trouve également une molécule plus commercialisée depuis le 30 septembre 2025 (enfuvirtide)<sup>41</sup> notamment à cause son administration en deux injections sous-cutanées quotidiennes. Cette molécule agit en bloquant initialement la liaison entre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les cellules cibles, notamment les lymphocytes T, les monocytes, les macrophages, les cellules dendritiques et les cellules microgliales du cerveau.

### **Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse**

Ce sont des composés chimiques analogues de nucléosides ou de nucléotides qui agissent en inhibant la transcriptase inverse, interrompant ainsi le cycle de réplication virale. Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) se présentent sous forme de prodrogues qui nécessitent trois étapes de phosphorylation par des enzymes cytoplasmiques ou mitochondriales pour devenir actifs. Une fois activés, ils entrent en compétition avec les nucléotides tri phosphorylés naturels lors de leur incorporation dans la chaîne d'ADN viral en

cours de synthèse. Par un effet terminateur de chaîne, ils provoquent l'arrêt prématuré de la synthèse de la chaîne d'ADN viral.

Ils sont, dans la majorité des cas, à la base de toute trithérapie, qui en contient généralement 2, associés à un 3ème médicament issu d'une autre classe.<sup>42</sup>

### **Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse**

Ce sont des composés actifs qui ne sont pas administrés sous forme de prodrogues et ne nécessitent pas d'activation intracellulaire préalable. Ils agissent selon un mécanisme direct, par inhibition non compétitive de la transcriptase inverse du VIH, en se liant à un site allostérique de l'enzyme. Ce qui induit une modification et une inhibition de l'enzyme. Ils constituent ainsi des inhibiteurs puissants et sélectifs de la transcriptase inverse.

Ils sont utilisés en association avec des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, notamment lors de trithérapies. Ils sont généralement bien tolérés et sont relativement peu impliqués dans la survenue d'effets indésirables à long terme. En revanche, le VIH présente une capacité élevée à développer des résistances vis-à-vis de cette classe thérapeutique, donc attention à l'observance thérapeutique.<sup>43</sup>

### **Inhibiteurs de l'intégrase<sup>44</sup>**

Ils entravent l'activité de l'intégrase par une liaison réversible. L'intégrase est une enzyme permettant l'intégration de l'ADN viral dans l'ADN cellulaire humain. Et l'inhiber permet d'empêcher une liaison entre le génome viral et le génome de la cellule cible.

Ces médicaments sont puissants, et ont un profil de résistances différent des autres molécules, ce qui les rend intéressants chez les personnes ayant un virus multirésistant.

### **Inhibiteurs de la protéase**

Ils interviennent en aval du cycle en inhibant l'action de la protéase virale, responsable du découpage et de l'assemblage des polyprotéines gag-pol. Ce processus est essentiel pour la formation de virus infectieux. Ainsi, les virions obtenus sont incapables d'amorcer de nouveaux cycles infectieux au sein des cellules hôtes, et ces médicaments demeurent actifs même sur des cellules au repos.

De plus, le Ritonavir, en tant qu'inhibiteur de la protéase, présente la particularité d'être principalement utilisé comme potentialisateur pharmacocinétique. Ceci est dû à sa capacité puissante d'inhibition du métabolisme induit par le cytochrome 3A4. Il est l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses.<sup>45</sup>

**Tableau des spécialités d'antirétroviraux pour adulte disponibles en France  
en 2025**

| Princeps                                                                                 | Molécule(s)                                                                             | Labo et<br>AMM       | Recommandations                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>4 molécules par spécialité</b>                                                        |                                                                                         |                      |                                                                     |
| <b>GENVOYA®</b>                                                                          | Elvitegravir 150 mg<br>Cobicistat 150 mg<br>Emtricitabine 200 mg<br>Tenofovir AF 10 mg  | Gilead               | 1 comprimé par jour à<br>prendre au cours d'un<br>vrai repas        |
| <b>STRIBILD®</b>                                                                         | Tenofovir DF 300 mg<br>Emtricitabine 200 mg<br>Elvitegravir 150 mg<br>Cobicistat 150 mg | Gilead               | 1 comprimé par jour avec<br>un repas même léger                     |
| <b>SYMTUZA®</b><br>Avis défavorable de<br>la commission de la<br>transparence en<br>2018 | Darunavir 800 mg<br>Cobicistat 150 mg<br>Emtricitabine 200 mg<br>Tenofovir 10 mg        |                      | 1 comprimé par jour<br><br><b>Non commercialisé en<br/>France</b>   |
| <b>3 molécules par spécialité</b>                                                        |                                                                                         |                      |                                                                     |
| <b>ODEFSEY ®</b>                                                                         | Emtricitabine 200 mg<br>Rilpivirine 25 mg<br>Ténofovir AF 25 mg                         | Gilead               | 1 comprimé par jour à<br>prendre au cours<br>d'un repas             |
| <b>EVIPLERA®</b>                                                                         | Emtricitabine 200 mg<br>Rilpivirine 25 mg<br>Ténofovir 245 mg                           | Gilead et<br>Janssen | 1 comprimé par jour à<br>prendre au cours<br>d'un vrai repas        |
| <b>BIKTARVY®</b>                                                                         | Bictegravir 50 mg<br>Emtricitabine 200 mg<br>Tenofovir 25 mg                            | Gilead               | 1 comprimé par jour à<br>prendre au cours ou en<br>dehors des repas |
| <b>TRIUMEQ®</b>                                                                          | Abacavir 600 mg<br>Lamivudine 300 mg<br>Dolutégravir 50 mg                              | IIV<br>healthcare    | 1 comprimé par jour au<br>cours ou en dehors d'un<br>repas          |
| <b>DELSTRIGO®</b>                                                                        | Tenofovir DP 245 mg                                                                     | MSD                  | 1 comprimé par jour au                                              |

|                                                                           |                                          |                                                                                                   |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                                                           | Doravirine 100 mg<br>Lamivudine 245 mg   |                                                                                                   | cours ou en dehors d'un repas                                 |
| <b>2 molécules par spécialité</b>                                         |                                          |                                                                                                   |                                                               |
| <b>COMBIVIR®</b>                                                          | Lamivudine 150 mg<br>Zidovudine 300 mg   | VIIV<br>healthcare<br>Mylan,<br>Arrow                                                             | 2 comprimés par jour au cours ou en dehors d'un repas         |
| <b>DOVATO®</b>                                                            | Dolutégravir 50 mg<br>Lamivudine 300 mg  | VIIV<br>healthcare                                                                                | 1 comprimé par jour au cours ou en dehors d'un repas          |
| <b>JULUCA®</b>                                                            | Dolutégravir 50 mg<br>Rilpivirine 25 mg  | VIIV<br>healthcare                                                                                | 1 comprimé par jour à prendre au cours d'un vrai repas        |
| <b>KIVEXA®</b>                                                            | Abacavir 600 mg<br>Lamivudine 300 mg     | VIIV<br>healthcare<br>Accord,<br>Arrow,<br>Biogaran,<br>EG, Mylan,<br>Sandoz,<br>Teva,<br>Zentiva | 1 comprimé par jour au cours ou en dehors d'un repas          |
| <b>TRUVADA®</b>                                                           | Emtricitabine 200 mg<br>Ténofovir 245 mg | Gilead<br>Accord,<br>Arrow,<br>Biogaran,<br>EG, Mylan,<br>Sandoz,<br>Teva,<br>Zentiva             | 1 comprimé par jour à prendre au cours d'un repas, même léger |
| <b>Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)</b> |                                          |                                                                                                   |                                                               |
| <b>EDURANT®</b>                                                           | Rilpivirine 25 mg                        | Janssen                                                                                           | 1 comprimé par jour à                                         |

|                                                   |                                           |                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   |                                           |                                                                            | prendre au cours d'un repas                                                                                                                                                                             |
| <b>REKAMBYS®</b>                                  | Rilpivirine<br>600 mg/2 ml<br>900 mg/3 ml | Janssen                                                                    | Forme injectable                                                                                                                                                                                        |
| <b>INTELENCE®</b>                                 | Etravirine 100 mg                         | Janssen                                                                    | 1 comprimé par jour à prendre après un repas                                                                                                                                                            |
| <b>PIFELTRO®</b>                                  | Doravirine 100 mg                         | MSD                                                                        | 1 comprimé par jour à prendre au cours d'un repas                                                                                                                                                       |
| <b>SUSTIVA®<br/>(ne se fait plus depuis 2021)</b> | Efavirenz 600 mg                          | BMS Arrow,<br>Mylan,<br>Sandoz,<br>Teva,                                   | 1 comprimé par jour à prendre à jeun (1h avant ou 2h après un repas), de préférence le soir au coucher                                                                                                  |
| <b>VIRAMUNE®</b>                                  | Névirapine 200 mg                         | Boehringer<br>ingelheim<br>Arrow,<br>Mylan,<br>Sandoz                      | 1 comprimé par jour les 14 premiers jours puis 2 comprimés à prendre au cours ou en dehors des repas                                                                                                    |
| <b>VIRAMUNE LP®</b>                               | Névirapine 400 mg                         | Boehringer<br>ingelheim<br>Teva,<br>Mylan,<br>Sandoz,<br>Cristers<br>Arrow | 1 comprimé par jour en remplacement des comprimés de VIRAMUNE® 200 mg pris 2 fois par jour ou en relais après 14 jours d'une prise unique de VIRAMUNE® 200 mg à prendre au cours ou en dehors des repas |
| <b>Inhibiteurs de la protéase (IP)</b>            |                                           |                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |
| <b>KALETRA®</b>                                   | Lopinavir 200 mg<br>Ritonavir 50 mg       | Abbott                                                                     | 2 comprimés 2 fois par jour ou 4 comprimés                                                                                                                                                              |



|                                                                      |                                                           |                                                                                       |                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      |                                                           |                                                                                       | 1 fois par jour à prendre au cours ou en dehors d'un repas                                                                                                  |
| <b>PREZISTA®</b>                                                     | Darunavir 400 mg, 600 mg, 800 mg<br>Booster Norvir 100 mg | Janssen<br>Zentiva,<br>Accord,<br>Arrow,<br>Biogaran,<br>EG, KRK,<br>Sandoz,<br>Mylan | 2 comprimés de 400mg<br>1 fois par jour<br>ou 1 comprimé de 600 mg 2 fois par jour<br>ou 1 comprimé de 800 mg 1 fois par jour à prendre au cours d'un repas |
| <b>REYATAZ®</b>                                                      | Atazanavir 300 mg<br>Booster Norvir 100 mg                | BMS Arrow,<br>Teva,<br>Biogaran,<br>Mylan,<br>Sandoz                                  | 1 gélule par jour à prendre au cours d'un repas, même léger                                                                                                 |
| <b>Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)</b> |                                                           |                                                                                       |                                                                                                                                                             |
| <b>EMTRIVA®</b>                                                      | Emtricitabine 200 mg                                      | Gilead                                                                                | 1 gélule par jour à prendre au cours ou en dehors des repas                                                                                                 |
| <b>VIREAD®</b>                                                       | Ténofovir 245 DF mg                                       | Gilead<br>Accord,<br>Arrow,<br>Biogaran,<br>EG, Mylan,<br>Sandoz,<br>Teva,<br>Zentiva | 1 comprimé par jour à prendre au cours d'un repas, même léger                                                                                               |
| <b>ZIAGEN®</b>                                                       | Abacavir 300 mg                                           | IIV<br>healthcare<br>Arrow,<br>Mylan                                                  | 1 comprimé 2 fois par jour ou 2 comprimés 1 fois par jour à prendre au cours ou en dehors des repas                                                         |
| <b>EPIVIR®</b>                                                       | Lamivudine 150 mg,                                        | IIV                                                                                   | 1 comprimé de 150 mg                                                                                                                                        |

|                                                    |                                           |                                                |                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | 300 mg                                    | healthcare<br>Arrow,<br>Sandoz,<br>Teva, Mylan | 2 fois par jour ou<br>1 comprimé de 300 mg<br>1 fois par jour à prendre<br>au cours ou en dehors<br>des repas                                                                        |
| <b>Inhibiteurs de l'intégrase</b>                  |                                           |                                                |                                                                                                                                                                                      |
| <b>VOCABRIA®</b>                                   | Cabotegravir 30 mg                        | IIV<br>healthcare                              | 1 comprimé par jour<br>Impliqué dans<br>l'initiation au traitement<br>injectable                                                                                                     |
| <b>ISENTRESS®</b>                                  | Raltégravir 400 mg                        | MSD                                            | 1 comprimé 2 fois par<br>jour à prendre au cours<br>ou en dehors des repas                                                                                                           |
| <b>TIVICAY®</b>                                    | Dolutégravir 5 mg,<br>10 mg, 25 mg, 50 mg | VIIV<br>healthcare                             | Selon le profil viral<br>1 ou 2 comprimés par<br>jour à prendre au cours<br>ou en dehors d'un repas                                                                                  |
| <b>Inhibiteur du récepteur CCR-5</b>               |                                           |                                                |                                                                                                                                                                                      |
| <b>CESENTRI®</b>                                   | Maraviroc 25 mg, 75 mg,<br>150 mg, 300 mg | IIV<br>healthcare                              | 1 comprimé de 150 mg<br>2 fois par jour ou<br>1 comprimé de 300 mg<br>2 fois par jour ou<br>2 comprimés de 300 mg<br>2 fois par jour à prendre<br>au cours ou en dehors<br>des repas |
| <b>Inhibiteurs de fusion</b>                       |                                           |                                                |                                                                                                                                                                                      |
| <b>FUZÉON®</b><br>(ne se fait plus<br>depuis 2025) | Enfuvirtide 90 mg/ml                      | Roche                                          | 1 injection sous-cutanée<br>2 fois par jour. Il faut<br>bien suivre les<br>recommandations de<br>reconstitution du produit                                                           |

|                                                         |                                                                  |                    |                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         |                                                                  |                    | et d'injection                                                                                                                                                                                         |
| <b>TROGARZO®</b><br>(retiré du marché européen en 2023) | Ibalizumab                                                       | Thera technologies | 1 dose de charge unique<br>2000 mg<br>1 dose d'entretien 800 mg<br>toutes les 2 semaines                                                                                                               |
| <b>Booster</b>                                          |                                                                  |                    |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>NORVIR®</b>                                          | Ritonavir<br>Posologie en fonction de<br>l'anti-protéase associé | Abbott             | Utilisé comme booster<br>de chaque prise<br>d'inhibiteur de protéase,<br>c'est à dire pour<br>augmenter la<br>concentration des<br>molécules prises en<br>association, à prendre au<br>cours des repas |
| <b>Inhibiteur de l'attachement</b>                      |                                                                  |                    |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>RUKOBIA®</b>                                         | Fostemsavir 600 mg                                               | IIV<br>healthcare  | 2 comprimés 2 fois par<br>jour à prendre au cours ou<br>en dehors d'un repas                                                                                                                           |
| <b>Inhibiteur de la capsid</b>                          |                                                                  |                    |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>SUNLENCA</b>                                         | Lenecapavir 927 mg                                               |                    | 1 injection en sous-cutané<br>1 fois tous les 6 mois. Il<br>faut bien suivre les<br>recommandations de<br>reconstitution du produit<br>et d'injection                                                  |

Figure 18 : Tableau des spécialités d'antirétroviraux pour adulte disponibles en France en 2025

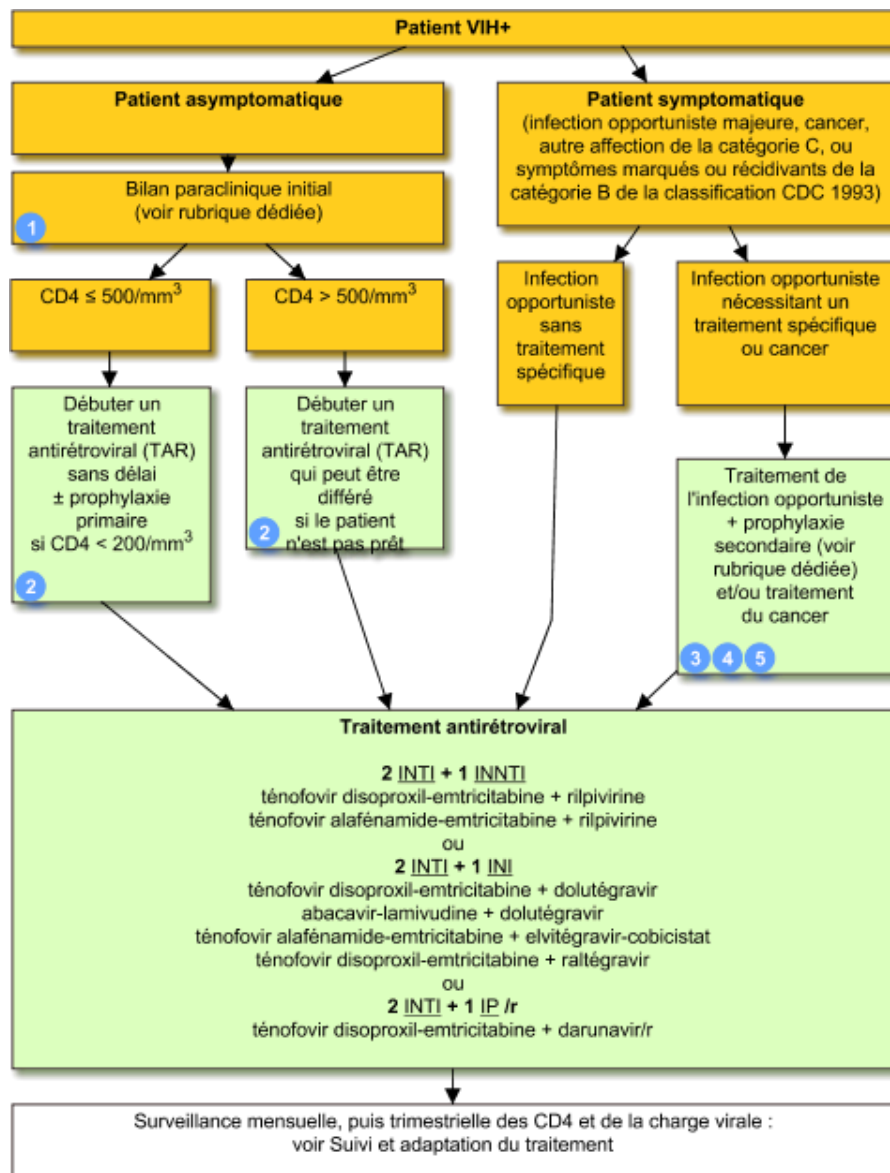


Figure 19 : Recommandations de prise en charge de l'infection du VIH <sup>46</sup>

Il est recommandé d'initier le traitement au plus tôt suite à la découverte de la séropositivité des patients indépendamment du taux de CD4 (cellules immunitaires) ou de la charge virale. Cela permet de limiter la propagation du virus et donc de garder le système immunitaire le plus intact possible tout en limitant le risque de transmission du VIH. Il est essentiel de rappeler au patient à chaque délivrance l'importance de l'adhésion thérapeutique car les interruptions ou les oublis peuvent favoriser le développement de résistances et compromettre l'efficacité du traitement. En plus de l'adhésion thérapeutique, les personnes sous traitement doivent faire l'objet d'un suivi médical régulier. Cela inclut des analyses de sang pour surveiller la charge virale, le taux de CD4 et les éventuels effets secondaires des médicaments. Bien que les traitements modernes aient considérablement réduit les effets secondaires, certains peuvent toujours survenir. Ils varient en fonction des médicaments et des individus. C'est pourquoi un suivi médical étroit est important.

En outre, la recherche continue dans ce domaine visant à améliorer les traitements existants et à développer de nouvelles approches pour lutter contre le VIH. Même si l'espérance de vie s'est considérablement améliorée par rapport aux premières décennies de l'épidémie, pour l'instant la science n'a toujours pas trouvé un moyen de guérir et éradiquer le VIH.

## **2. Les antirétroviraux en prévention : PrEP (Prophylaxie Pré-exposition) <sup>5</sup>**

### **a) La PrEP dans la stratégie de prévention du VIH <sup>48 49</sup>**

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un traitement antirétroviral pris à titre préventif par des personnes non infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), mais exposées à un risque élevé de contracter le virus. Depuis les années 2000, la PrEP a fait l'objet de nombreuses études. Les premières recherches se sont concentrées sur l'efficacité du Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF) seul, puis sur l'association TDF/Emtricitabine, connue sous le nom commercial de Truvada, principalement chez les populations vulnérables. Plus récemment, le cabotégavir à action prolongée (CAB-LP), administré par voie intramusculaire, a émergé comme une option efficace pour la PrEP.

La PrEP peut être envisagée chez les personnes séronégatives présentant un risque accru d'exposition au VIH notamment si :

- ❖ Rapports sexuels non protégés par un préservatif, particulièrement lorsqu'ils ont lieu avec des partenaires dont le statut sérologique VIH est inconnu, ou dans des contextes où l'utilisation régulière du préservatif est difficile à maintenir.
- ❖ La présence d'un partenaire vivant avec le VIH, lorsque la charge virale n'est pas confirmée indétectable, ou en cas de doute concernant l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral par ce partenaire.
- ❖ Les partenaires sexuels multiples, exposant à une exposition répétée au VIH, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), travailleurs du sexe, population pour laquelle l'incidence du VIH demeure élevée.
- ❖ Les antécédents récents d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST), telles que la syphilis, la gonorrhée ou les infections à Chlamydia trachomatis. Ces infections constituent des marqueurs indirects d'exposition accrue au VIH.
- ❖ Les situations d'exposition ponctuelle mais à risque, notamment lors de rapports sexuels occasionnels non protégés, pour lesquelles une PrEP à la demande peut être envisagée, sous réserve d'une évaluation médicale appropriée.
- ❖ L'usage de drogues par voie injectable, en particulier lorsque celui-ci s'accompagne d'un partage de seringues ou de matériel d'injection.

## b) Étude EPI-Phare sur la PrEP

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le VIH, les résultats de l'étude EPI-Phare menée en France sur l'utilisation de Truvada et de ses génériques comme prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH ont été publiés.

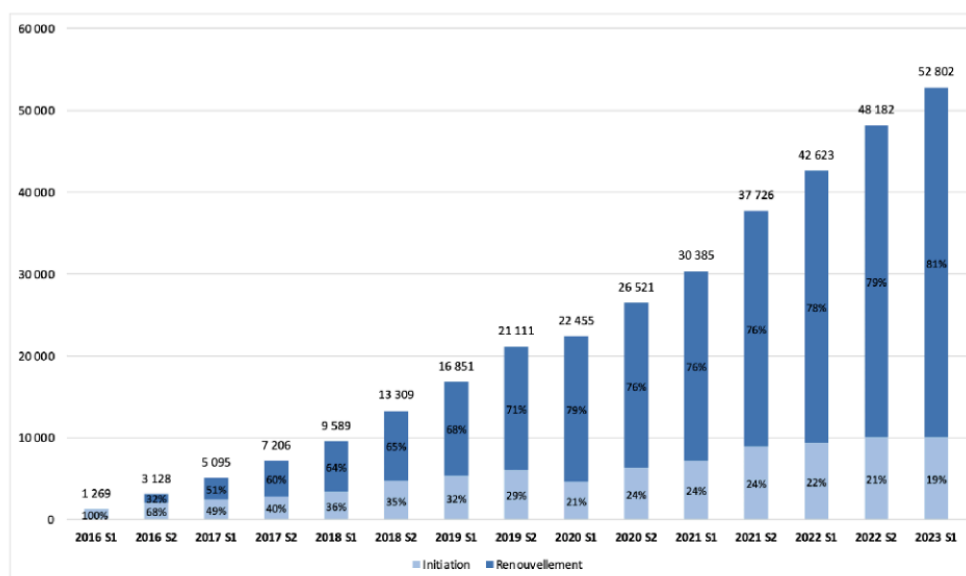


Figure 20 : Nombre d'utilisateurs/trices d'une PrEP par Truvada ou générique en initiation et en renouvellement en France (rapport EPI-PHARE) <sup>50</sup>

Au premier semestre 2023, 52 802 personnes ont eu recours à la PrEP, soit pour une initiation soit pour un renouvellement de traitement, contre seulement 1 269 personnes au premier semestre 2016, lors de son introduction en France. Les renouvellements ont représenté près de trois quarts des prescriptions, témoignant d'une adhésion croissante au traitement parmi les utilisateurs. Cependant, malgré l'efficacité démontrée de la PrEP dans la prévention du VIH, son utilisation reste localisée. Par exemple, parmi l'ensemble des personnes ayant initié une PrEP entre janvier 2016 et fin juin 2023, 41 % résidaient en Île-de-France, dont 23 % à Paris. Parmi eux, seulement 8 % étaient bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), et moins de 1 % bénéficiaient de l'Aide Médicale d'État (AME).

De manière globale, les initiateurs sont majoritairement des hommes (97 %) avec un âge moyen de 36 ans.<sup>51</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la PrEP à base de Ténofovir Disoproxil Fumarate/emtricitabine (TDF/FTC) peut être prescrite et renouvelée par tout médecin habilité <sup>52</sup>. Cette évolution, qui élargit l'accès au-delà du cadre hospitalier initial, permet aux médecins généralistes ainsi qu'aux praticiens exerçant en ville, dans les centres de santé, les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic), et les établissements médico-sociaux, de prescrire la PrEP facilitant ainsi son accès à un plus grand nombre de personnes à risque.

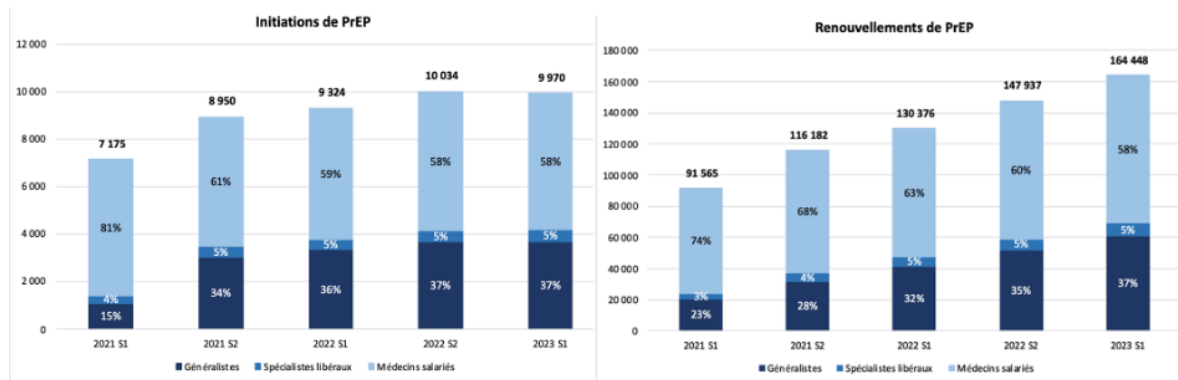


Figure 21 : Part des prescripteurs libéraux (généralistes et spécialistes) et salariés dans les initiations et renouvellements de PrEP depuis 2021, par semestre <sup>50</sup>

L'élargissement de la prescription de la PrEP aux médecins généralistes a eu un impact positif sur son utilisation, avec une augmentation significative des initiations de traitement <sup>52</sup>. En effet, l'initiation de la PrEP par les médecins généralistes a doublé en deux ans. Cette progression s'explique par la plus grande accessibilité des médecins de ville par rapport aux spécialistes ou aux médecins hospitaliers, ce qui a permis de toucher un plus large public à risque et de renforcer la prévention du VIH.

### c) Les différents plans de prise d'une PrEP orale

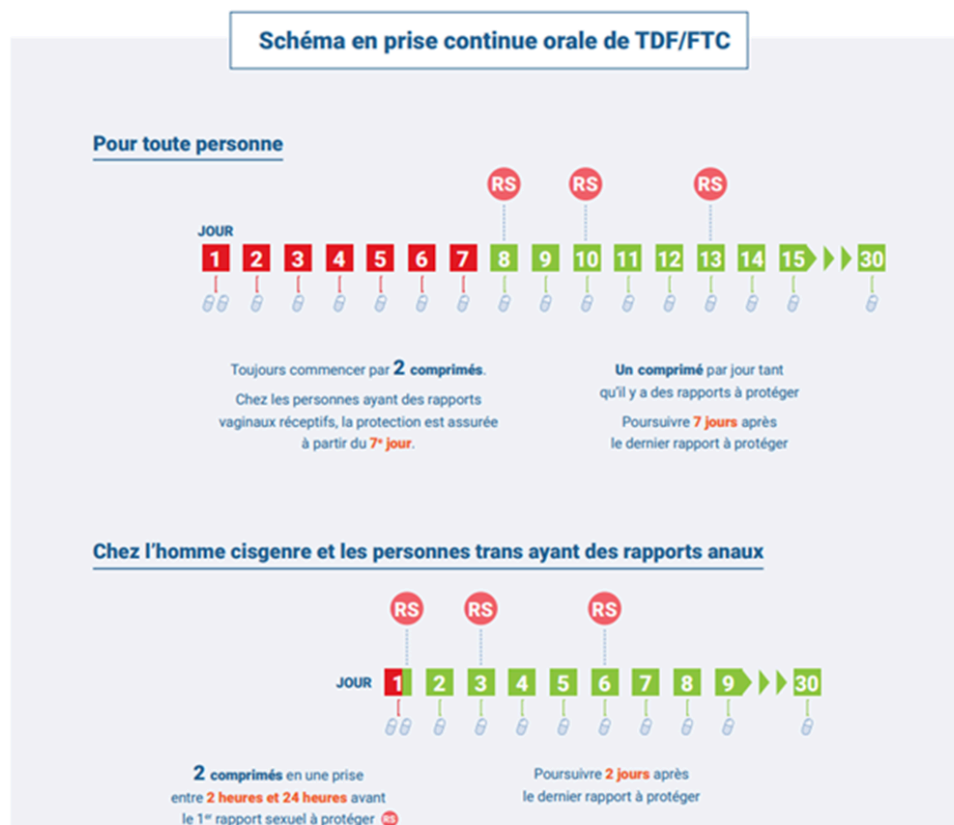


Figure 22 : Plan de prise de la PrEP schéma continu <sup>53</sup>

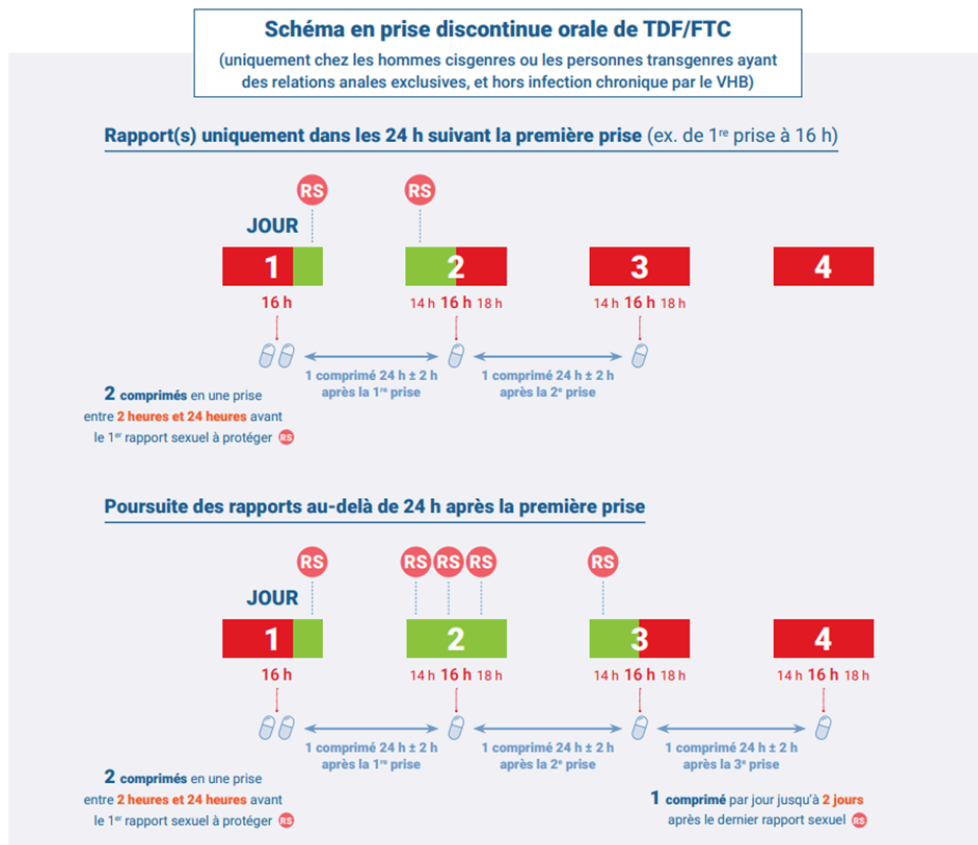


Figure 23 : Plan de prise de la PrEP avec une prise selon l'activité sexuelle (schéma discontinu) (hors AMM) <sup>53</sup>

La prise discontinue est recommandée uniquement chez les hommes cisgenres ou les personnes transgenres ayant des relations anales exclusivement et hors infection chronique par l'Hépatite B pour des raisons pharmaceutiques et/ou d'observance <sup>53</sup>. La prise à la demande a l'avantage de cibler les rapports sexuels à risque et donc éviter une prise quotidienne, surtout si les rapports sont peu fréquents. Elle s'adapte également au mode de vie particulier comme dans le cas des voyageurs soumis fréquemment aux décalages horaires, ce qui peut modifier l'heure de prise de la PrEP, ou aux personnes ayant un rythme de vie irrégulier ne permettant pas toujours la prise du médicament au même moment de la journée. Elle permet également de limiter l'exposition quotidienne aux médicaments et donc d'en limiter les effets indésirables mais aussi les interactions médicamenteuses. Par exemple, la co-administration avec des AINS augmente la toxicité rénale. Toutefois, il faut noter que la prise à la demande peut être un frein à l'observation, notamment si le schéma n'est pas compris par l'utilisateur.

Bien que la PrEP soit efficace pour prévenir le VIH, elle ne protège pas contre d'autres IST ni contre les grossesses non désirées. Il est recommandé de continuer à utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels pour une protection complète.



d) La PrEP injectable : état des lieux et perspectives

Historiquement, la PrEP est administrée sous forme orale quotidienne ou en fonction de rapports sexuels. Aujourd'hui, la PrEP connaît une évolution avec l'arrivée des formulations injectables à longue durée d'action. Ces innovations visent à pallier les difficultés d'observance associées à la prise quotidienne de comprimés et à offrir des alternatives adaptées aux populations les plus exposées. Deux traitements dominent actuellement les débats scientifiques et politiques : le Cabotégravir injectable (Apretude) et le Lénacapavir injectable (Yeztugo).

L'Apretude (Cabotégravir) : une avancée validée par la Haute Autorité de Santé <sup>54</sup>

Le 29 mai 2024, la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis un avis favorable au remboursement de l'Apretude, marquant une étape décisive pour la PrEP injectable en France. Le cabotégravir, administré par voie intramusculaire tous les deux mois, constitue une alternative au schéma oral TDF/FTC pour la prévention de l'infection à VIH-1 chez les adultes et adolescents à haut risque pesant au moins 35 kg.

Ce traitement s'adresse notamment aux personnes présentant une observance compromise à la PrEP orale ou souffrant de contre-indications au TDF/FTC, telles qu'une insuffisance rénale sévère ou une hypersensibilité médicamenteuse.

La mise en œuvre du traitement requiert une prescription spécialisée par un professionnel formé à la prise en charge du VIH. Avant chaque injection, un dépistage combiné antigène/anticorps et ARN VIH doit confirmer l'absence d'infection. Une phase d'initiation orale de 30 mg de cabotégravir sur un mois peut précéder l'injection afin d'évaluer la tolérance.

|              | Injections d'initiation (à un mois d'intervalle)                                                    | Injections d'entretien (à 2 mois d'intervalle)                                    |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Médicament   | Directement par injection :<br>mois 1 et 2<br>ou<br>Après instauration par voie orale : mois 2 et 3 | Deux mois après la dernière injection d'initiation et<br>tous les 2 mois suivants |
| Cabotégravir | 600 mg                                                                                              | 600 mg                                                                            |

Figure 24 : Schéma posologique recommandé pour les injections intramusculaires

Dans son avis du 27 juin 2024, la Haute Autorité de Santé (HAS) a attribué à Apretude un Service Médical Rendu (SMR) important ainsi qu'une Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) mineure (niveau IV). Cette évaluation a initialement permis l'ouverture d'un remboursement à hauteur minimale de 65%. Toutefois, conformément à l'Arrêté gouvernemental du 26 février 2026, la spécialité Apretude a été reconnue comme un médicament irremplaçable et particulièrement coûteux. À ce titre, elle bénéficie d'une prise en

charge à 100 %, impliquant la suppression de toute participation financière du patient. Cette prise en charge intégrale s'applique dans l'indication de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) visant à réduire le risque d'infection par le VIH-1 par voie sexuelle, chez les adultes et les adolescents à haut risque de contamination, pesant au moins 35 kg.

### **Le Yeztugo (Lénacapavir) : vers une révolution bi-annuelle de la prévention <sup>55,56</sup>**

Autorisé aux États-Unis en 2024, Yeztugo (Lénacapavir) est un antirétroviral injectable à longue durée d'action, administré selon un schéma semestriel. En France, le lénacapavir est déjà commercialisé sous le nom de Sunlenca pour le traitement des infections à VIH multirésistantes, mais il ne dispose pas encore d'une indication en prophylaxie pré-exposition (PrEP). En août 2025, l'Agence européenne des médicaments a rendu un avis favorable à l'utilisation du Lénacapavir dans la prévention de l'infection par le VIH. À la suite de cet avis, la Commission européenne a accordé une autorisation de mise sur le marché valable dans l'ensemble de l'Union européenne, sous le nom commercial Yeytuo (appelé Yeztugo aux États-Unis). Toutefois, avant sa commercialisation en France dans cette indication, le médicament doit être évalué par la commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé, afin d'apprécier son bénéfice médical dans cette nouvelle indication, puis de définir son prix et ses modalités de remboursement.

L'efficacité du lénacapavir injectable administré tous les six mois comme PrEP chez des populations à haut risque d'exposition a été évaluée dans le cadre des programmes d'essais cliniques dit PURPOSE, qui compare le lénacapavir à des stratégies de PrEP orale quotidienne. À ce jour, cinq études PURPOSE ont été menées, chacune répondant à des objectifs spécifiques. Les essais PURPOSE 1 et PURPOSE 2 ont mis en évidence une efficacité supérieure à 99 % dans la prévention des infections par le VIH. En particulier, l'essai PURPOSE 1, conduit auprès de 5 300 jeunes femmes cisgenres âgées de 16 à 25 ans en Afrique du Sud et en Ouganda, n'a rapporté aucune infection dans le groupe Lénacapavir, contre 16 et 39 infections dans les groupes recevant la PrEP par voie orale. Ces résultats positionnent le lénacapavir comme l'une des stratégies de prévention du VIH les plus efficaces jamais observées.

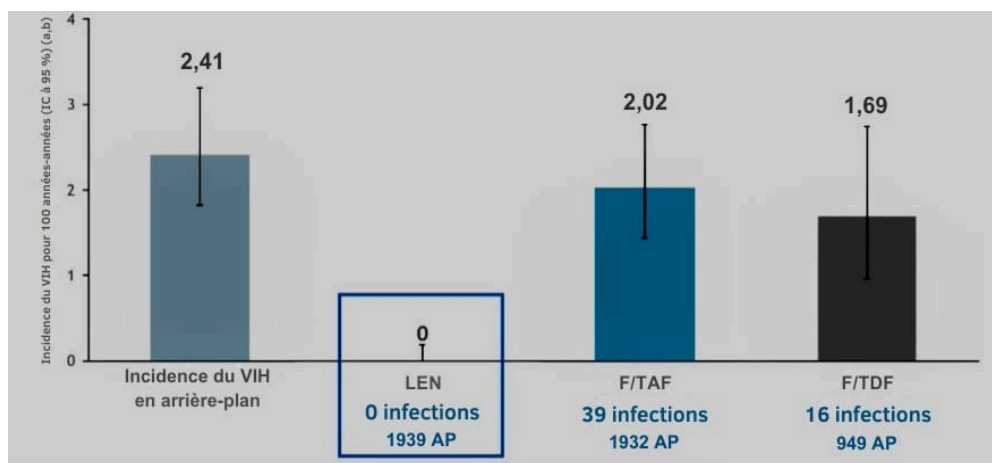


Figure 25 : Zéro infection par le VIH chez les femmes cisgenres ayant reçu du Lénacavir (LEN) en PrEP. AIDS 2024 <sup>57</sup>

D'autres études PURPOSE évaluent le lénacavir chez divers groupes (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, femmes afro-américaines, usagers de drogues injectables, etc.) dans plusieurs régions du monde, dont la France. Malgré ses performances cliniques remarquables, le coût du lénacavir constitue une barrière majeure. Estimé à environ 25 000 à 40 000 dollars par an aux États-Unis, ce prix rend le traitement inaccessible pour la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire. À titre de comparaison, la PrEP orale générique coûte moins de 1 % de ce montant.

Face à ces inégalités, plusieurs organisations internationales, dont ONUSIDA, le Treatment Action Group (TAG) et la People's Medicines Alliance, plaident pour une production générique via le Medicines Patent Pool (MPP), afin de garantir un accès équitable à cette innovation.

### 3. Traitement préventif post-exposition au VIH (TPE)

#### a) Le TPE dans la stratégie de prévention du VIH

Le Traitement Post-Exposition (TPE) constitue une stratégie de prévention d'urgence visant à réduire le risque de séroconversion après une exposition potentiellement au VIH. Il repose sur l'administration précoce d'une trithérapie antirétrovirale chez les personnes séronégatives ou de statut sérologique inconnu, afin d'inhiber la réplication virale avant l'intégration de l'ADN proviral dans les cellules hôtes.

Les principales situations cliniques justifiant un TPE incluent les expositions sexuelles non protégées, les accidents d'exposition au sang ou à des liquides biologiques chez les professionnels de santé, et le partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues injectables. L'efficacité du TPE est fortement dépendante de la précocité de son initiation, idéalement dans les quatre premières heures, et ne devant en aucun cas dépasser 48 heures.

selon les recommandations françaises de la HAS. Pour réduire le temps d'intervention, il existe un dispositif *kit de démarrage* permettant la délivrance immédiate d'une trithérapie pour 3 à 5 jours, suivie d'une consultation de réévaluation afin de confirmer l'indication, d'évaluer la tolérance et d'adapter le traitement si nécessaire, pour une durée totale de 28 à 30 jours. Ces kits de démarrage sont disponibles dans les structures habilitées à la prescription (services d'urgences hospitalières, CeGIDD, centres spécialisés en santé sexuelle) ;

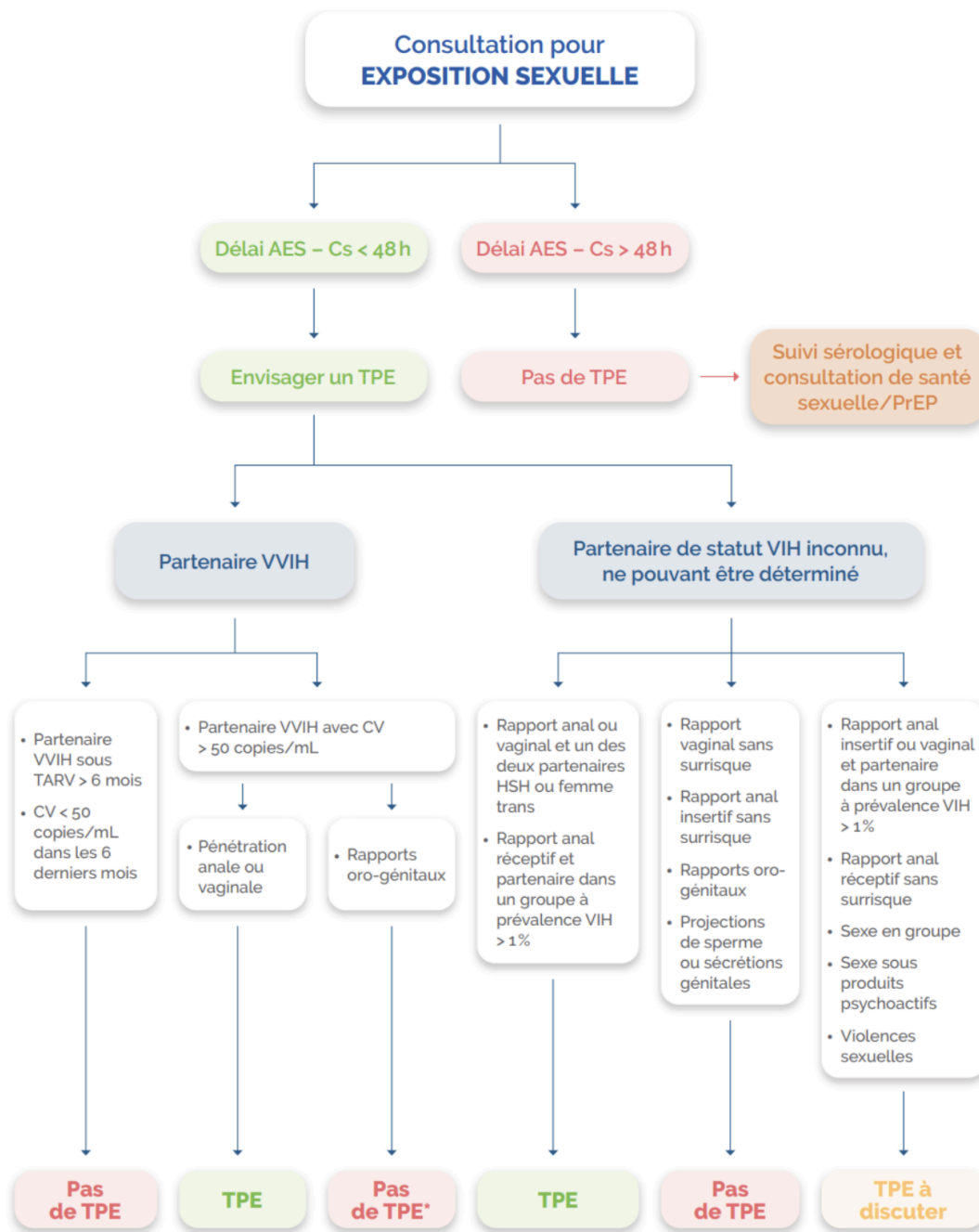


Figure 26 : Indications de TPE après exposition sexuelle <sup>58</sup>

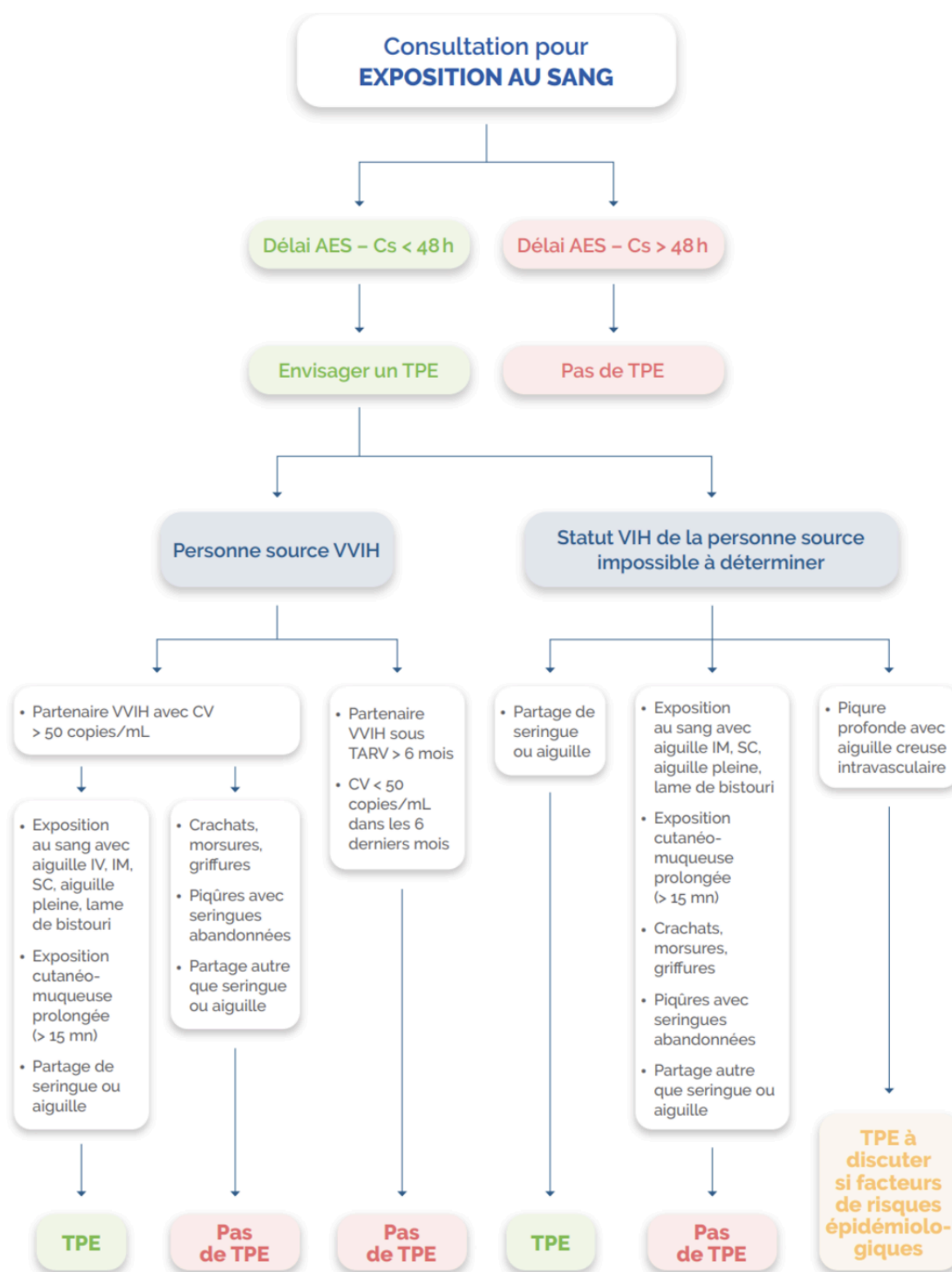


Figure 27 : Indications de TPE après exposition au sang ou liquide biologique<sup>58</sup>

Le choix du schéma thérapeutique antirétroviral dans le cadre d'un Traitement Post-Exposition (TPE) repose sur une évaluation rigoureuse de plusieurs paramètres pharmacologiques et cliniques. Parmi les principaux critères considérés, figurent la sensibilité du virus aux antirétroviraux, la barrière génétique à la résistance, l'activité antivirale vis-à-vis du virus de l'Hépatite B (VHB), le profil de tolérance, le risque d'interactions médicamenteuses, la disponibilité des molécules et, de manière non négligeable, le coût global du traitement.

Depuis la mise à jour des recommandations de la HAS, deux protocoles de TPE sont désormais préconisés en première intention sur le territoire français. Le schéma privilégié repose sur une trithérapie antirétrovirale combinant <sup>59</sup> :

- ❖ Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF) 245 mg/ Lamivudine (3TC) 300 mg/ Doravirine (DOR) 100 mg. Cette combinaison peut être administrée sous la forme d'un comprimé unique, ce qui constitue un avantage significatif en matière d'observance thérapeutique, tout en contribuant à la réduction du coût global et à la simplification du suivi médical.
- ❖ Ténofovir-disoproxil (TDF) 245 mg/ Emtricitabine (FTC) 200 mg + Doravirine (DOR) (100 mg), 2 comprimés en une prise quotidienne.

En présence d'une contre-indication ou d'une intolérance à la Doravirine, des schémas alternatifs peuvent être envisagés. Ceux-ci associent deux Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) à un inhibiteur de l'intégrase (INI), parmi lesquels :

- ❖ Ténofovir-disoproxil (TDF) 245 mg/ Emtricitabine (FTC) 200 mg + Dolutégravir (DTG) 50 mg. Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de deux comprimés
- ❖ Ténofovir-disoproxil (TDF) 245 mg/ Emtricitabine (FTC) 200 mg + Raltégravir (RAL) 1200 mg. Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de trois comprimés
- ❖ Ténofovir alafénamide (TAF) 25 mg / Emtricitabine (FTC) 200 mg / Bictégravir 50 mg. Cette option a l'avantage du comprimé unique mais c'est la combinaison la plus coûteuse.

Ces schémas alternatifs présentent une efficacité antivirale comparable au protocole de première intention, bien qu'ils puissent s'avérer plus onéreux et nécessiter la prise de plusieurs comprimés quotidiens, ce qui peut influencer l'adhésion au traitement.

## **b) Suivi biologique et clinique des patients sous TPE**

L'instauration d'un TPE doit systématiquement être précédée d'un bilan biologique initial visant à établir l'état sérologique du patient et à détecter d'éventuelles comorbidités infectieuses. Ce bilan inclut la recherche du VIH ainsi que des hépatites B et C, et, dans le cas d'une exposition sexuelle, le dépistage des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Lorsque le TPE est indiqué, un suivi biologique à 4, 6 et 12 semaines après l'exposition

est recommandé; en particulier pour les personnes susceptibles de poursuivre vers une prophylaxie pré-exposition (PrEP). En revanche, dans les situations où le TPE n'est pas indiqué, un contrôle sérologique du VIH et des IST est réalisé dans tous les cas 6 semaines après l'exposition. Si un risque d'exposition à une hépatite virale est identifié, qu'un TPE ait été mis en place ou non, un contrôle complet comprenant la recherche des marqueurs sérologiques des hépatites B et C est prescrit à 12 semaines. Cette mesure permet de détecter une éventuelle apparition tardive des marqueurs sérologiques, en particulier dans le cas de l'Hépatite B, pour laquelle la séroconversion peut être plus tardive.

Des contrôles sérologiques ultérieurs sont recommandés afin d'évaluer la séroconversion éventuelle, la tolérance au traitement et l'efficacité de la prophylaxie. Parallèlement, une prise en charge psychologique doit être systématiquement proposée, compte tenu du stress et de l'anxiété fréquemment observés chez les personnes confrontées à une exposition potentielle au VIH. Cette dimension psychologique, bien que souvent secondaire dans les protocoles médicaux, constitue un élément déterminant pour le bien-être du patient et son adhésion au suivi post-exposition.

|                                                      |               | En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP                  | En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite | En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite | Avec ou sans TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1) |
|------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Temporalité                                          | Bilan initial | Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel | Un seul contrôle à S6 post exposition                  | Un seul contrôle à S10 post exposition                      | Un seul contrôle à S12 post exposition                               |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VIH               | +             | +                                                              | +                                                      | +                                                           | +                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ARN VIH                     |               | +/- (3)                                                        |                                                        |                                                             |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VHB               | +             |                                                                |                                                        |                                                             | +                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VHC               | +             |                                                                |                                                        |                                                             | +                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VHA               |               | +                                                              |                                                        |                                                             | +/- (4)                                                              |
| <input type="checkbox"/> ALAT                        | +             | +                                                              |                                                        |                                                             | +                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Créatinine + DFG            | +             | +                                                              |                                                        |                                                             |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis          | +             | +                                                              | +                                                      | +                                                           | +                                                                    |
| <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque (6) | +             | +                                                              | +                                                      | +                                                           | +                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Test de grossesse           | +/- (7)       | +/- (7)                                                        | +/- (7)                                                | +/- (7)                                                     | +/- (7)                                                              |

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(5) Si TPE

(6) Pharyngé, anal, vaginal ou 1<sup>er</sup> jet urinaire selon exposition

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

Figure 28 : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle <sup>59</sup>



|                                            |               | Avec ou sans TPE      |
|--------------------------------------------|---------------|-----------------------|
| Temporalité                                | Bilan initial | A S12 post-exposition |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VIH     | +             | + (1)                 |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VHB     | +             | +/- (2)               |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VHC     | +             | + (3)                 |
| <input type="checkbox"/> ALAT              | + (4)         | +                     |
| <input type="checkbox"/> Créatinine + DFG  | + (4)         |                       |
| <input type="checkbox"/> Test de grossesse | +/- (4, 5)    |                       |

(1) Pour les personnes ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(2) En cas de risque VHB : Ac anti-HBs négatifs au screening et personne non vaccinée

(3) En cas d'exposition à un sujet source ARN VHC+, un bilan plus précoce pourra être réalisé à S6 avec ALAT et charge virale VHC

(4) En cas de TPE

(5) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

Figure 29 : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang <sup>59</sup>

### c) Limites et intégration du TPE dans la prévention combinée

En situation d'urgence, chez une personne bénéficiant d'une PrEP dont l'adhésion au schéma de prise s'est révélée insuffisante ou incertaine, les recommandations françaises préconisent le recours à un Traitement Post-Exposition (TPE) afin de réduire le risque de séroconversion. Cette stratégie vise à compenser l'échec de la prophylaxie primaire. Dans ce contexte transitoire, la reprise immédiate de la bithérapie associant le Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF) et l'emtricitabine (FTC), principes actifs de la PrEP orale, peut être envisagée dans l'attente d'une évaluation médicale spécialisée et de l'instauration d'un schéma de TPE complet. Cette approche vise à maintenir une couverture antirétrovirale précoce, élément déterminant de l'efficacité prophylactique post-exposition.

Malgré son efficacité démontrée, le TPE ne saurait constituer une garantie absolue contre l'infection par le VIH. Son succès repose sur trois facteurs interdépendants : la précocité de l'initiation du traitement, la rigueur de l'observance thérapeutique et la tolérance pharmacologique des antirétroviraux administrés. Néanmoins, le TPE demeure une option supplémentaire dans la prise en charge des expositions accidentelles ou non au VIH.

## 4. Nouvelles stratégies thérapeutiques

L'introduction de nouvelles thérapies injectables pour le VIH représente une avancée importante dans la prise en charge de l'infection. Les traitements antirétroviraux classiques, généralement administrés sous forme de comprimés quotidiens, ont permis de transformer le



VIH en une maladie chronique contrôlable. Grâce à l'utilisation généralisée de la trithérapie, les patients vivent désormais plus longtemps et avec une meilleure qualité de vie. Cependant, les thérapies à longue durée d'action offrent un avantage supplémentaire en réduisant la fréquence des prises, avec des administrations mensuelles ou bimensuelles.

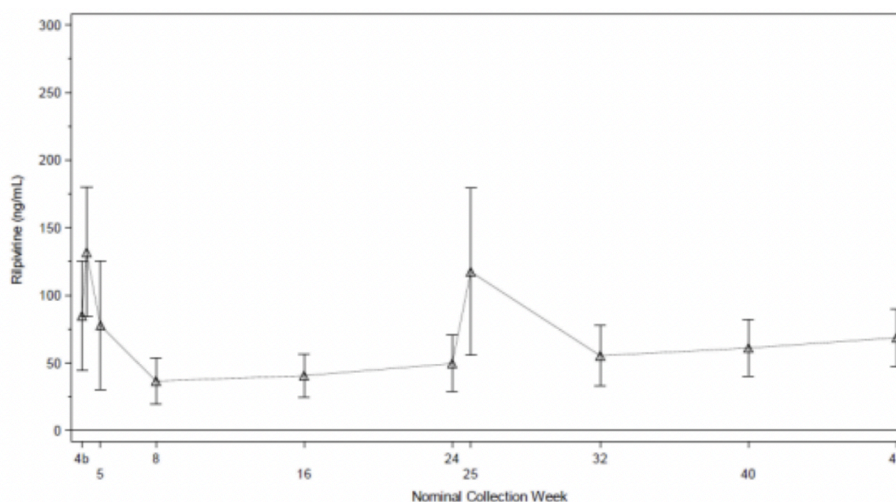


Figure 30 : Concentration plasmatique de la Rilpivirine en fonction du temps après l'administration intramusculaire.

Ces traitements à libération prolongée peuvent aider à prévenir les échecs de traitement liés à une mauvaise observance. Les oublis de prise quotidienne peuvent être influencés par divers facteurs, notamment des contraintes socio-professionnelles, la stigmatisation, les horaires de travail, les voyages, les vacances ou simplement l'oubli occasionnel. Une observance sub-optimale peut entraîner des niveaux insuffisants de concentration d'antirétroviraux dans le sang, augmentant ainsi le risque de rebond viral et de développement de résistances. Les thérapies injectables, en réduisant la nécessité d'une prise quotidienne, peuvent améliorer l'adhésion et maintenir une suppression virale.

De plus, ces traitements peuvent bénéficier particulièrement aux populations vulnérables ou marginalisées, qui font face à des obstacles supplémentaires dans l'accès aux soins. En offrant une approche thérapeutique discrète et moins contraignante, les thérapies injectables réduisent l'impact de la stigmatisation associée au VIH et simplifient la gestion de l'infection.

Actuellement, deux protocoles de traitement injectable sont disponibles sur le marché français pour la prise en charge du VIH. L'instauration d'un traitement injectable nécessite une sélection rigoureuse des patients par les professionnels de santé, ainsi qu'une sensibilisation à l'importance de respecter les rendez-vous pour l'administration des injections. Cela est important pour maintenir un contrôle virologique efficace et réduire le risque de rebond viral et/ou de développement de résistances lié(s) à l'oubli de doses.

### a) Association VOCABRIA (cabotégravir) et de REKAMBYS (rilpivirine) <sup>60,61</sup>

La combinaison de Vocabria (Cabotégravir) et de Rekambys (Rilpivirine) est la première thérapie antirétrovirale injectable à libération prolongée disponible. Selon les recommandations, cette association est destinée aux adultes vivant avec le VIH-1 dont la charge virale est contrôlée avec un traitement antirétroviral oral, et qui ne présentent pas de résistance aux médicaments de ces classes. Le Cabotégravir agit comme un inhibiteur de l'intégrase, tandis que la Rilpivirine, également utilisée sous forme orale dans d'autres indications, est un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI).

Le protocole d'administration commence par une phase d'induction orale d'au moins 28 jours, durant laquelle le patient prend quotidiennement 30 mg de Cabotégravir et 25 mg de Rilpivirine. Cette phase permet d'évaluer la tolérance aux médicaments avant de passer à l'injection intramusculaire. Si aucun signe d'intolérance apparaît, les injections mensuelles peuvent être débutées à la fin de la période orale.

La première injection comprend deux doses administrées séparément : 600 mg de Cabotégravir et 900 mg de Rilpivirine, injectées dans les muscles fessiers. Les injections suivantes doivent être faites tous les mois, avec des doses de 400 mg de Cabotégravir et 600 mg de Rilpivirine. Une alternative consiste à opter pour un schéma d'administration tous les deux mois, où les doses sont de 600 mg de Cabotégravir et 900 mg de Rilpivirine à chaque injection.

| Médicament   | Injection d'initiation                                                                                                    | Injections d'entretien                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|              | Commencer l'injection le dernier jour du traitement ARV en cours ou du traitement d'instauration orale (s'il est utilisé) | Un mois après l'injection d'initiation et tous les mois suivants |
| Rilpivirine  | 900 mg                                                                                                                    | 600 mg                                                           |
| Cabotégravir | 600 mg                                                                                                                    | 400 mg                                                           |

Figure 31 : Tableau de schéma posologique recommandé pour l'injection intramusculaire mensuelle chez les patients adultes

| Médicament   | Injections d'initiation                                                                                                                                                                                 | Injections d'entretien                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|              | Commencer l'injection le dernier jour du traitement ARV en cours ou du traitement d'instauration orale (s'il est utilisé). Un mois plus tard, une seconde injection d'initiation doit être administrée. | Deux mois après la dernière injection d'initiation et tous les 2 mois suivants |
| Rilpivirine  | 900 mg                                                                                                                                                                                                  | 900 mg                                                                         |
| Cabotégravir | 600 mg                                                                                                                                                                                                  | 600 mg                                                                         |

Figure 32 : Tableau de schéma posologique recommandé pour l'injection intramusculaire tous les 2 mois chez les patients adultes

Pour garantir l'efficacité de ce traitement, il est important que les patients respectent strictement les dates de leurs rendez-vous d'injection. Les injections sont réalisées par un professionnel de santé dans un cadre clinique afin d'assurer une administration correcte et de surveiller les éventuels effets secondaires. En cas de retard ou d'impossibilité de respecter le calendrier des injections, des protocoles de rattrapage peuvent être appliqués pour minimiser le risque de rebond virologique.

| <b>Recommandations posologiques de REKAMBYS (rilpivirine) et VOCABRIA (cabotégravir) après des injections manquées ou après un traitement par voie orale chez les patients recevant une injection mensuelle</b> |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Temps écoulé depuis la dernière injection</b>                                                                                                                                                                | <b>Recommandations (toutes les injections sont de 3 mL)</b>                                                              |
| <b>≤ 2 mois</b>                                                                                                                                                                                                 | Poursuivre avec le schéma d'injection mensuelle de 600 mg de Rekambys + 400 mg de Vocabria dès que possible              |
| <b>&gt; 2 mois</b>                                                                                                                                                                                              | Réadministrer une dose de 900 mg de Rekambys + 600 mg de Vocabria, puis poursuivre avec le schéma d'injection mensuelle. |

| <b>Recommandations posologiques de REKAMBYS (rilpivirine) et VOCABRIA (cabotégravir) après des injections manquées ou après un traitement par voie orale chez les patients recevant une injection tous les 2 mois</b> |          |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Injection 2</b>                                                                                                                                                                                                    | ≤ 2 mois | Reprendre avec une injection de 900 mg de Rekambys + 600 mg de Vocabria dès que possible puis poursuivre avec le schéma d'injection tous les 2 mois.                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                       | > 2 mois | Réadministrer une dose de 900 mg de Rekambys + 600 mg de Vocabria, suivie par une seconde injection d'initiation de 900 mg de Rekambys + 600 mg de Vocabria un mois plus tard. Puis suivre le schéma d'injection tous les 2 mois. |
| <b>Injection 3 ou ultérieure</b>                                                                                                                                                                                      | ≤ 3 mois | Reprendre avec une injection de 900 mg Rekambys + 600 mg de Vocabria dès que possible puis poursuivre avec le schéma d'injection tous les 2 mois.                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                       | > 3 mois | Réadministrer une dose de 900 mg Rekambys + 600 mg de Vocabria, suivie par une seconde injection d'initiation de 900 mg Rekambys + 600 mg de Vocabria un mois plus tard. Puis suivre le schéma d'injection tous les 2 mois.       |

L'utilisation de l'association Vocabria et Rekambys a connu une augmentation significative, reflétant l'intérêt croissant pour les thérapies antirétrovirales à longue durée d'action dans la

prise en charge du VIH. Le nombre de patients sous traitement injectable est passé d'environ 150 personnes avec 19 nouvelles inclusions dans le protocole en 2021, à 2 625 patients ayant initié le traitement, avec un total de 15 654 injections d'entretien administrées en 2022. Cette croissance est en partie facilitée par la disponibilité de ces médicaments en ville, ce qui améliore l'accès au traitement. Cependant, cette augmentation reste insuffisante par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH en France, indiquant un besoin d'élargir davantage l'accès et l'adoption de cette approche thérapeutique.

Tableau XI. Données de ventes GERS ville et hôpital des spécialités VOCABRIA et REKAMBYS en décembre 202 (en unités)

|                                                  | Décembre 2021 | Année 2022* |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>Total ville et hôpital</b>                    |               |             |
| VOCABRIA, comprimés 30 mg                        | 19            | 2 625       |
| VOCABRIA injectable 600 mg longue durée d'action | 150           | 15 654      |
| REKAMBYS injectable 900 mg longue durée d'action | 149           | 15 753      |
| <b>Ventes ville (unités)</b>                     |               |             |
| VOCABRIA, comprimés 30 mg                        | 1             | 1 587       |
| VOCABRIA injectable 600 mg longue durée d'action | 2             | 6 071       |
| REKAMBYS injectable 900 mg longue durée d'action | 2             | 6 287       |
| <b>Ventes hôpital (unités)</b>                   |               |             |
| VOCABRIA, comprimés 30 mg                        | 18            | 1 038       |
| VOCABRIA injectable 600 mg longue durée d'action | 148           | 9 583       |
| REKAMBYS injectable 900 mg longue durée d'action | 147           | 9 466       |

\*Données de ventes cumulatives du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2022.

Figure 33 : Données de ventes GERS ville et hôpital des spécialités REKAMBYS et VOCABRIA (en unités) <sup>60</sup>

## b) SUNLENCA (Lénacavir) <sup>62</sup>

Avant l'obtention de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) européenne, le Lénacavir, sous ses formes orale et injectable, a bénéficié en France de dispositifs dérogatoires d'accès précoce, d'abord dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation nominatives (ATUn), puis dans celui d'autorisations d'accès compassionnel (AAC) à partir de 2021<sup>63</sup>. Ces dispositifs ont permis un accès anticipé au traitement chez des patients en situation d'impasse thérapeutique liée à une infection par le VIH-1 multirésistant. Selon les données issues des rapports institutionnels, plusieurs dizaines de patients ont pu être traités dans ce cadre avant l'AMM.

Le 17 août 2022, le laboratoire Gilead Sciences a obtenu une AMM européenne pour Sunlenca (Lénacavir)<sup>64</sup>. Cette autorisation concerne l'utilisation de Sunlenca, en association avec d'autres antirétroviraux, dans le traitement des adultes vivant avec une infection par le VIH-1 multirésistant, lorsqu'il est impossible de constituer un schéma thérapeutique antirétroviral suppressif efficace à partir des traitements disponibles. À l'issue de l'évaluation réalisée en

France, Sunlenca s'est vu reconnaître un Service Médical Rendu (SMR) important, traduisant l'intérêt thérapeutique du médicament dans cette population à haut besoin médical non couvert. L'amélioration du service médical rendu a été jugée modérée (ASMR de niveau III).

Compte tenu de la gravité de la pathologie ciblée et de l'absence d'alternatives thérapeutiques efficaces, Sunlenca bénéficie d'une prise en charge par l'Assurance maladie, son coût étant élevé au regard de son caractère innovant et de son indication restreinte.

À la suite de l'obtention de l'AMM, le laboratoire Gilead a déposé auprès de la Haute Autorité de Santé une demande d'accès précoce post-AMM pour Sunlenca, sous ses formes orale et injectable. Cette demande porte sur la même indication que celle validée par l'AMM européenne, à savoir le traitement des adultes vivant avec le VIH-1 multirésistant, en échec virologique et sans alternative thérapeutique suppressive disponible.

Le Lénacapavir est un inhibiteur sélectif de la capsid du VIH-1 qui agit à plusieurs étapes du cycle viral. Il se lie directement à l'interface des sous-unités de la capsid, perturbant ainsi la réplication du virus en interférant avec des processus clés. Ces processus incluent l'intégration nucléaire de l'ADN proviral du VIH-1, par inhibition de la liaison des protéines d'import nucléaire à la capsid, ainsi que l'assemblage et la libération du virus, en altérant l'activité des protéines Gag/Gag-Pol, ce qui diminue la synthèse des sous-unités de la capsid. Le Lénacapavir affecte également la formation du noyau de la capsid en modifiant le taux d'association des sous-unités, entraînant ainsi la formation de capsides anormales.

L'étude Capella, une étude clinique pivot, a évalué l'efficacité et la sécurité du Lénacapavir chez des patients vivant avec le VIH-1, présentant une multirésistance aux traitements antirétroviraux. Les résultats ont démontré que le Lénacapavir, administré en combinaison avec d'autres antirétroviraux optimisés, entraînait une réduction significative de la charge virale. Une majorité des participants ont obtenu une suppression virale, même dans les cas où les autres options thérapeutiques s'étaient révélées inefficaces.

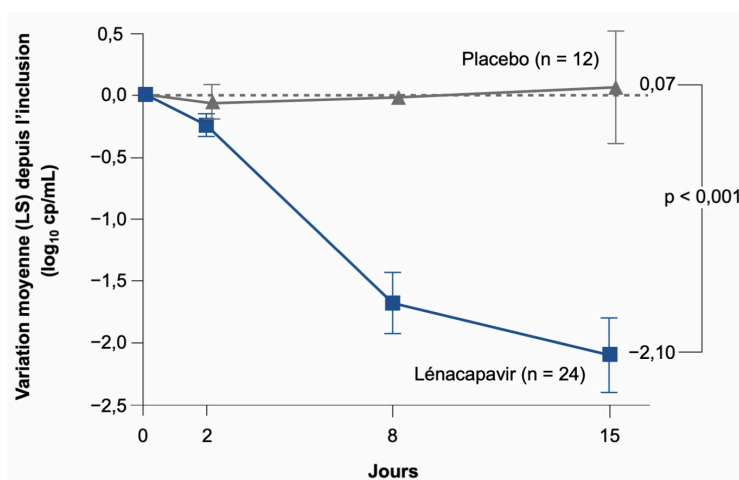


Figure 34 : Variation de la charge virale à J15 <sup>65</sup>

Cette option thérapeutique constitue un recours important pour les patients atteints de VIH-1 multirésistant. Le traitement peut être administré par voie orale (300 mg de lénacavir sous forme de comprimé) pour une dose de charge initiale, suivie d'une injection sous-cutanée de 464 mg tous les six mois, en combinaison avec une trithérapie.

| Calendrier du traitement                                  |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dose de SUNLENCA : initiation</b>                      |                                                                         |
| Jour 1                                                    | 600 mg par voie orale (2 x 300 mg comprimés)                            |
| Jour 2                                                    | 600 mg par voie orale (2 x 300 mg comprimés)                            |
| Jour 8                                                    | 300 mg par voie orale (1 x 300 mg comprimé)                             |
| Jour 15                                                   | 927 mg par injection sous-cutanée (2 x 1,5 mL injections <sup>a</sup> ) |
| <b>Dose de SUNLENCA : entretien</b>                       |                                                                         |
| Tous les 6 mois (26 semaines) <sup>b</sup> +/- 2 semaines | 927 mg par injection sous-cutanée (2 x 1,5 mL injections <sup>a</sup> ) |

a Deux injections, chacune sur un site distinct de l'abdomen.  
b À compter de la date de la dernière injection.

*Figure 35 : Schéma thérapeutique recommandé pour le Sunlenca (Lénacavir) ; schéma posologique pour l'initiation et l'entretien <sup>66</sup>*

En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise d'une dose orale de SUNLENCA, une dose supplémentaire doit être administrée. Si les vomissements surviennent plus de 3 heures après la prise de la dose orale de SUNLENCA, il n'est pas nécessaire de reprendre une dose, et le schéma posologique prévu doit être maintenu.

| Dose oubliée                                                                                                                                                                                                                    | Recommandations en cas d'oubli de prise de traitement à base de Sunlenca (Lénacavir)                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dose orale du J2 (600 mg)</b>                                                                                                                                                                                                | < 6 jours : prise de 600 mg dès que possible puis 300 mg avant J8<br>≥ 6 jours : prise de 600 mg dès que possible puis 300 mg à J15 |
| <b>Dose orale du J8 (300 mg)</b>                                                                                                                                                                                                | < 6 jours : prise de 300 mg dès que possible<br>≥ 6 jours : prise de 300 mg à J15                                                   |
| Quel que soit le moment où la dose orale du jour 2 ou du jour 8 est prise, l'injection sous-cutanée doit être administrée au jour 15                                                                                            |                                                                                                                                     |
| Pendant la période d'entretien, si plus de 28 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection et si la poursuite du traitement par Sunlenca est cliniquement justifiée, le traitement doit être redémarré à partir du J1 |                                                                                                                                     |

### III. Lutte contre le VIH : Objectifs pour 2030

Le VIH est devenu l'un des exemples les plus marquants d'infection chronique depuis les années 1980, lorsqu'il a été initialement qualifié d'épidémie, puis de pandémie. Grâce à des avancées en recherche et au développement de traitements antirétroviraux depuis 1996, le VIH est passé d'une infection mortelle à une maladie chronique, permettant de maintenir des niveaux viraux indétectables et de freiner la progression vers le stade SIDA.

#### A. Evolution de la perception de la maladie : d'une maladie mortelle à une maladie chronique

##### 1. Au niveau mondial

L'ONUSIDA s'est engagée à mettre fin à l'épidémie de SIDA et la menace qu'elle représente pour la santé publique. En 2015, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté des cibles intermédiaires, dont l'objectif "90-90-90" pour 2020, suivi par le "95-95-95" de 2021, ce dernier représente une stratégie visionnaire dans la gestion de l'épidémie de VIH à l'échelle mondiale <sup>67</sup>.

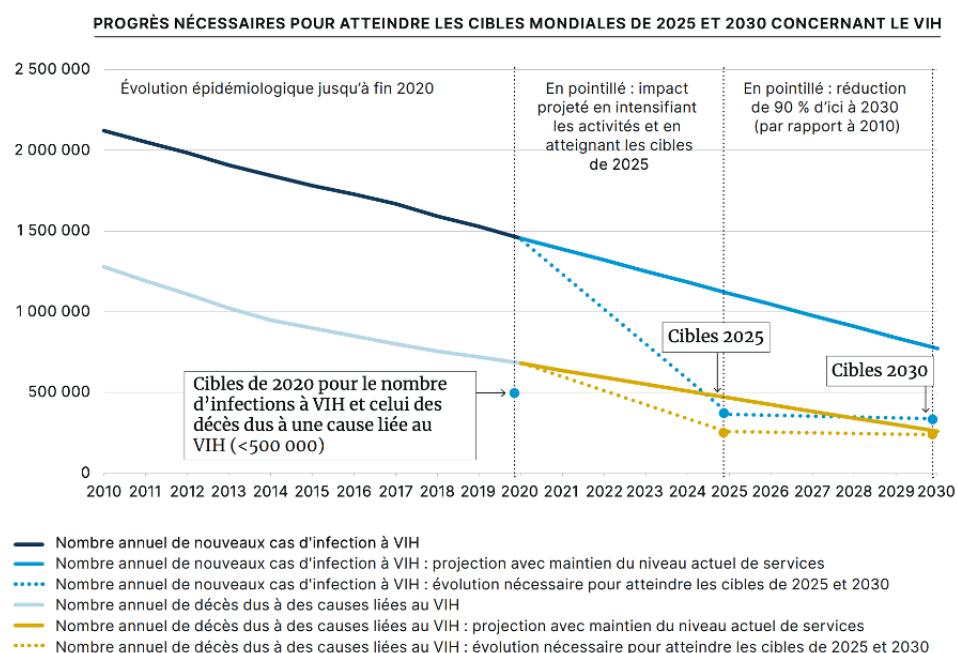


Figure 36 : Comparaison entre l'incidence et la mortalité jusqu'en 2030 avec et sans nouvelles mesures prévues par la stratégie de 2022-2030 <sup>68</sup>

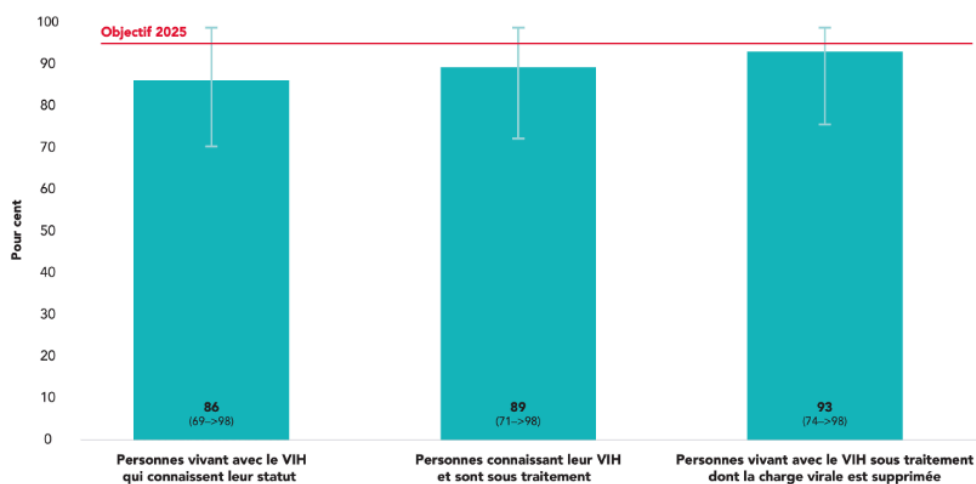
Cet objectif vise à atteindre trois étapes importantes dans le parcours de prise en charge du VIH, définissant ainsi une feuille de route vers la fin du SIDA pour l'année 2030 :

- ❖ 95 % des personnes vivant avec le VIH sont dépistées, soulignant l'importance du dépistage précoce.



- ❖ 95 % des personnes dépistées sont sous traitement antirétroviral, garantissant l'accès universel aux traitements.
- ❖ 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée, favorisant la santé individuelle et la prévention de la transmission.

Selon les dernières estimations publiées par l'ONUSIDA dans son rapport mondial 2024, les progrès réalisés à l'échelle mondiale témoignent d'une avancée significative vers ces cibles, bien qu'un écart persiste. En 2024, 87 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, parmi lesquelles 77 % recevaient un traitement antirétroviral, et 73 % des personnes traitées avaient une charge virale supprimée. Ces résultats montrent que la cascade de soins du VIH se rapproche des objectifs fixés, mais que des efforts supplémentaires restent nécessaires, notamment en matière de dépistage et d'accès équitable aux traitements dans les pays à revenu faible et intermédiaire.



Source : Analyse complémentaire des estimations de l'ONUSIDA, 2024.

*Figure 37 : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et qui reçoivent un traitement antirétroviral et personnes sous traitement ARV dont la charge virale est supprimée (2023) <sup>69</sup>*

Les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA visent à renforcer la cascade de soins liée au VIH, en assurant le dépistage, l'accès au traitement antirétroviral et la suppression virale. Leur mise en œuvre se heurte toutefois à plusieurs obstacles, notamment socio-économiques, géographiques et culturels, ainsi qu'à la stigmatisation persistante des populations clés, qui limite l'accès aux services de santé.

Selon le rapport mondial de l'ONUSIDA 2024, 156 pays disposent de lois criminalisant la non-divulgence, l'exposition ou la transmission du VIH. Ces cadres juridiques, contraires aux recommandations de santé publique, aggravent la stigmatisation, réduisent le recours au dépistage et compromettent les efforts de contrôle de l'épidémie.



Les lois criminalisant le VIH affectent particulièrement les populations clés, telles que les personnes LGBTQ+, les travailleurs du sexe et les usagers de drogues injectables. Bien que certaines réformes législatives soient en cours dans plusieurs pays, la criminalisation demeure un obstacle significatif à l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le VIH d'ici 2030.

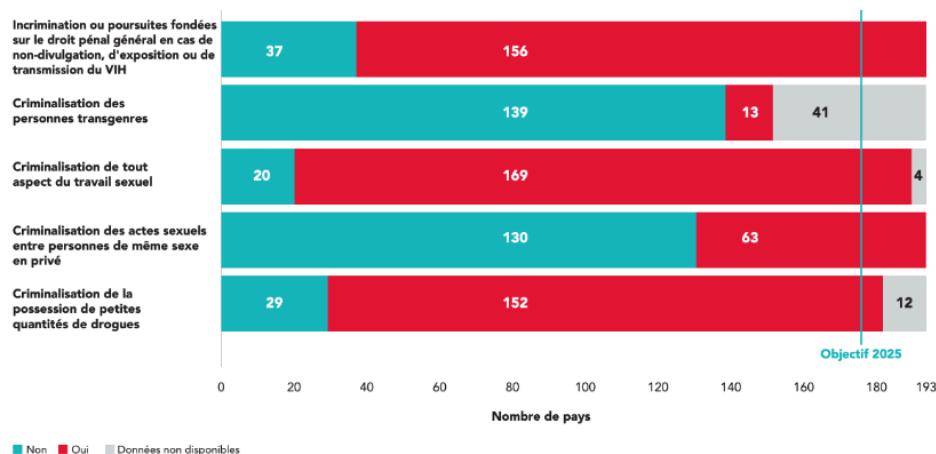


Figure 38 : Nombre de pays dotés de lois discriminatoires et répressives en matière de VIH, 2024 <sup>69</sup>

En 2023, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient la majorité des nouvelles infections à VIH dans toutes les régions du monde, atteignant jusqu'à 95% en Europe de l'Est et en Asie centrale. Toutefois, la part des ressources allouées à ces groupes reste insuffisante, souvent inférieure à leur poids dans l'épidémie. Ce déséquilibre entre besoins épidémiologiques et investissements entrave l'efficacité des stratégies de prévention et compromet les objectifs fixés par les nations unies.

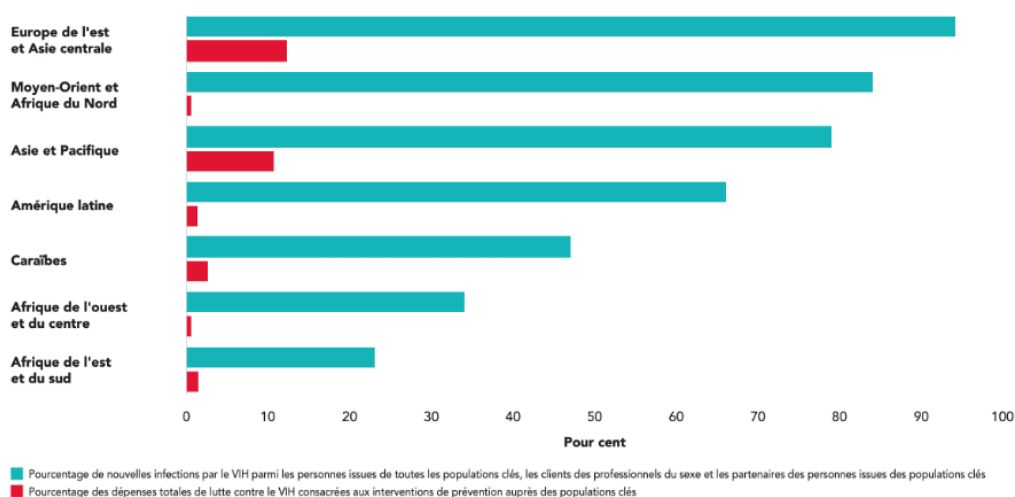


Figure 39 : Pourcentage des ressources totales consacrées aux programmes destinés aux populations clés et pourcentage des nouvelles infections à VIH chez les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels, par région, 2023 <sup>69</sup>

## 2. Situation au sein de l'Union européenne

Au niveau de l'Union Européenne (UE) et l'Espace Économique Européen (EEE), des progrès notables ont été réalisés concernant la cascade de soins du VIH (dépistage, traitement, suppression virale). Selon les données les plus récentes du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), environ 92 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 93% de celles-ci reçoivent un traitement antirétroviral, et environ 92-93 % des personnes sous traitement ont atteint la suppression virale. Toutefois, aucun des objectifs mondiaux “95-95-95” n’a encore été atteint pour l’ensemble de la région.

Par ailleurs, le rapport de l’ECDC souligne que plus de 10 % des personnes vivant avec le VIH dans les pays ayant fourni des données rapportent avoir fait l’expérience de stigmatisation et de discrimination, tant dans les structures de soins que dans les communautés. Ces expériences constituent un obstacle supplémentaire à l’accès aux soins et mettent en évidence la nécessité de protéger les droits et la santé psychologique des populations vivant avec le VIH. La stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives demeurent des enjeux important au sein des établissements de santé. Les attitudes négatives de certains professionnels peuvent compromettre la qualité des soins et limiter l’accès aux services médicaux.

En conséquence, de nombreux patients séropositifs hésitent à consulter les structures de santé par crainte d’être traités différemment ou de voir leur statut VIH divulgué, ce qui représente un frein supplémentaire.

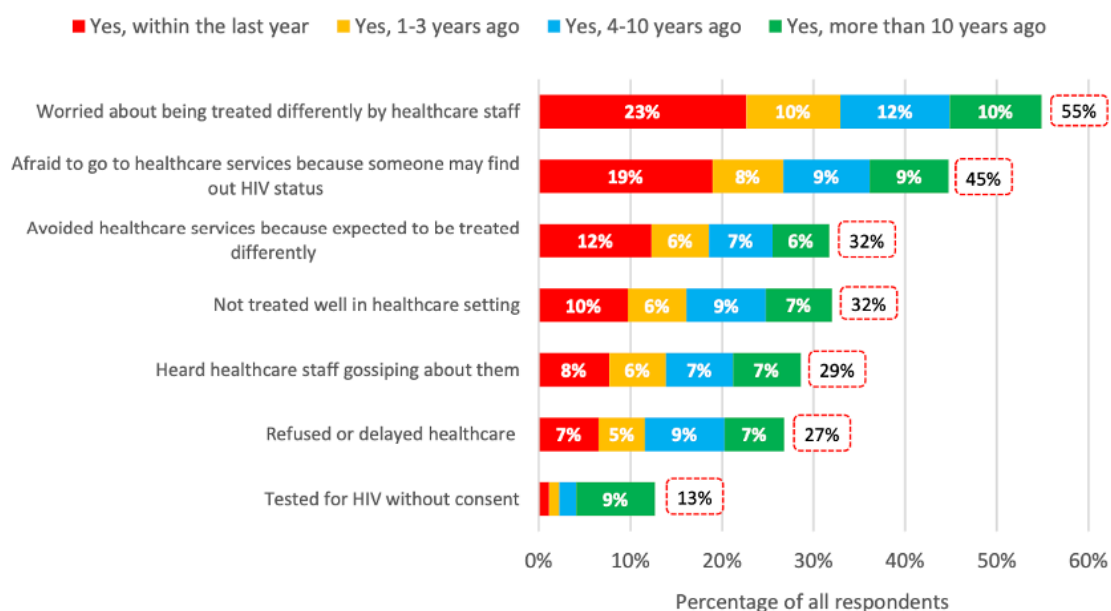


Figure 40 : Expériences signalées de stigmatisation dans les établissements de santé dans l'UE/EEE, 2021-2022 <sup>70</sup>



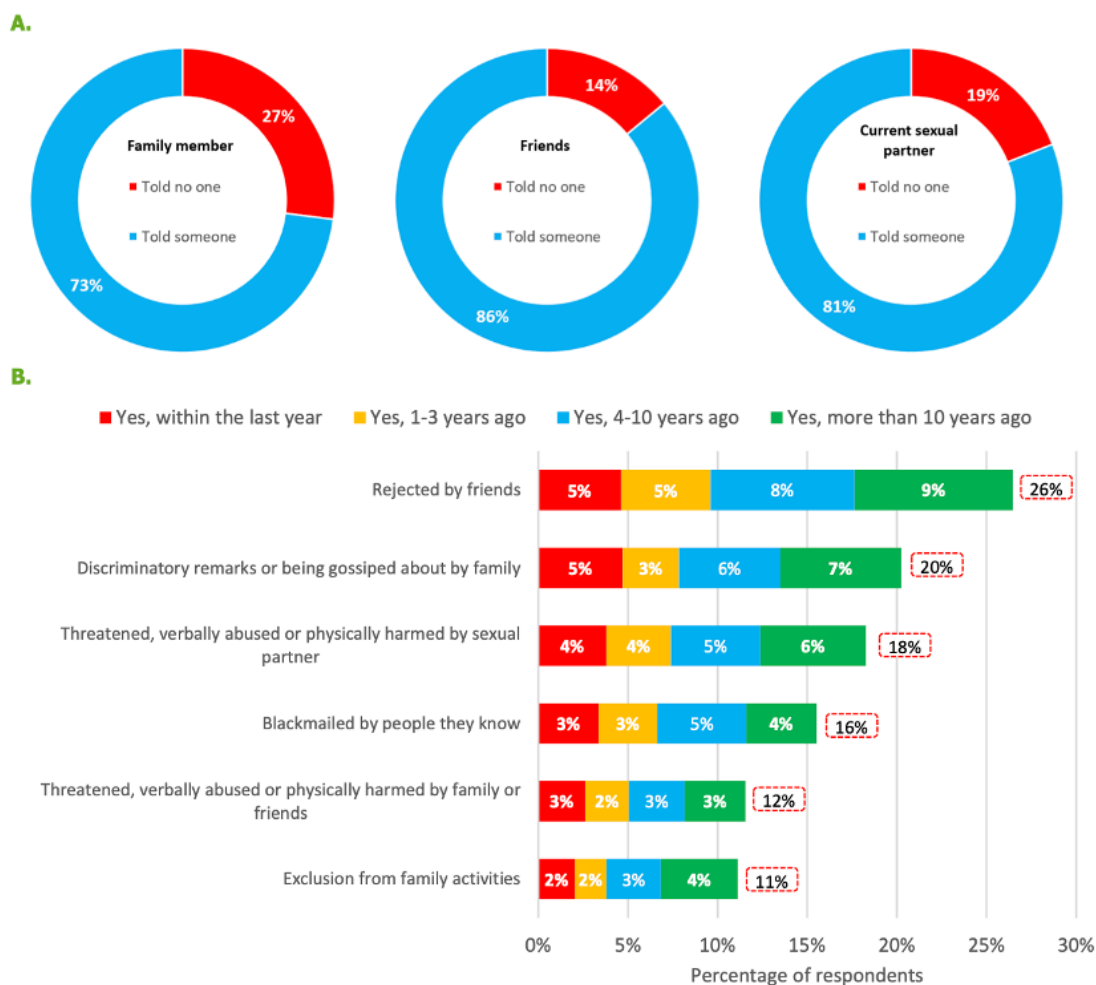


Figure 42 : Proportion des répondants dans l'UE/EEE ayant déjà informé des personnes de leur statut VIH (A) et ayant signalé des expériences de stigmatisation de la part d'amis, de membres de la famille ou de partenaires sexuels (B), 2021–2022. <sup>70</sup>

### 3. Contexte en France

En France, à l'occasion de la Journée mondiale du VIH, le Conseil national du SIDA et des hépatites virales (CNS) a, dans un communiqué de presse, mis en garde contre les menaces pesant sur l'atteinte de l'objectif d'éradication du VIH. Parmi ces menaces figure la persistance des inégalités d'accès aux services de santé pour les populations clés impliquées dans la lutte contre l'épidémie. Ces inégalités résultent de la combinaison de facteurs socio-économiques, ethniques, administratifs, de genre et d'orientation sexuelle, qui contribuent à augmenter le risque d'infection par le VIH pour certains groupes de personnes.

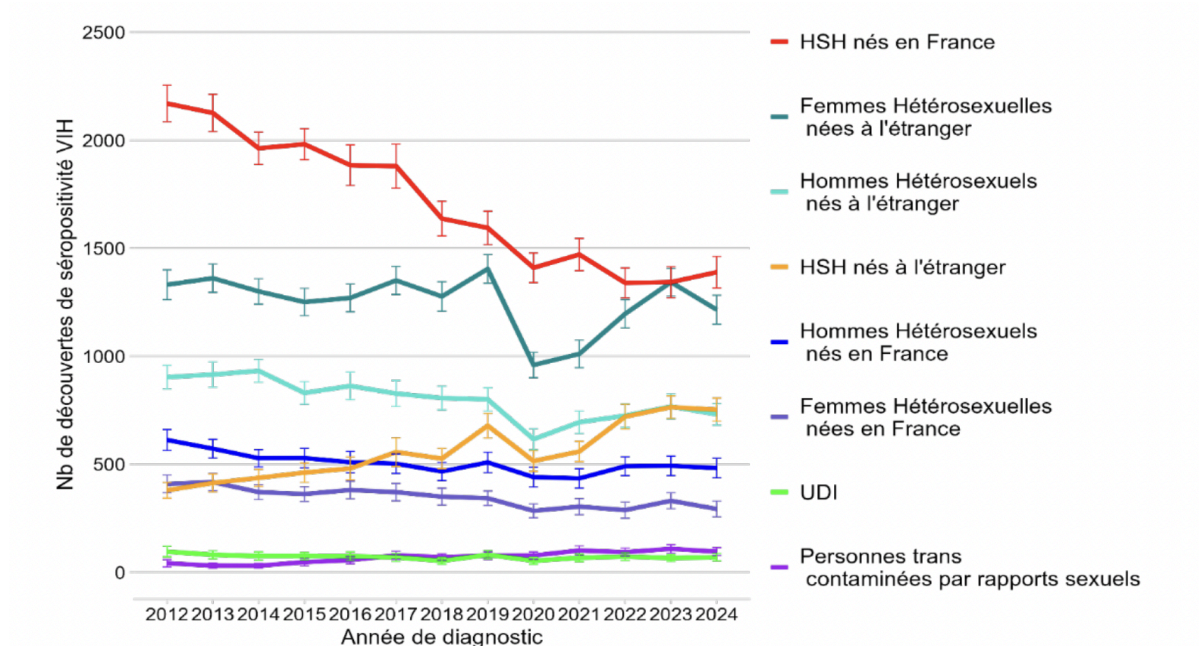


Figure 43 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population en France entre 2012 et 2024 <sup>7</sup>

À travers l'analyse du bulletin épidémiologique de santé publique France d'Octobre 2025, les données révèlent des tendances qui se rejoignent dans diverses régions en ce qui concerne la prévalence du VIH. Cette prévalence démontre une variation significative en fonction de plusieurs critères démographiques, notamment la situation socio-économique, l'orientation sexuelle, l'âge et la zone géographique de naissance.

En France, l'identification des groupes présentant un risque plus élevé de contraction du VIH s'articule souvent autour des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ainsi que les individus nés à l'étranger, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin. Il convient toutefois de souligner que le VIH peut affecter tout individu indépendamment de ces facteurs de risques. Cette constatation souligne la nécessité d'une approche globale et inclusive dans la compréhension et la gestion de la prévalence du VIH au sein de la population.

## B. Groupes à risque

À l'échelle mondiale, les populations clés présentent un risque d'acquisition du VIH bien supérieur à celui de la population adulte générale. Selon les estimations de l'ONUSIDA, en 2018, les personnes exerçant le travail du sexe avaient un risque d'acquisition d'environ 21 fois supérieur ; les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes environ 22 fois supérieur. Pour les femmes transgenres, les données de 2022 indiquent un risque d'acquisition jusqu'à 20 fois plus élevé que la population générale.

L'accès aux services de santé est néanmoins fortement restreint pour ces populations : la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation et la peur d'être maltraités ou dénoncés, les empêchent souvent de bénéficier pleinement du dépistage, du traitement et de la prévention.

### 1. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes <sup>71-73</sup>

Les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) constituent un groupe particulièrement exposé au risque d'infection par le VIH et d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Cette vulnérabilité s'explique notamment par la fréquence de rapports sexuels sans protection, la multiplicité des partenaires et la forte prévalence du VIH dans ce groupe. D'autres IST peuvent aussi faciliter la transmission du virus. L'enquête ERAS, menée en ligne par Santé publique France sous la coordination d'Annie Velter depuis 2017, vise à mieux comprendre les comportements sexuels et les pratiques de prévention des HSH. Réalisée environ tous les deux ans, elle montre que la majorité des participants ont un niveau d'études élevé et une situation financière confortable. Les résultats récents soulignent la progression de la prévention biomédicale (PrEP, TasP), mais aussi la persistance d'inégalités d'accès à ces outils.

|                                                                                                                     | ERAS 2017 | ERAS 2019 | ERAS 2021 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Hommes ayant complété le questionnaire</b>                                                                       | 18 069    | 24 308    | 18 478    |
| <b>Hommes vivant en France</b>                                                                                      | 17 549    | 23 663    | 17 142    |
| <b>Hommes HSH</b>                                                                                                   | 17 133    | 22 284    | 15 506    |
| <b>HSH actifs sexuellement dans les 6 derniers mois</b>                                                             | 15 654    | 19 668    | 13 259    |
| <b>HSH actifs sexuellement séronégatifs VIH</b>                                                                     | 11 910    | 15 566    | 10 065    |
| <b>HSH actifs sexuellement séronégatifs dont le dernier rapport sexuel a eu lieu avec un partenaire occasionnel</b> | 5 785     | 7 638     | 5 301     |
| <b>HSH actifs sexuellement séronégatifs dont le dernier rapport anal a eu lieu avec un partenaire occasionnel</b>   | 4 078     | 5 568     | 3 259     |

Figure 44 : Diagramme de flux des répondants sélectionnés pour l'étude des enquêtes Rapport au sexe (Eras), France, 2017-2019-2021 <sup>74</sup>

|                           | 2017 | 2019 | 2021 |             |                  |                  |
|---------------------------|------|------|------|-------------|------------------|------------------|
|                           | %    |      |      | ORa         | IC95%            | Tendance p-value |
| TasP                      | 0,8  | 0,8  | 0,6  | 0,89        | 0,74-1,08        | 0,259            |
| PrEP                      | 7,0  | 17,7 | 28,2 | <b>1,58</b> | <b>1,52-1,65</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| Préservatif seul          | 66,8 | 59,6 | 45,3 | <b>0,74</b> | <b>0,72-0,77</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| TPE                       | 0,5  | 0,5  | 0,5  | 0,98        | 0,78-1,21        | 0,858            |
| Aucun moyen de prévention | 24,9 | 21,3 | 25,4 | 1,03        | 0,99-1,06        | 0,104            |

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TasP : Traitement comme prévention ; PrEP : Prophylaxie pré-exposition ; TPE : Traitement post-exposition. En gras sont indiquées les évolutions significatives.

Figure 45 : Evolution du niveau de prévention et des moyens utilisés lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel par les répondants séronégatifs pour le VIH (rapport ERAS) <sup>74</sup>

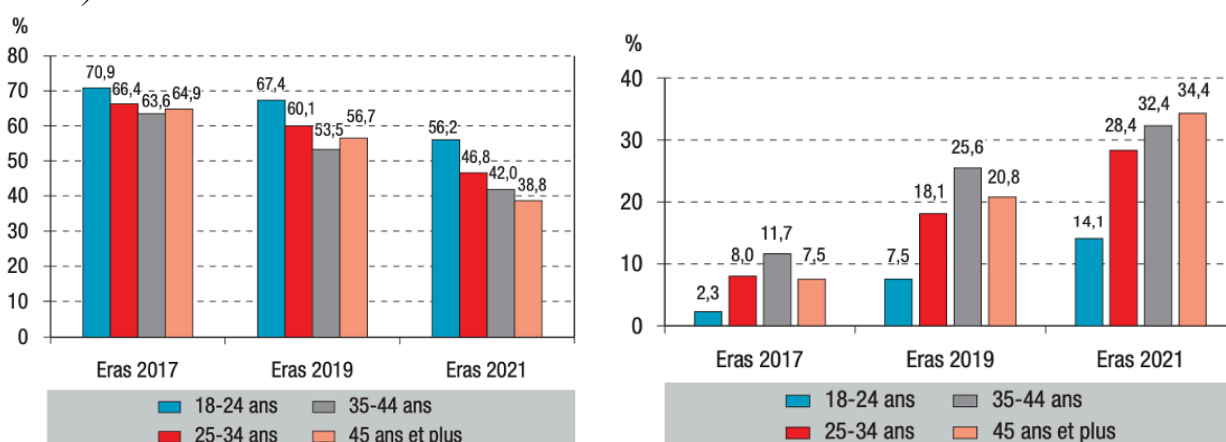


Figure 46 : Évolution de l'usage exclusif du préservatif lors d'un rapport anal avec un partenaire occasionnel par les répondants séronégatifs pour le VIH selon les classes d'âge (rapport ERAS)

Figure 47 : Évolution de l'usage exclusif de la PrEP lors d'un rapport anal avec un partenaire occasionnel par les répondants séronégatifs pour le VIH selon les classes d'âge (rapport ERAS)

D'après l'enquête ERAS de Santé publique France, le niveau global de protection contre le VIH chez les HSH est resté stable entre 2017 et 2021. Si le préservatif demeure l'outil de prévention le plus utilisé, son usage a nettement diminué. Cette baisse est partiellement compensée par une forte hausse de l'usage de la PrEP, résultat des campagnes de prévention ciblées. Cependant, son adoption reste insuffisante pour compenser le recul du préservatif, ce qui constitue un enjeu important de santé publique, notamment dans le contexte du chemsex.

Le chemsex, apparu au Royaume-Uni il y a une vingtaine d'années, désigne la consommation volontaire de substances psychoactives dans un cadre sexuel, principalement au sein de la communauté HSH. Introduite en France au début des années 2010, cette pratique implique souvent l'usage de nouveaux produits de synthèse, consommés par inhalation, ingestion ou injection (slam), afin de prolonger ou d'intensifier les rapports sexuels. La médiatisation du



phénomène, notamment à la suite de l'affaire Palmade, a attiré l'attention du grand public sur les dangers et les conséquences associées au chemsex.

Le chemsex se distingue des autres consommations récréatives comme l'alcool par la fréquence de comportements sexuels à haut risque, avec des rapports non protégés ou prolongés avec plusieurs partenaires. Ces pratiques augmentent significativement le risque de transmission du VIH et d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST), d'autant que l'usage de drogues réduit la vigilance et peut compromettre l'usage correct des outils de prévention, comme la PrEP ou le TasP.

En France, la pratique s'est progressivement structurée depuis le début des années 2010, avec une prévalence estimée à 13-14 % sur une année parmi les HSH selon L'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT). Les substances les plus fréquemment utilisées sont les cathinones de synthèse (notamment la 3-MMC), le GHB/GBL et, plus récemment, la kétamine. L'injection de drogues représente une modalité d'usage croissante et l'acquisition de ces substances via Internet, les applications de rencontre et les réseaux sociaux, favorisent ainsi leur circulation rapide <sup>75</sup>.

D'après les données issues du dispositif TREND, les profils socio-démographiques des pratiquants sont très hétérogènes. Contrairement à certaines hypothèses, aucune catégorie sociale ou niveau d'éducation spécifique ne prédomine. Certains chemsexers tiennent à mentionner, voire à revendiquer, cette diversité, comme gage d'ouverture d'esprit du milieu gay. Si historiquement le chemsex se déroulait dans des contextes festifs collectifs, il tend désormais à se pratiquer dans des environnements privés ou à domicile, ce qui modifie le cadre social et sanitaire de la pratique.

Le coût élevé de ces substances peut rendre une consommation régulière rapidement chère, en particulier lorsque la fréquence des sessions augmente en raison du besoin croissant de reproduire ou d'amplifier les effets recherchés. En outre, les dépenses associées à d'autres aspects du chemsex, tels que l'achat d'accessoires pour l'injection, les médicaments pour atténuer les effets secondaires, ainsi que les traitements médicaux pour les complications liées à l'usage de drogues ou aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST), peuvent également augmenter significativement les coûts pour les usagers.

## **2. Impact du VIH sur les populations immigrées en France**

Cependant, une proportion non négligeable des infections survient après l'arrivée en France, mettant en évidence une vulnérabilité accrue de ce groupe face au risque d'infection. Selon l'étude ANRS PARCOURS menée en 2012-2013 auprès de migrants d'Afrique subsaharienne résidant en Île-de-France, entre 35 % et 49 % des personnes vivant avec le VIH ont contracté le virus après leur installation en France. Cette vulnérabilité accrue s'explique notamment par



des obstacles à l'accès aux soins et au dépistage, qui peuvent retarder le diagnostic, ainsi que par des conditions sociales et économiques précaires pouvant compliquer la continuité et l'efficacité du traitement antirétroviral.

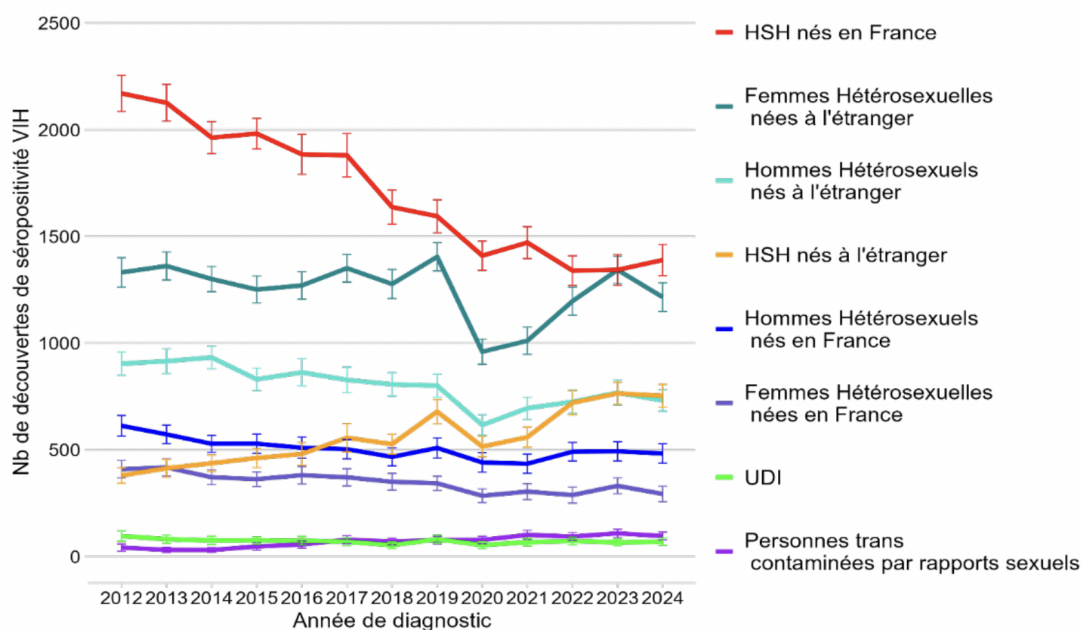


Figure 48 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population, France 2012-2024 <sup>7</sup>

Selon le bulletin de Santé publique France (édition novembre 2023), le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH en France a fortement diminué en 2020 par rapport à l'année 2019, une baisse largement attribuée à la pandémie de COVID-19 et à la réduction des activités de dépistage. Cette diminution a été plus marquée chez les personnes nées à l'étranger que celles nées en France, soulignant la vulnérabilité accrue des populations migrantes face aux obstacles d'accès aux soins et au dépistage.

En 2022, une reprise progressive des dépistages et des découvertes de séropositivité a été observée, reflétant la normalisation des activités de santé après les confinements successifs. La pandémie a particulièrement affecté l'accès aux soins pour les populations migrantes, qui peuvent rencontrer des difficultés administratives ou sociales pour accéder aux services de santé.

En France, plusieurs dispositifs existent pour faciliter la prise en charge médicale des personnes immigrées. L'Aide Médicale d'État (AME) permet aux étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis au moins trois mois et disposant de faibles ressources, de bénéficier d'une couverture de soins. Le Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV) s'adresse aux personnes présentes depuis moins de trois mois ou n'ayant pas accès à l'AME. Par ailleurs, la Protection Universelle Maladie (PUMa) offre aux demandeurs d'asile présents en France depuis au moins trois mois, l'accès au régime général de santé.

Malgré l'existence de ces dispositifs, l'accès aux soins reste souvent limité par des obstacles administratifs, un manque d'information et des difficultés à fournir des justificatifs, situation qui a été exacerbée par la pandémie de COVID-19.

### **3. Les travailleurs du sexe** <sup>76-78</sup>

Le terme « travailleur(euse) du sexe » englobe un large éventail de personnes qui échangent des services sexuels contre un revenu ou d'autres biens tels que de la nourriture, des drogues, des médicaments et un logement.

En 2021, l'ONUSIDA a publié une série de fiches d'information consacrées aux droits humains dans divers domaines, notamment une, dédiée au VIH et aux travailleur·ses du sexe. L'organisation y souligne que ce groupe constitue l'une des populations les plus exposées à l'infection par le VIH. Cette vulnérabilité découle d'un ensemble de facteurs individuels, socio-économiques et comportementaux. Parmi les déterminants majeurs figurent la stigmatisation sociale, la précarité économique, la criminalisation du travail du sexe, la fréquence des violences physiques et sexuelles, ainsi que les obstacles persistants à l'accès aux soins et aux services de prévention.

Selon les données de l'ONUSIDA, le risque d'acquisition du VIH est environ neuf fois plus élevé chez les travailleurs du sexe que dans la population adulte générale âgée de 15 à 49 ans. La prévalence du VIH dans cette population varie considérablement selon les contextes géographiques : la médiane mondiale est estimée à environ 3 % (avec une plage comprise entre 0 % et 62 %), sur la base de données provenant de 85 pays, et peut dépasser 30 % dans certaines régions d'Afrique subsaharienne. En France, la prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe est estimée entre 4,9 % et 5 %. Cette situation s'explique principalement par la marginalisation sociale, la précarité économique et l'impact indirect de la loi de 2016 qui pénalise les clients des travailleur·ses du sexe. Bien que présentée comme une mesure de protection, cette législation a eu pour effet de déplacer les activités vers des environnements plus isolés et moins sécurisés, limitant ainsi l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage. <sup>79</sup>

Par ailleurs, la fréquence élevée des violences physiques et sexuelles constitue un facteur aggravant : près de 26 % des travailleurs du sexe déclarent avoir subi de telles violences au cours des douze derniers mois, compromettant les stratégies de prévention et de suivi médical. Sur le plan comportemental, la multiplicité des partenaires, l'usage irrégulier du préservatif, ainsi que le recours encore insuffisant à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) contribuent à la persistance du risque de transmission.

Dans cette perspective, les organismes internationaux insistent sur la nécessité d'adopter une approche globale prenant en compte non seulement les dimensions biomédicales, mais

également les déterminants sociaux, juridiques et structurels de la santé. La lutte contre le VIH au sein des travailleur·ses du sexe requiert ainsi une réforme fondée sur le respect des droits humains, incluant la dépénalisation du travail du sexe, la réduction de la stigmatisation, la prévention des violences et une participation active des travailleurs du sexe à la conception, à la mise en œuvre de la législation les concernant.

## C. Les Français et la lutte contre le VIH

### 1. Connaissances des français sur le VIH

Le niveau de connaissance des Français en matière de lutte contre le VIH demeure hétérogène. Bien que les avancées scientifiques et médicales, notamment les traitements antirétroviraux et la prophylaxie pré-exposition (PrEP), aient profondément amélioré la prévention et la prise en charge de l'infection, une part de la population reste insuffisamment informée à ce sujet.

D'après une enquête menée par le Crips Île-de-France du 13 au 17 octobre 2023 auprès d'un échantillon représentatif de 1 050 personnes âgées de 15 ans et plus, près de deux tiers des Français, soit 64 %, considèrent encore le préservatif comme le seul moyen de prévention du VIH. De même, 53% des répondants ignorent qu'une personne séropositive suivant correctement un traitement antirétroviral efficace ne transmet pas le virus.

En ce qui concerne la PrEP, seuls 45 % des Français déclarent savoir qu'il existe un traitement préventif destiné aux personnes séronégatives exposées à un risque accru d'infection. Ce résultat témoigne d'une connaissance encore partielle des outils de prévention disponibles.

Enfin, l'enquête met en évidence un déficit de sensibilisation dans les établissements scolaires ainsi qu'une implication jugée insuffisante des professionnels de santé dans l'éducation à la sexualité, notamment dans les territoires de plus petite taille.

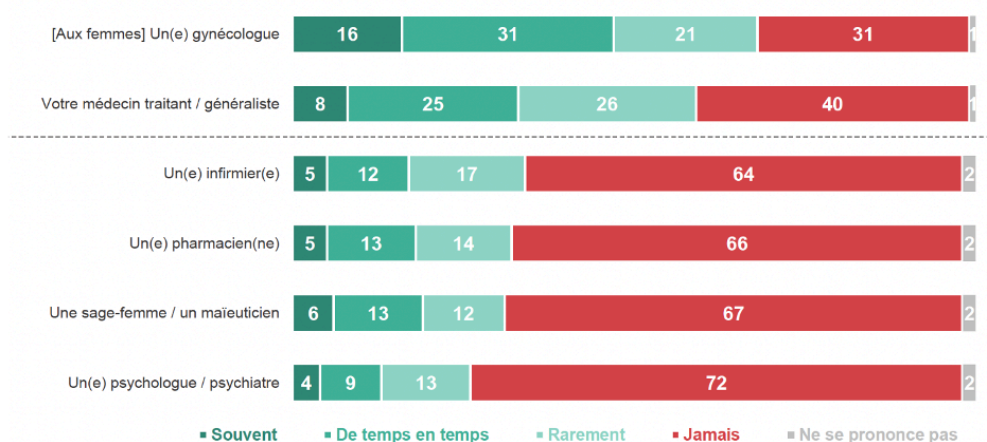


Figure 49 : Réponses à la question : « À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de santé liée à votre sexualité avec les professionnels suivants ? »<sup>80</sup>

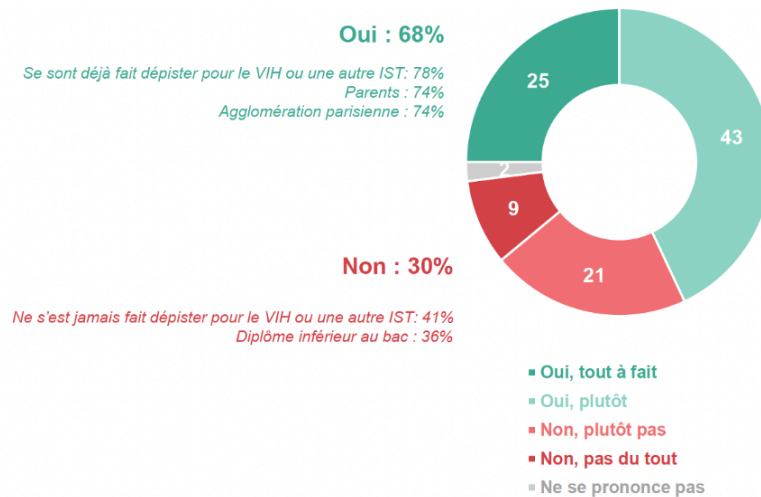


Figure 50 : Réponses à la question : « Lors de vos rendez-vous médicaux, les professionnels de santé sont amenés à vous poser certaines questions de routine : tabagisme, allergies, antécédents médicaux, etc. Souhaiteriez-vous ou non que l'on vous pose également des questions de santé liées à votre sexualité (date du dernier test de dépistage VIH / et autres infections sexuellement transmissibles, modes de prévention du VIH et des autres IST utilisés...) ? »<sup>80</sup>

Cet écart entre la perception du rôle des professionnels de santé et la réalité des consultations est pointé par les Français, qui appellent à davantage de dialogue. Ces chiffres montrent que le pharmacien n'est pas assez impliqué dans la sensibilisation sur la question de la sexualité. Étant un professionnel de proximité et accessible, il doit être impliqué davantage.

Les Français souhaitent que les professionnels de santé posent régulièrement des questions sur la santé sexuelle lors des rendez-vous médicaux, à l'instar des questions sur le tabagisme ou les allergies : ceci traduit la volonté d'améliorer la prévention et l'information pour lutter plus efficacement contre les IST dont le VIH. Cette demande est encore plus forte chez les moins de 35 ans.

## 2. Les moyens mis en oeuvre pour lutter contre le VIH

### a) Analyses des IST

En France, dans un contexte de hausse des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) observée entre 2021 et 2023, le dépistage des IST, y compris du VIH, est gratuit ou partiellement pris en charge dans plusieurs structures, notamment les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), ainsi que dans les laboratoires d'analyses médicales, qu'ils soient hospitaliers ou privés.

Les patients peuvent effectuer des tests de dépistage sans rendez-vous, sans ordonnance, et avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour les moins de 26 ans, et à 60 % pour les 26 ans et plus (le ticket modérateur).

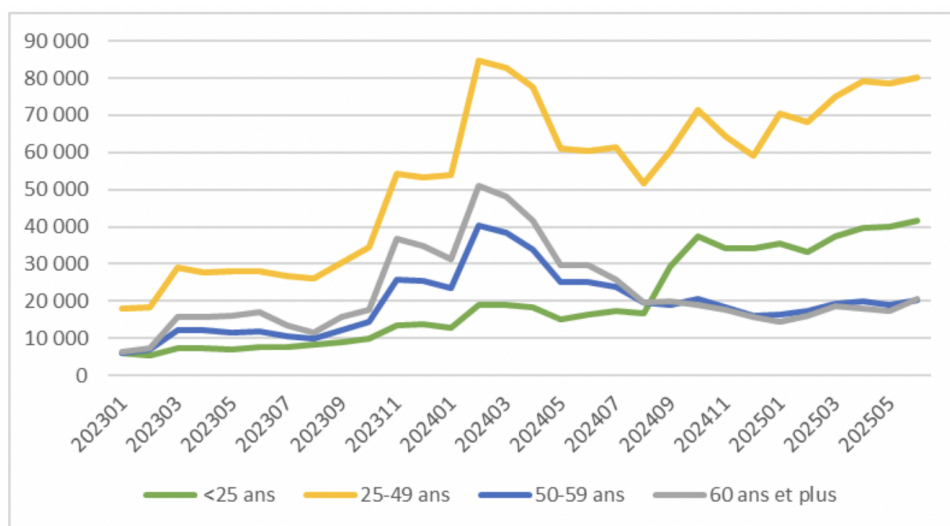
Depuis janvier 2022, le dépistage du VIH est intégralement pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour toutes les personnes, sans condition d'âge, dans le cadre du dispositif « VIH Test » <sup>81</sup>.

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2024, le dispositif « Mon Test IST », instauré par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2023 et précisé par l'arrêté du 8 juillet 2024, est entré en vigueur. Ce dispositif vise à étendre le dépistage gratuit et sans ordonnance à d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite B, renforçant ainsi la prévention et la lutte contre les IST dans la population générale.

L'arrêté du 8 juillet 2024, publié au Journal officiel, précise les modalités de mise en œuvre de ces dépistages. Il comporte deux annexes <sup>82</sup> :

- un auto-questionnaire permettant d'identifier les IST pour lesquelles le patient doit être dépisté ;
- un arbre décisionnel guidant la prise en charge du dépistage selon les réponses du patient.

Les mineurs peuvent également bénéficier du dispositif, et s'ils ne souhaitent pas informer leurs parents, ils peuvent être orientés vers un CeGIDD, où le dépistage est entièrement gratuit et anonyme.



Source : SNDS, dispositifs « VIH test » puis « Mon test IST », extraction Cnam septembre 2025

Figure 51 : Nombre de sérologies VIH réalisées sans prescription selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, France, 01/2023-05/2025 <sup>7</sup>

Depuis la prise en charge à 100 % des tests en laboratoire, on observe une nette augmentation du nombre de tests réalisés, notamment chez les 25-49 ans.

Nouveauté : Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2025, afin de renforcer le dépistage de certaines Infections Sexuellement Transmissibles (IST), un kit d'auto-prélèvement à domicile, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, est proposé aux jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans inclus <sup>83</sup>. Ce kit, disponible sur le site du dispositif « Mon Test IST », permet de commander en ligne et d'effectuer à domicile le dépistage des infections à chlamydia et à gonocoque, sans avance de frais.

Cette solution complète le dispositif de dépistage réalisé en laboratoire. L'initiative sera étendue aux hommes âgés de 18 à 25 ans au cours du second semestre 2025.

### **b) Éducation sexuelle à l'école**

L'éducation à la sexualité à l'école en France est un droit inscrit dans la loi depuis 2001, conformément à l'article L312-16 du Code de l'éducation. Elle a pour objectif de transmettre aux élèves des connaissances relatives à la santé sexuelle, à la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), à la contraception, ainsi qu'au respect de son corps et des autres.

Selon les directives officielles du ministère de l'Éducation nationale, les établissements scolaires doivent organiser au moins trois séances d'éducation à la sexualité par an, adaptées à l'âge et au niveau des élèves, de l'école primaire jusqu'au lycée.

Cependant, la mise en œuvre de cette obligation demeure inégale. De nombreuses écoles et établissements n'assurent pas systématiquement les trois séances prévues, en raison notamment d'un manque de moyens, de temps ou de formation des personnels. Pour pallier ces difficultés, des campagnes de sensibilisation et des partenariats avec des associations agréées, telles que le Planning Familial, sont mises en place afin de renforcer l'éducation à la sexualité et de promouvoir une approche plus complète de la santé affective et sexuelle des élèves.



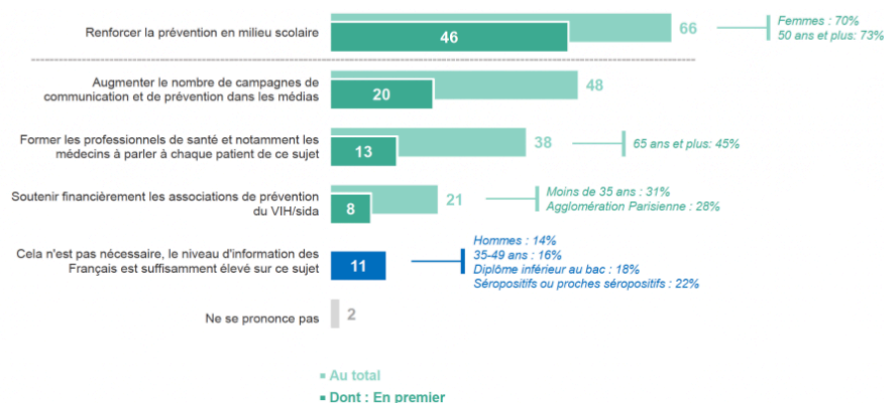


Figure 52 : Selon vous et parmi les propositions suivantes, que faudrait-il faire en priorité pour améliorer le niveau d'information des Français sur le VIH/sida, ses modes de transmission, ses traitements et sa prévention ? En premier ? En deuxième ? <sup>80</sup>

Selon le sondage « 2023 : les Français et la lutte contre le VIH », réalisé par le Crips Île-de-France en collaboration avec Harris Interactive, la population française identifie en priorité le renforcement de la prévention en milieu scolaire (46 %) comme principal levier pour améliorer le niveau d'information sur le VIH. Le développement accru des campagnes de communication arrive en seconde position à 20 %.

### c) Bilan prévention sexuelle

Le dispositif « Mon bilan prévention », mis en place par l'Assurance Maladie, permet aux assurés de faire un point complet sur leurs habitudes de vie avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien ou sage-femme) et de bénéficier d'un plan personnalisé de prévention <sup>84</sup>. Il est entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie et vise à encourager les individus à adopter des comportements favorables à leur santé, à améliorer leur bien-être et à prévenir ou retarder l'apparition de diverses maladies.

Les bilans de prévention sont proposés aux assurés à des âges clés de la vie : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans. Un seul bilan peut être réalisé par tranche d'âge. Ces tranches ont été définies par les autorités sanitaires comme des périodes stratégiques pour intervenir en matière de prévention, en lien avec les changements physiologiques, professionnels ou sociaux qui peuvent survenir à ces moments de la vie.

Toutefois, en examinant les questions préparatoires au bilan de prévention, il apparaît que ce dispositif cible principalement certaines populations à risque de maladies courantes, laissant de côté une tranche d'âge des 25-45 ans. Cette période correspond pourtant à une phase importante de la vie adulte, marquée par le développement de la carrière professionnelle, une plus grande autonomie financière, une vie sociale et sexuelle active, ainsi que des déplacements fréquents et la formation de nouvelles relations. Ces caractéristiques rendent la

prévention, notamment des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), particulièrement pertinente pour ce groupe. Bien que « Mon bilan prévention » constitue un outil structuré et accessible de promotion de la santé, sa tranche d'âge laisse de côté une partie importante de jeunes adultes.

### 3. Une communication de plus en plus efficace

#### a) Journée mondiale de lutte contre le SIDA

La Journée mondiale de lutte contre le SIDA se tient chaque année le 1<sup>er</sup> décembre. Elle a été instaurée en 1988 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à la suite d'un sommet réunissant les ministres de la Santé. Cette journée vise à sensibiliser le public aux enjeux du VIH/SIDA, en diffusant des données épidémiologiques et en organisant des activités de prévention. Elle permet aussi d'exprimer un soutien aux personnes vivant avec le VIH et de rendre hommage à celles qui sont décédées des suites du SIDA.

#### b) Campagnes de santé publique

Santé publique France est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. Il résulte de la fusion, en 2016, de plusieurs entités dont l'InVS, l'Inpes et l'Eprus. Il a pour mission d'observer la santé de la population française, de promouvoir la prévention et d'informer aussi bien le grand public que les pouvoirs publics sur les enjeux de santé.

Parmi ses campagnes historiques, figure celle de 1987 intitulée « *Le SIDA, il ne passera pas par moi* »<sup>85</sup>, l'une des premières grandes campagnes nationales d'information sur le SIDA en France. L'agence (ou ses partenaires) conduit également des initiatives de communication grand public, destinées à promouvoir le dépistage, la protection contre les IST, ou la prophylaxie pré-exposition (PrEP), notamment via des contenus audiovisuels et numériques.

3 affiches sur la gratuité des mesures de prévention:



Figure 53 : Affiches de santé publique France sur la gratuité des mesures de prévention



Et une communication à destination des HSH.

Certaines campagnes de Santé publique France sont destinées à des populations spécifiques notamment les utilisateurs de la PrEP, les prescripteurs, les personnes issues de l'immigration. Ces campagnes sont accessibles dans plusieurs langues, cela permet d'augmenter la transmission de l'information.



Figure 54 : Affiches de santé publique France pour promouvoir la PrEP

### c) Les associations de lutte contre le VIH

Les associations de lutte contre le VIH jouent un rôle complémentaire aux actions gouvernementales et médicales en matière de prévention et de soutien. Elles contribuent à la sensibilisation du grand public et des populations les plus exposées. Ces associations proposent également des programmes de réduction des risques, des groupes de parole pour lutter contre l'isolement, et participent à la mobilisation de fonds pour la recherche.

**AIDES** <sup>86</sup>, fondée en 1984, est la principale association française dédiée à la lutte contre le VIH et les hépatites virales. Elle intervient dans la prévention et le dépistage, le soutien aux personnes séropositives, ainsi que la défense de leurs droits. En 2024, l'association renouvelle l'opération "October Test" après le succès de l'édition 2023. Les 25 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) de AIDES proposeront des dépistages rapides du VIH, de l'Hépatite B (VHB), de l'Hépatite C (VHC), et de la syphilis.

Tout au long de l'année, AIDES mène diverses campagnes de sensibilisation, comme #STOPSÉROPHOBIE, organisée du 24 au 30 avril pour lutter contre la sérophobie, ou des spectacles de stand-up en juin visant à déconstruire les préjugés liés au VIH/SIDA <sup>87</sup>.

**Sidaction** <sup>88</sup>, créée en 1994, a pour mission de soutenir la recherche et les programmes de prévention. Elle est particulièrement connue pour son événement annuel de collecte de fonds, qui mobilise les médias et le grand public afin de financer la lutte contre le VIH/SIDA. Cet événement annuel, également appelé Sidaction, mobilise les médias durant un week-end pour

L'association a également innové dans les méthodes de communication pour toucher un public plus jeune, notamment par le biais du numérique.



**Act Up-Paris** <sup>90</sup>, fondée en 1989 et inspirée du mouvement américain Act Up New York, est une association militante qui mobilise la société civile pour défendre les droits des personnes séropositives et promouvoir l'accès aux traitements. Elle œuvre également pour la prévention, notamment par la distribution de préservatifs et l'information sur la prophylaxie pré-exposition.



**Sida Info Service** <sup>91</sup>, créée en 1990, propose une ligne d'écoute et d'information anonyme sur le VIH, les IST et la sexualité. L'association a été créée pour répondre à la crise sanitaire et à l'absence de connaissances sur le virus, elle s'est d'abord concentrée sur l'écoute et le soutien téléphonique, devenant rapidement une ligne importante sur les questions liées à la sexualité. Ses actions se sont étendues au fil des années pour inclure des services de prévention, de dépistage et d'accompagnement des personnes concernées.

## **IV. Étude sur les connaissances du VIH en France**

### **A. Questionnaire**

#### **1. Méthodologie**

En France, la prévention du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) représente un enjeu important de santé publique. De multiples dispositifs sont mis en œuvre afin de sensibiliser la population : campagnes nationales d'information, programmes associatifs de prévention, interventions éducatives en milieu scolaire, accès gratuit et anonyme au dépistage, ainsi que stratégies de communication diffusées par les médias traditionnels et les réseaux sociaux.

Malgré ces dispositifs, la persistance de fausses croyances, l'insuffisance de connaissances sur certains aspects scientifiques et la stigmatisation toujours présente des personnes vivant avec le VIH soulignent la nécessité de réévaluer régulièrement le niveau de connaissance de la population générale. Une telle évaluation permet d'ajuster les actions de prévention, d'adapter les messages de santé publique aux besoins réels de la société et d'améliorer leur efficacité.

Dans ce contexte, un questionnaire anonyme a été développé dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie. Cet outil a été conçu à partir de données issues de la littérature scientifique récente, notamment les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de Santé publique France et de l'ONUSIDA, ainsi que de questionnaires validés dans des études nationales et internationales similaires. Le contenu du questionnaire a été validé par un encadrant universitaire et des pharmaciens d'officine, afin d'en garantir la rigueur scientifique et la clarté des formulations.

Le questionnaire comporte 21 questions, organisées en cinq sections thématiques:

1. Données sociodémographiques : âge, sexe, région de résidence, profession.
2. Connaissances générales sur le VIH: distinction entre VIH et SIDA, données épidémiologiques de base.
3. Modes de transmission et prévention : situations à risque, transmission mère-enfant, moyens de prévention (préservatifs, prophylaxie pré-exposition).
4. Dépistage et traitements : conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle, dépistage biologique, efficacité des traitements antirétroviraux
5. Perceptions sociales : croyances erronées, stigmatisation sociale, sources d'information

Les questions étaient formulées sous forme de QCM ou de vrai/faux afin de faciliter la compréhension et de réduire le biais de non-réponse. Le temps de complétion était estimé à moins de 15 minutes.

L'enquête ciblait la population adulte, sans critère d'exclusion, dans l'objectif d'obtenir une vision globale du niveau de connaissance sur le VIH en France, indépendamment du niveau d'éducation, du statut professionnel ou du milieu géographique.

La participation était entièrement volontaire et anonyme, conformément aux principes éthiques de la recherche en santé publique. Aucune donnée personnelle identifiable n'a été collectée.

Afin d'obtenir un échantillon diversifié et représentatif, deux canaux de diffusion complémentaires ont été utilisés : les réseaux sociaux et les pharmacies d'officine.

Dans un premier temps, le questionnaire a été mis à disposition en ligne via la plateforme Google Forms. Le lien d'accès a été diffusé sur les réseaux sociaux Instagram et Facebook, accompagné d'un message explicatif décrivant les objectifs scientifiques, la confidentialité des données et la durée estimée de participation.

Les participants étaient invités à répondre au questionnaire, puis à le partager dans leur propre réseau afin d'élargir la portée de l'étude. Ce mode de diffusion participatif permet de toucher un public varié et d'améliorer la représentativité de l'échantillon.

Dans un second temps, le questionnaire a été diffusé dans plusieurs pharmacies d'officine. Des affiches comportant un QR code d'accès direct ont été disposées dans les zones accessibles au public (comptoirs, vitrines, espaces d'attente).

Les patients étaient invités à participer de manière volontaire. Ce canal visait à toucher des personnes moins présentes sur les réseaux sociaux et donc potentiellement moins exposées aux campagnes de prévention numériques.

La collecte des données s'est déroulée sur une période continue à compter du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2025, afin de garantir une stabilité temporelle. Les réponses ont ensuite été exportées sous forme d'un tableur puis analysées.

Plusieurs limites doivent être soulignées :

- biais de sélection lié à la diffusion numérique (surreprésentation des jeunes adultes et des femmes)
- surreprésentation de certaines professions, notamment les professionnels de santé
- concentration géographique des réponses dans les régions où le questionnaire a été majoritairement diffusé (notamment Hauts-de-France)
- absence de contrôle sur la véracité ou la concentration des réponses, inhérente aux questionnaires en ligne.



Figure 57 : Affiche réalisée pour le questionnaire

## 2. Prévention active

Afin d'enrichir la portée éducative de l'étude, une étape complémentaire a été intégrée au dispositif méthodologique. À l'issue du questionnaire, les participants avaient accès à un retour immédiat présentant les réponses correctes, accompagnées d'explications concises rédigées spécifiquement dans le cadre de cette thèse.

En complément, un document d'information élaboré par Santé publique France a été mis à disposition des répondants souhaitant approfondir leurs connaissances. Ce support, intitulé « Êtes-vous sûr·e de tout savoir sur le VIH et le SIDA ? » (édition 2022), reprend de manière détaillée les éléments importants relatifs au virus : définition du VIH/SIDA, modes de transmission, autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et leurs symptômes, ainsi que les moyens d'action et de prévention.

Cette démarche vise à renforcer la dimension formative de l'étude en permettant aux participants d'identifier leurs erreurs, de corriger certaines représentations erronées et d'accéder à des données actualisées. Au-delà de l'évaluation du niveau de connaissance, cette approche s'inscrit ainsi dans une perspective de prévention active, contribuant à la promotion

de la santé publique, à l'amélioration des connaissances sur le VIH et à la réduction de la stigmatisation associée aux personnes vivant avec le virus.

### **3. Retour des participants et perception du questionnaire**

Les retours recueillis à la suite de la diffusion du questionnaire mettent en évidence un intérêt marqué de la part des participants pour la thématique abordée. De nombreux répondants ont souligné le caractère stimulant et instructif du questionnaire, qui leur a permis de prendre conscience de leurs propres lacunes concernant le VIH et le SIDA. Plusieurs participants ont exprimé avoir eu « l'impression de ne rien connaître » sur le sujet. Certaines questions, notamment celles portant sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et les traitements antirétroviraux, ont été jugées complexes, traduisant une méconnaissance des avancées thérapeutiques actuelles. Cet aspect souligne la nécessité de renforcer la communication autour des nouvelles stratégies de prévention et de traitement, encore peu connues du grand public.

Le questionnaire a également suscité un aspect ludique et collectif : plusieurs répondants ont rapporté avoir complété le formulaire en groupe, entre amis, et avoir ensuite comparé leurs réponses. Cette dynamique sociale a contribué à favoriser la discussion et à renforcer la dimension prévention active du questionnaire. L'accès aux réponses correctes et au document de santé publique France à l'issue du questionnaire a été perçu comme un outil d'apprentissage immédiat. Plusieurs d'entre eux ont exprimé le souhait d'en savoir davantage sur les traitements actuels, les avancées scientifiques récentes et les moyens de prévention disponibles, traduisant un intérêt réel pour la compréhension du VIH et une demande d'accès à l'information fiable.

Enfin, les retours recueillis mettent en évidence un sentiment général de manque de sensibilisation au sein de la population française sur les questions liées au VIH.

## **B. Résultats**

### **1. Analyse sociodémographique des répondants**

Le questionnaire réalisé dans le cadre de cette thèse s'adresse à une population volontairement large et hétérogène, indépendamment du sexe ou de la catégorie socio-démographique. Parmi les répondants, 81 % s'identifient comme femmes, 18,1 % comme hommes et 1 % comme appartenant à un autre genre.

Concernant la répartition par âge, 45 % des participants sont âgés de 18 à 29 ans, 38 % de 30 à 49 ans et 14 % de 50 à 74 ans, tandis que quelques réponses émanent de personnes de 75 ans et plus.

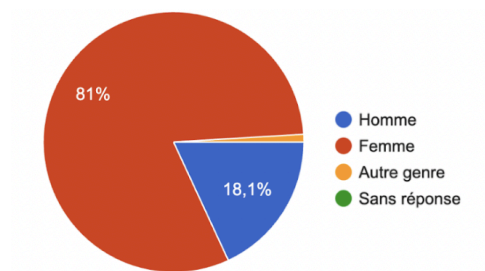


Figure 58 : Répartition sexuelle des répondants

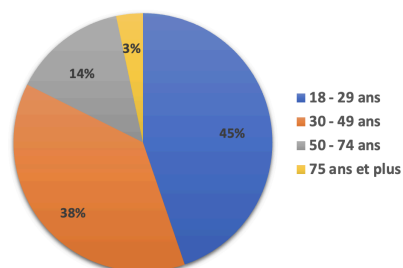


Figure 59 : Répartition des répondants selon les tranches d'âge

Sur le plan géographique, les participants proviennent de l'ensemble du territoire français. Néanmoins, 40 % résident dans les Hauts-de-France, 20,5 % en Île-de-France et 15,6 % dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Les autres régions sont représentées de manière plus marginale.



Figure 60 : Répartition des répondants selon leurs régions

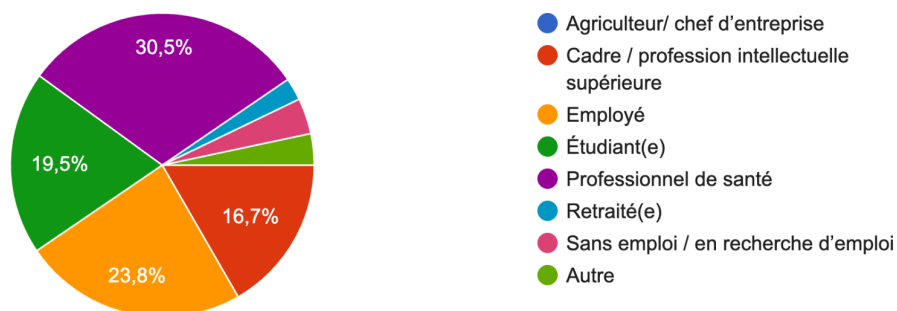


Figure 61 : Réponses à la question "quelle est votre situation professionnelle ?"



La situation professionnelle des répondants révèle également une diversité notable : 30,5 % sont des professionnels de santé, 23,8 % des employés, 19,5 % des étudiants et 16,7 % des cadres ou professions intellectuelles supérieures. L'échantillon inclut également 3,8 % de personnes sans emploi et 2,4 % de retraités. Aucun répondant ne s'est identifié comme chef d'entreprise ou agriculteur.

L'analyse de la composition de l'échantillon met en évidence plusieurs déséquilibres susceptibles d'influencer l'interprétation des résultats. Sur le plan du genre, la surreprésentation des femmes (81%) ne reflète pas la distribution réelle de la population française, ce qui peut introduire un biais dans la perception et les connaissances évaluées.

La distribution par âge révèle également une forte prédominance des 18–29 ans (44,8 %), bien supérieure à leur poids dans la population générale. De même, la répartition géographique est marquée par une représentation inégale des habitants des Hauts-de-France (40 %), région dans laquelle a principalement circulé le questionnaire. Les autres régions, bien que présentes, apparaissent sous-représentées.

Sur le plan professionnel, la forte proportion de professionnels de santé (30,5 %) et d'étudiants (19,5%) peut avoir influencé les résultats, notamment pour les questions nécessitant des connaissances médicales ou biologiques. Ces catégories professionnelles disposent en effet globalement d'un niveau de formation plus élevé dans le domaine de la santé, ce qui pourrait limiter la généralisation des conclusions à l'ensemble de la population française.

Ces déséquilibres s'expliquent en grande partie par les modalités de diffusion du questionnaire: circulation majoritaire via les réseaux sociaux et dans les Hauts-de-France, complétée par un affichage en officines. Si cette stratégie a permis d'obtenir un échantillon varié, elle a aussi induit une surreprésentation des catégories les plus exposées à ces canaux.

En définitive, l'échantillon recueilli se caractérise par une prédominance de femmes, de jeunes adultes et de résidents des Hauts-de-France, ainsi que par une surreprésentation de professionnels de santé et d'étudiants. Cela introduit des limites quant à la représentativité des répondants. Ces éléments doivent donc être pris en compte dans l'interprétation des analyses ultérieures, tout en soulignant que la diffusion élargie en officines a partiellement atténué certains biais.

## **2. Analyse des connaissances épidémiologiques**

### **a) Résultats**

La première partie du questionnaire porte sur l'évaluation des connaissances épidémiologiques relatives au VIH. À la question visant à déterminer si les participants distinguent le VIH du SIDA, 78,9 % des répondants déclarent reconnaître une différence entre ces deux entités, tandis que 21,1 % ne formulent aucune distinction. Par ailleurs, 85,7 % des participants estiment qu'une personne vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral



efficace présente une espérance de vie comparable à celle de la population générale ; 11,4 % jugent cette espérance de vie inférieure, et 2,9 % supérieure.

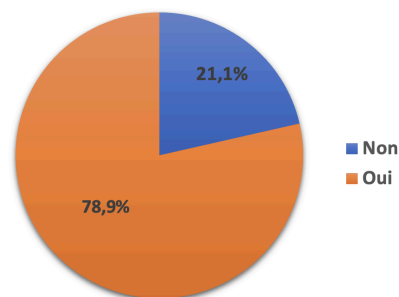


Figure 62 : Réponses à la question “Existe-t-il une distinction entre le VIH et le SIDA ?”

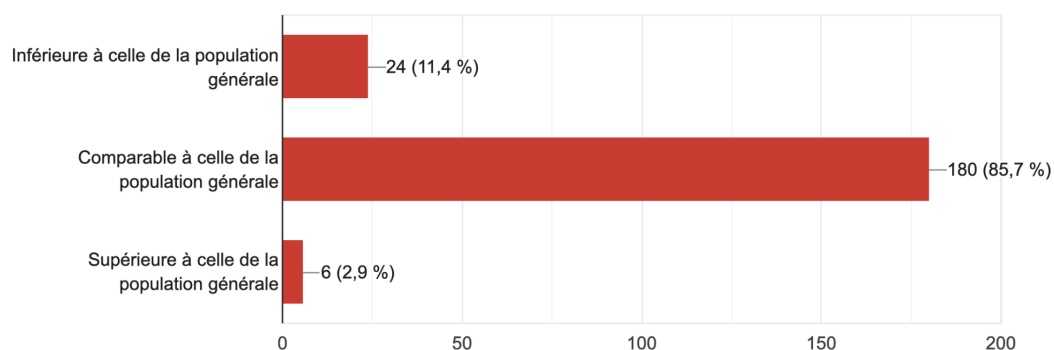


Figure 63 : Réponses à la question “Selon les données actuelles, quelle est l'espérance de vie d'une personne récemment diagnostiquée séropositive et traitée efficacement en France ?”

Concernant la durée de vie d'une personne séropositive non traitée, les réponses présentent une distribution unimodale : 57,6 % des répondants l'estiment comprise entre 5 et 10 ans, 28,6 % à moins de 5 ans, et 15,2 % à plus de 10 ans. Interrogés sur le nombre de nouvelles infections par le VIH en France en 2024, 61 % situent ce chiffre entre 200 et 2 000 cas, 30 % l'estiment supérieur, et 9 % inférieur à 200 cas.

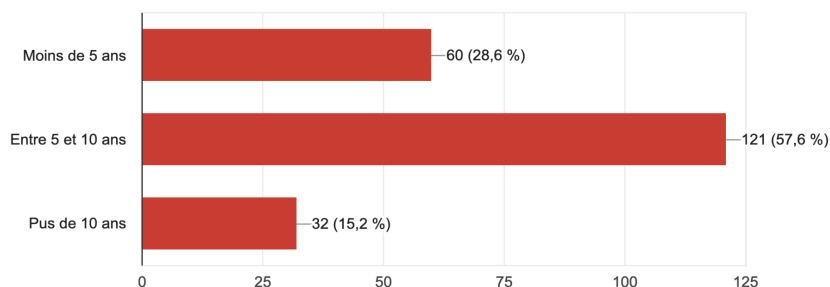


Figure 64 : Réponses à la question “Quelle est la durée de vie moyenne d'une personne contaminée par le VIH et qui ne prendrait aucun traitement antirétroviral (traitement utilisé contre le VIH) ?”

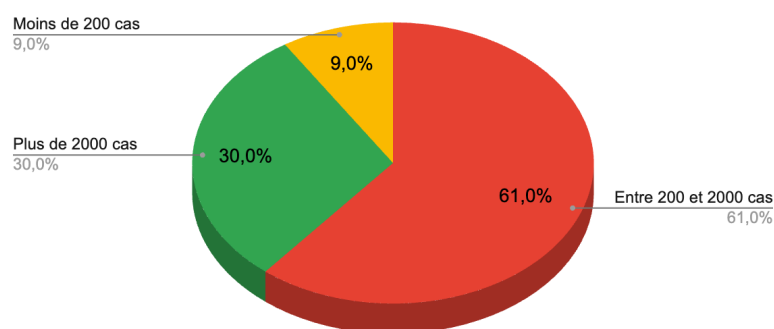


Figure 65 : Réponses à la question “Selon les estimations actuelles, combien de nouvelles infections par le VIH ont été recensées en France en 2024 ?”

Enfin, l’autoévaluation du niveau de connaissance en épidémiologie révèle que 71,4 % des répondants se positionnent aux niveaux 2 ou 3 sur 5, traduisant un niveau de maîtrise modéré.

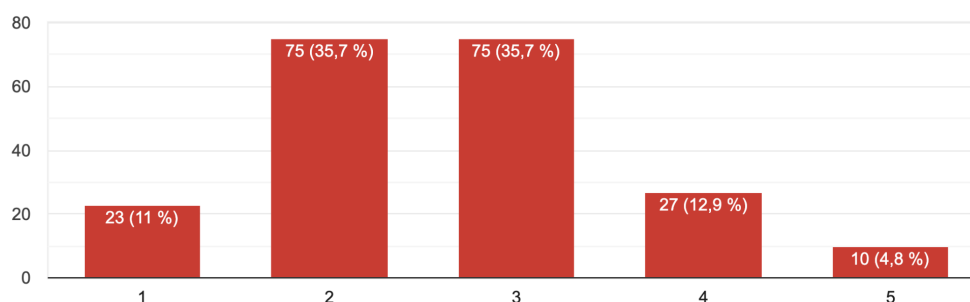


Figure 66 : Auto-évaluation du niveau de connaissance relatif à l’épidémiologie de l’infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5

## b) Discussion

Les données recueillies mettent en évidence plusieurs écarts entre la perception des répondants et les réalités épidémiologiques actuelles. Tout d’abord, bien que la majorité distingue correctement le VIH du SIDA, une proportion non négligeable de 21,1 % ne saisit pas cette distinction fondamentale, pourtant importante à la compréhension du parcours de soin et de la prévention. Dans un sondage mené par l’IFOP pour l’association AIDES, la même question sur la distinction entre le VIH et le SIDA a été posée. Selon les résultats, seuls 49 % des répondants reconnaissent une distinction, un taux nettement inférieur aux 78,9 % observés dans les résultats du questionnaire.

De même, si 85,7 % reconnaissent l’efficacité du traitement antirétroviral sur l’espérance de vie, ce taux apparaît plus élevé que celui observé dans un sondage de la CRIPS en 2023 “*les Français et la lutte contre le VIH*”, où seuls 39 % des participants estiment qu’une personne

vivant avec le VIH sous traitement bénéficie d'une espérance de vie comparable à celle de la population générale.

Ces divergences peuvent s'expliquer par des différences socio-géographiques entre les populations étudiées, et par un possible biais lié au contexte de diffusion du questionnaire.

Par ailleurs, l'estimation du nombre de nouvelles infections par le VIH en France montre une sous-évaluation marquée, alors que la majorité des répondants situe ce chiffre entre 200 et 2 000 cas. Les données officielles de Santé publique France indiquent qu'environ 5 100 personnes ont découvert leur séropositivité en 2024. Cette méconnaissance du niveau réel de l'incidence du VIH est cohérente avec le niveau d'autoévaluation des connaissances, majoritairement décrit comme modéré.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que, malgré une compréhension partielle des grandes notions liées au VIH, les connaissances épidémiologiques des répondants demeurent imprécises, en particulier concernant l'incidence réelle de l'infection et la survie en l'absence de traitement.

### 3. Analyse des modes de transmission

#### a) Résultats

La seconde partie du questionnaire porte sur l'évaluation des connaissances relatives aux modes de transmission du VIH. Parmi les 210 répondants, 99,5 % ont identifié les rapports sexuels non protégés comme un comportement à risque de transmission du virus, et 98,6 % ont reconnu que le partage d'aiguilles ou de seringues contaminées constitue également une pratique à risque. Pour 4,8 % des participants, embrasser une personne séropositive représente un facteur de risque de transmission, et 11 % estiment que la piqûre d'un moustique peut également transmettre le virus.

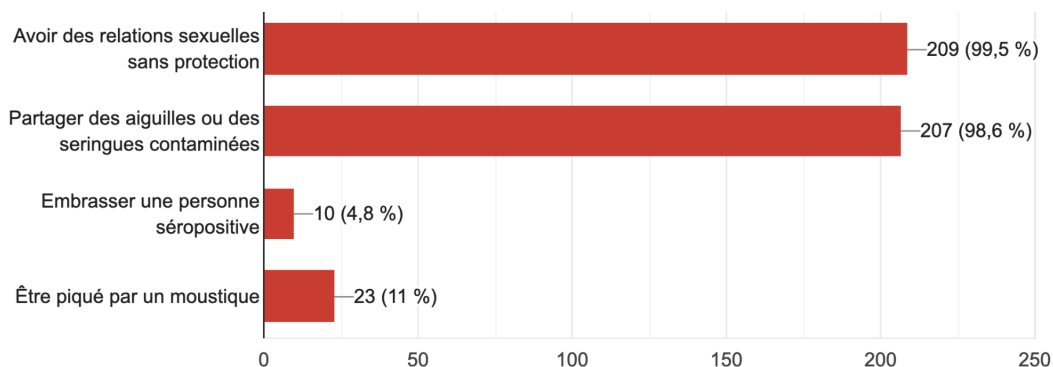


Figure 67 : Réponses à la question "Parmi les situations suivantes, la ou lesquelles peuvent conduire à une transmission du VIH ?"

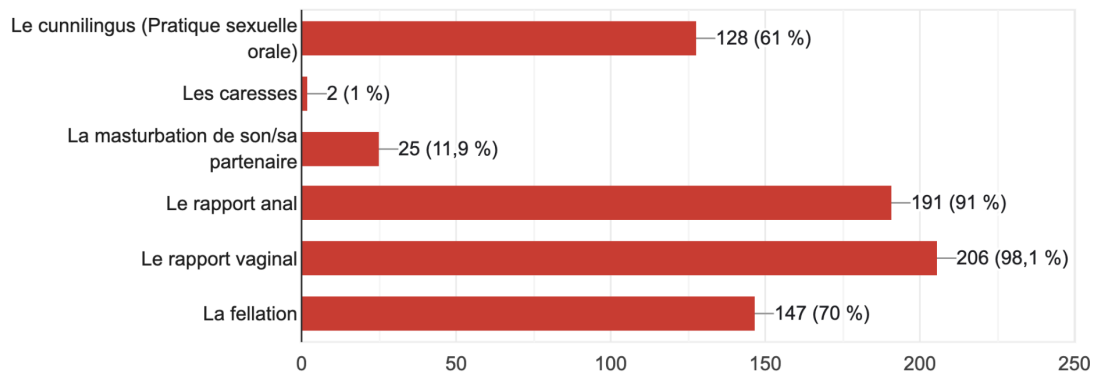


Figure 68 : Réponses à la question “Parmi les types de rapports sexuels suivants, lesquels peuvent entraîner une transmission du VIH ?”

À la question concernant les types de rapports sexuels pouvant entraîner une transmission du VIH, sur les 210 répondants, 98,1% ont répondu les rapports vaginaux, 91% les rapports anaux, 70 % la fellation, 61 % le cunnilingus, 11,9 % la masturbation et 1% des répondants ont identifié les caresses.

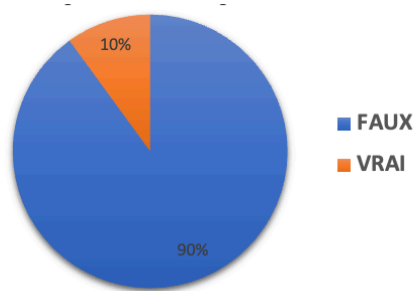


Figure 69 : Réponses à la question “Un enfant dont la mère est séropositive est-il systématiquement infecté par le VIH ?”

Concernant la transmission verticale du VIH, définie comme le passage du virus de la mère à l’enfant, 90 % des répondants estiment que cette transmission n’est pas systématique, tandis que 10 % considèrent qu’une mère séropositive transmettra systématiquement le virus à l’enfant qui va naître.

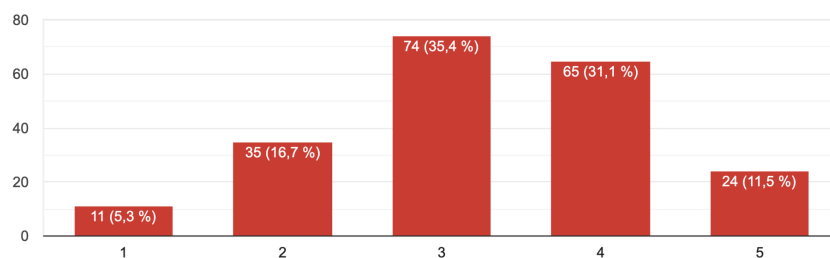


Figure 70 : Auto-évaluation des connaissances relatives au mode de transmission de l’infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5.

L'auto-évaluation de la seconde partie du questionnaire, portant sur le niveau de connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA et également mesurée sur une échelle de 1 à 5, montre que la majorité des répondants se situe aux niveaux 3 et 4. Ces résultats suggèrent que les participants s'estiment globalement bien informés et maîtrisent relativement bien les différents modes de transmission du VIH.

## **b) Discussion**

La majorité des répondants identifie correctement les deux principaux modes de transmission du VIH, à savoir les rapports sexuels non protégés et le partage de matériel d'injection contaminé (aiguilles ou seringues). Néanmoins, une proportion non négligeable des participants rapporte des croyances erronées, attribuant un risque de transmission aux embrassades avec une personne vivant avec le VIH (4,8 %) ou aux piqûres de moustiques (11 %). Ces proportions demeurent inférieures à celles observées dans une enquête nationale réalisée par OpinionWay pour le laboratoire Gilead auprès de plus de 1 000 adultes, selon laquelle 23 % des répondants estimaient que le VIH pouvait être transmis par un baiser et 36 % par les moustiques.

Concernant la transmission par voie sexuelle, les réponses recueillies doivent être mises en perspective avec les données publiées par Santé publique France relatives aux modes de contamination des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2024. En cumulant les transmissions liées aux rapports hétérosexuels et homosexuels, la voie sexuelle représente environ 97 % des contaminations déclarées en France. La pénétration vaginale ou anale constitue les pratiques sexuelles présentant le risque de transmission le plus élevé, en raison du contact direct des sécrétions sexuelles avec des muqueuses particulièrement vulnérables.

En revanche, les données issues du questionnaire mettent en évidence une surestimation du risque associé aux pratiques sexuelles orales, telles que la fellation ou le cunnilingus.

Les données scientifiques disponibles indiquent que la probabilité de transmission du VIH par ces pratiques est très faible. Le cunnilingus n'est pas considéré comme une pratique exposant à un risque de transmission, tandis que la fellation peut comporter un risque théorique dans des situations spécifiques, notamment en cas d'éjaculation dans la cavité buccale ou de lésions des muqueuses orales. Par ailleurs, la masturbation mutuelle ne présente aucun risque de transmission du VIH, en l'absence d'échange de fluides biologiques infectieux ou de contact avec des muqueuses.

En conclusion, si la transmission du VIH apparaît comme l'un des aspects les mieux connus par le grand public, certaines idées reçues persistent, notamment la croyance en une transmission possible par des contacts du quotidien. Ces représentations erronées contribuent à alimenter la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

#### 4. Analyse des modes de prévention

##### a) Résultats

La troisième section du questionnaire vise à évaluer les connaissances des participants concernant les stratégies de prévention du VIH. Concernant la question relative aux méthodes efficaces de prévention de la transmission sexuelle du VIH, 99,5 % des répondants ont identifié le préservatif masculin, 84,7 % le préservatif féminin, 69,9 % le dépistage régulier du VIH, 63,2 % la prophylaxie pré-exposition (PrEP), tandis que 3,8 % ont cité une méthode contraceptive hormonale.

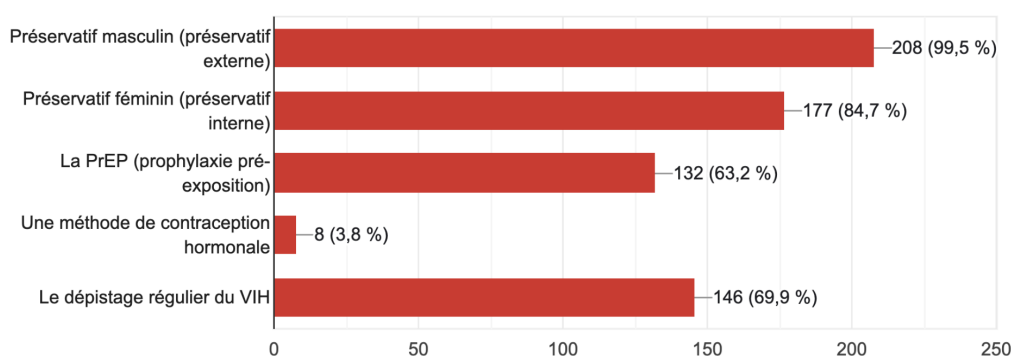


Figure 71 : Réponses à la question “Quelles sont les méthodes efficaces pour prévenir la transmission sexuelle du VIH ?”

Parmi les 203 participants ayant répondu à cette question, 63,1 % ont identifié la PrEP comme un médicament préventif visant à réduire le risque d’infection par le VIH chez les personnes séronégatives. Pour 39,9 % des répondants, la PrEP est perçue comme un traitement préventif destiné à diminuer le risque de transmission du VIH chez les personnes séropositives. Par ailleurs, 8,4 % des participants considèrent la PrEP comme un traitement curatif contre le VIH, tandis que 3 % pensent qu’il s’agit d’un vaccin.

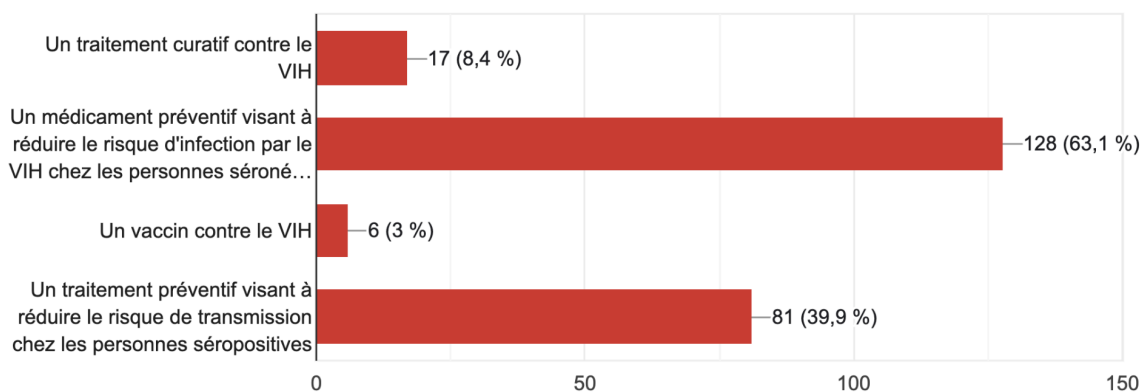


Figure 72 : Réponses à la question “Qu'est-ce que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ?”

## **b) Discussion**

Les résultats du questionnaire révèlent une prédominance des méthodes de prévention dites barrières dans les représentations des répondants, en particulier le préservatif masculin, suivi du préservatif féminin. Cette prédominance du préservatif, déjà largement documentée dans la littérature scientifique, continue de structurer la perception sociale de la prévention du VIH, souvent au détriment des stratégies biomédicales plus récentes, telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEP). La faible identification de la PrEP comme outil de prévention, reconnue par seulement 63,1 % des participants, illustre ainsi un décalage persistant entre l'évolution des connaissances scientifiques et leur appropriation par le grand public.

Ce constat s'inscrit dans un contexte national similaire. En France, la prévention du VIH demeure majoritairement associée à l'usage du préservatif masculin, comme le souligne l'enquête menée en 2025 par Toluna Harris Interactive pour le CRIPS, selon laquelle 59 % des personnes interrogées considèrent encore le préservatif comme l'unique moyen de prévention disponible. Bien que ce pourcentage soit en diminution par rapport à 2023, il reste néanmoins élevé, traduisant la persistance de représentations sociales.

Par ailleurs, si une majorité relative des répondants identifie la PrEP comme un médicament préventif, la compréhension de son indication demeure partielle. En effet, 39,9 % des participants considèrent à tort que la PrEP est destinée aux personnes séropositives, révélant une confusion quant à son usage. Cette méconnaissance souligne les limites actuelles des stratégies d'information et de sensibilisation aux outils biomédicaux de prévention.

Cette compréhension partielle peut s'expliquer, en partie, par certaines caractéristiques socio-démographiques, notamment l'âge des répondants. Les données indiquent que les populations les plus jeunes semblent disposer de connaissances plus actualisées, tandis que les personnes âgées de plus de 50 ans apparaissent moins exposées aux informations relatives aux avancées récentes en matière de prévention du VIH. Cette tendance est cohérente avec les résultats de l'enquête menée par l'IFOP en 2023 pour Sidaction, qui montre que 70 % des jeunes interrogés reconnaissent l'efficacité de la PrEP. La proximité entre ces résultats nationaux et ceux du questionnaire renforce la validité des observations, d'autant plus que 73 % des répondants sont âgés de moins de 50 ans.

En conclusion, il apparaît nécessaire de développer et de renforcer des stratégies de diffusion de l'information capables de toucher l'ensemble de la population, indépendamment de l'âge ou du profil socio-démographique. Car une meilleure maîtrise de la transmission du VIH constitue un levier pour réduire durablement la circulation du virus au sein de la population.

## 5. Analyse, dépistage et diagnostic

### a) Résultats

La quatrième section du questionnaire a pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des participants concernant les stratégies de dépistage et de diagnostic du VIH. Une question porte plus spécifiquement sur la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au VIH, qu'il soit d'origine professionnelle ou survenu dans la vie quotidienne. Les résultats montrent que 72,4 % des répondants déclarent se rendre aux urgences de l'hôpital le plus proche, 44,8 % indiquent prendre rendez-vous avec leur médecin traitant, tandis que 35,2 % déclarent réaliser un autotest.

À la suite de cette question, il est demandé aux répondants d'identifier les affirmations exactes concernant la sérologie de dépistage du VIH réalisée en laboratoire d'analyses médicales. Ainsi, pour 92,3 % des participants le dépistage est pris en charge par l'Assurance maladie, 88,4 % indiquent qu'il est possible de se présenter au laboratoire sans rendez-vous, et 85 % indiquent l'existence de dispositifs permettant de garantir l'anonymat. 41,1 % des répondants estiment que la sérologie permet de détecter une contamination datant de 15 jours. Enfin, 9,2 % pensent qu'une ordonnance médicale est nécessaire pour effectuer une sérologie de dépistage du VIH en laboratoire.

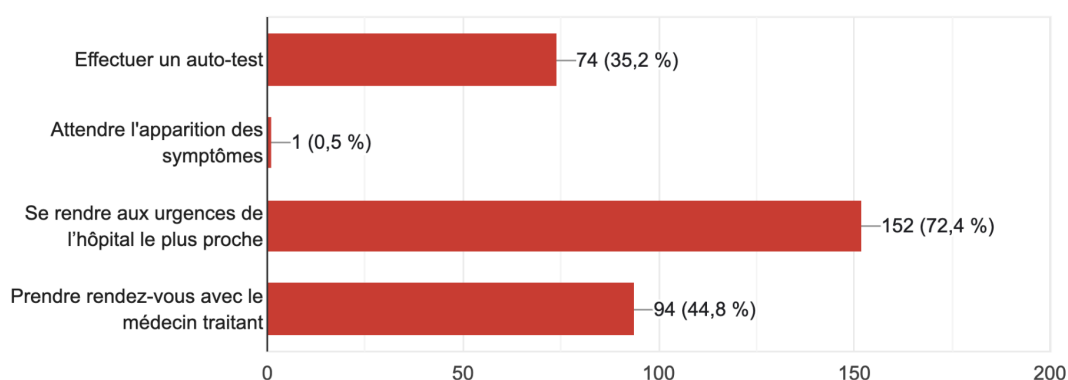


Figure 73 : Réponses à la question “Que doit-on faire en cas de conduite à risque ou après une exposition accidentelle au VIH datant de moins de 48 heures ?”



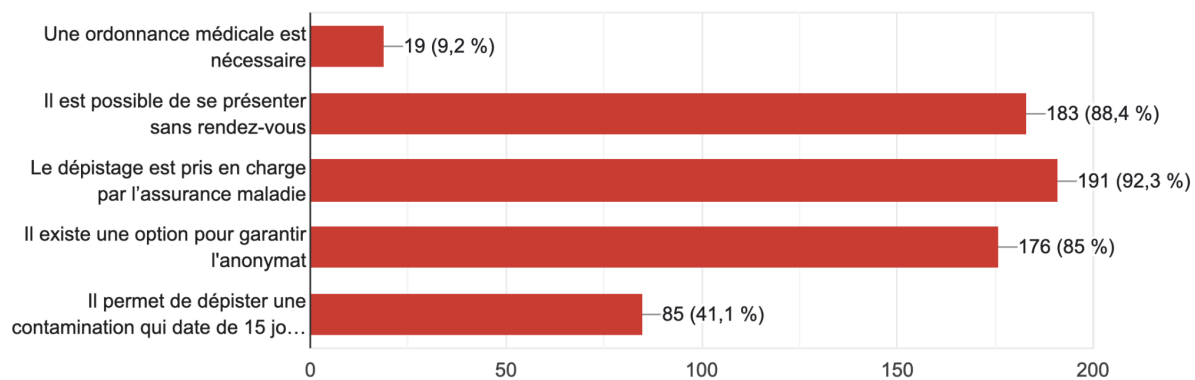


Figure 74 : Réponses à la question “Parmi les affirmations suivantes concernant la réalisation d’une sérologie de dépistage du VIH en laboratoire d’analyses, lesquelles ou laquelle sont/est vraie(s)”

## b) Discussion

Les résultats de ces questions doivent être mis en lien avec les recommandations actuelles de santé publique en matière de dépistage et de prise en charge d’un risque d’exposition au VIH. La Haute Autorité de Santé (HAS) et Santé publique France préconisent une prise en charge immédiate en cas d’accident d’exposition au VIH, reposant sur une évaluation rapide du risque et, le cas échéant, sur l’instauration d’un Traitement Post-Exposition (TPE) dans un délai optimal de quelques heures, et au plus tard dans les 48 heures suivant l’exposition.

Dans ce contexte, le fait que 72,4 % des répondants déclarent se rendre aux urgences hospitalières apparaît globalement conforme aux recommandations nationales. Néanmoins, la proportion importante de participants indiquant consulter leur médecin traitant (44,8 %) ou recourir à un autotest (35,2 %), met en évidence un écart notable avec les recommandations officielles. Si la consultation d’un médecin généraliste peut s’inscrire dans un parcours de soins, elle n’est pas toujours adaptée à la gestion d’une situation d’urgence nécessitant une évaluation immédiate du risque et une éventuelle mise sous TPE. L’utilisation d’un autotest dans un contexte d’exposition récente est particulièrement inappropriée, dans la mesure où elle ne permet ni une prise en charge médicale rapide ni l’instauration précoce d’un traitement, entraînant ainsi un retard de prise en charge.

Concernant le dépistage du VIH en laboratoire d’analyses médicales, les résultats traduisent une connaissance globalement satisfaisante des modalités d’accès au dépistage. Une majorité des répondants semble informée de la prise en charge financière de la sérologie VIH, de la possibilité de réaliser un test sans rendez-vous et de l’existence de dispositifs garantissant l’anonymat, suggérant un effet positif des campagnes d’information mises en œuvre ces dernières années.

À travers les dispositifs « VIH Test » puis « Mon test IST », le législateur a cherché à lever les principaux freins financiers, administratifs et sociaux à l'accès au dépistage.

Ces observations sont cohérentes avec les résultats du sondage du CRIPS 2025, *“Les Français et la lutte contre le VIH”* selon lequel 64 % des répondants identifient la gratuité du dépistage et 63 % savent qu'il peut être réalisé sans ordonnance médicale. Toutefois, la persistance de la croyance selon laquelle une prescription médicale serait nécessaire demeure préoccupante, dans la mesure où elle est susceptible de constituer un frein à l'accès au dépistage et de retarder le diagnostic. S'agissant de la temporalité du dépistage, la HAS recommande l'utilisation d'un test sérologique combiné de quatrième génération, permettant la détection simultanée de l'antigène p24 et des anticorps anti-VIH-1 et VIH-2. Cette méthode présente une fenêtre de détection d'environ six semaines après une exposition à risque, délai à partir duquel le résultat est considéré comme fiable, ce qui souligne l'importance d'un dépistage réalisé à un moment approprié.

En conclusion, ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer les messages de prévention relatifs au dépistage régulier du VIH dans la population générale, notamment en cas de multiplicité ou de changement de partenaires sexuels. Le dépistage peut être réalisé dans un laboratoire d'analyses médicales de manière gratuite, sans rendez-vous, sans ordonnance et de façon anonyme. En revanche, en situation d'exposition accidentelle, une prise en charge médicale urgente dans un établissement hospitalier demeure indispensable afin de garantir une évaluation rapide du risque et, le cas échéant, l'instauration précoce d'un traitement post-exposition.

## 6. Analyse des traitements

### a) Résultats

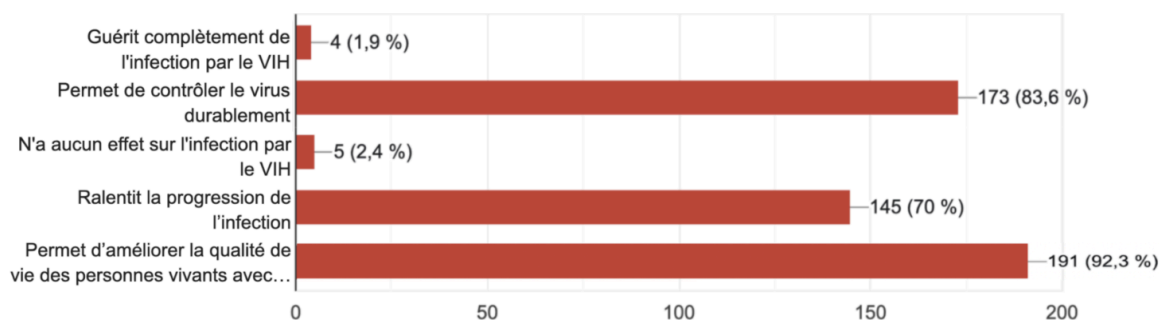


Figure 75 : Réponses à la question “ Le traitement anti-rétroviral (ARV) ”

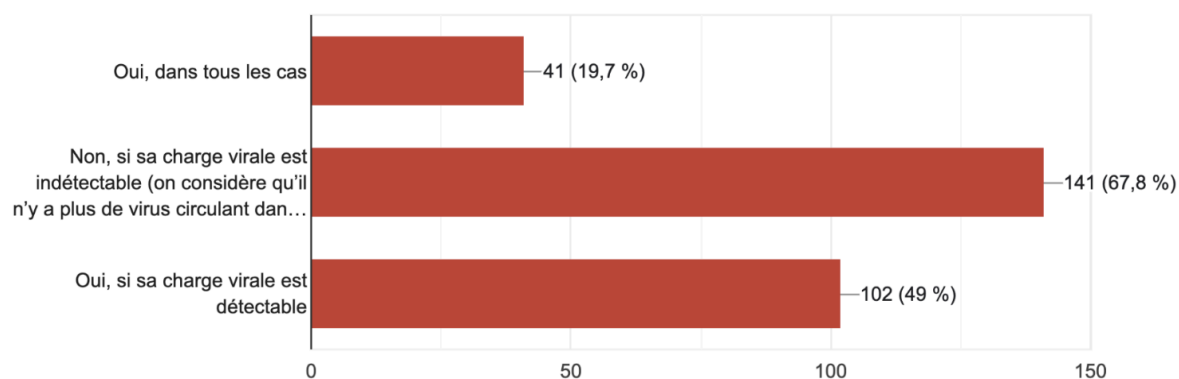


Figure 76 : Réponses à la question “Une personne vivant avec le VIH sous traitement anti-rétroviral peut-elle transmettre le virus ?”

La cinquième section du questionnaire vise à évaluer le niveau de connaissance des participants concernant les traitements antirétroviraux utilisés chez les personnes vivant avec le VIH. Les résultats indiquent que 92,3 % des participants considèrent que les traitements antirétroviraux permettent d’améliorer la qualité de vie des personnes séropositives. Pour 83,6 %, ils permettent un contrôle durable du virus, tandis que 70 % pensent qu’ils ralentissent la progression de l’infection. 2,4 % des répondants considèrent que ces traitements n’ont aucun effet sur l’infection par le VIH, et 1,9 % estiment qu’ils permettent une guérison complète de la maladie.

Concernant la transmission du VIH chez les personnes sous traitement antirétroviral, 67,8 % des participants déclarent qu’il n’y a pas de transmission lorsque la charge virale est indétectable dans le sang. Pour 49 % des répondants une transmission est possible lorsque la charge virale est détectable, tandis que 19,7 % considèrent qu’il existe systématiquement un risque de transmission du virus, indépendamment du statut de la charge virale.

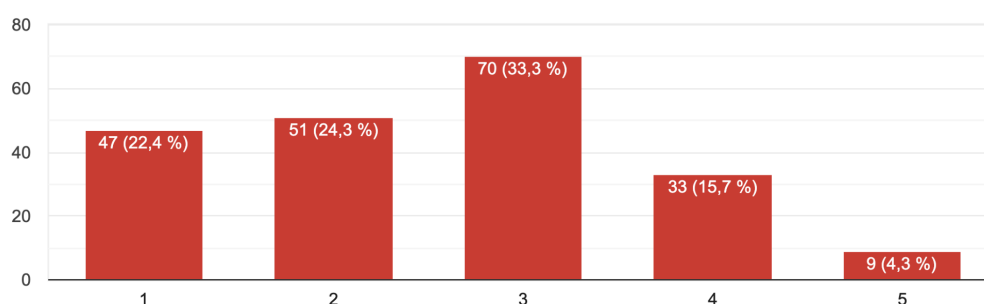


Figure 77 : Auto-évaluation des connaissances relatives au traitement de l’infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5

Quant à l’auto-évaluation du niveau de connaissance des participants sur les traitements disponibles contre le VIH/SIDA, les répondants devaient se placer sur une échelle allant de 1 à 5, où 1 correspond à un niveau de connaissance faible et 5 à un niveau de connaissance très élevé. Les résultats indiquent que 22,4 % des répondants ont évalué leur niveau de

connaissance à 1 ; 24,3 % des répondants à 2 ; 33,3 % des répondants à 3 ; 15,7 % des répondants à 4 et enfin, 4,3 % des répondants à un niveau 5.

## **b) Discussion**

Les résultats indiquent que les répondants ont globalement identifié les principes fondamentaux des traitements antirétroviraux utilisés dans la prise en charge du VIH. Une large majorité reconnaît que l'objectif principal de ces traitements est l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (92,3%). Cette amélioration repose principalement sur un contrôle efficace de la réplication virale, identifié par 83,6 % des participants, permettant le maintien d'une charge virale indétectable. Ce contrôle contribue à prévenir la progression de l'infection vers des stades avancés, tels que le SIDA, un mécanisme reconnu par 70 % des répondants.

Néanmoins, ces résultats doivent être nuancés au regard des réponses relatives à la transmission du VIH chez les personnes sous traitement antirétroviral. Les données du questionnaire indiquent que 19,7 % des participants estiment qu'une transmission du VIH demeure possible indépendamment du niveau de charge virale, révélant une confusion persistante autour de cette notion pourtant centrale dans la stratégie de prévention.

Cette observation est cohérente avec les données issues du sondage du CRIPS réalisé en 2025, selon lequel l'affirmation « une personne séropositive sous traitement efficace et correctement suivi ne transmet pas le VIH » n'est considérée comme vraie que par 42 % des répondants. Ce résultat met en évidence la persistance de représentations erronées concernant les mécanismes de transmission du VIH et témoigne d'une compréhension encore insuffisante du principe « indétectable = intransmissible » (I = I), pourtant démontré scientifiquement.

Qu'est-ce que la charge virale ? C'est un indicateur du suivi de l'infection par le VIH, correspondant à la quantité d'ARN viral circulant dans le sang. Sa mesure permet d'évaluer l'intensité de la réplication virale et l'efficacité des traitements antirétroviraux. Une charge virale durablement indétectable, maintenue pendant au moins six mois sous traitement efficace, est aujourd'hui reconnue comme associée à une absence de transmission sexuelle du VIH.

Cette section sur les traitements antirétroviraux a mis en évidence certaines limites de compréhension parmi les participants. Plusieurs retours qualitatifs indiquent que certains items du questionnaire ont été mal compris. Cette difficulté est corroborée par les résultats de l'auto-évaluation des connaissances, où une majorité de répondants s'est positionnée aux niveaux 1, 2 ou 3, traduisant un niveau de connaissance faible à intermédiaire. Ces résultats suggèrent que, malgré une familiarité générale avec les objectifs des traitements, la compréhension fine des mécanismes biologiques et de leurs implications en matière de

prévention demeure limitée. Cette situation reflète les difficultés rencontrées par le grand public dans l'appropriation des avancées scientifiques sur le VIH, en particulier lorsqu'elles ne relèvent pas d'une expérience personnelle directe.

## 7. Analyse de la communication sur le VIH

### a) Résultats

La sixième section du questionnaire a pour objectif d'examiner les sources d'information utilisées par les répondants concernant le VIH/SIDA, ainsi que leurs propositions visant à améliorer la communication autour de ce sujet. La première question de cette section invite les participants à se prononcer sur la possibilité pour une personne séropositive sous traitement d'exercer certaines fonctions professionnelles. Il ressort de ces données que 98,1 % des répondants estiment qu'une personne vivant avec le VIH peut exercer des fonctions politiques, 97,1 % la fonction de magistrat, 96,2 % la fonction d'enseignant, 83,7 % celle de professionnel de santé, et 73,7 % la fonction militaire.

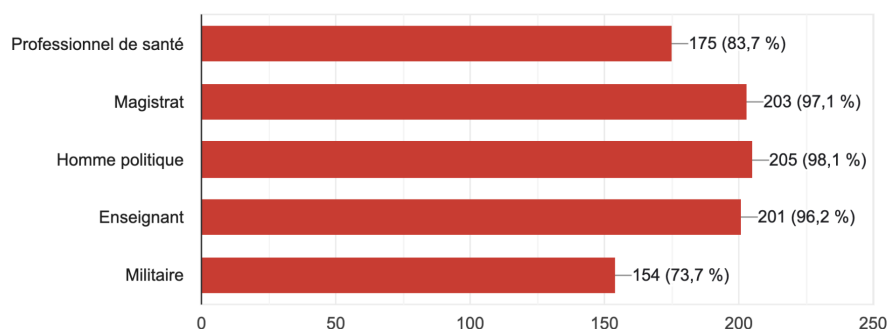


Figure 78 : Réponses à la question “ Une personne vivant avec le VIH sous traitement peut-elle exercer les professions suivantes ? ”

La deuxième question porte sur les sources d'information récemment utilisées par les répondants afin de s'informer sur le VIH/SIDA. Les résultats indiquent que l'enseignement dispensé dans le cadre scolaire constitue la principale source d'information pour 55 % des participants. Cette source est suivie par les campagnes de sensibilisation conduites par des organismes de santé publique ou des associations, selon 46 % des répondants. Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, gynécologues, etc) représentent une source d'information pour 44,1 % des participants. Les films, séries ou documentaires sont mentionnés comme source d'information par 28 % des répondants, tandis que les échanges avec l'entourage proche (famille, amis) sont cités par 23,7 % des répondants. Les supports écrits, tels que les articles de presse, magazines ou ouvrages, sont évoqués par 21,8 % des participants, et les réseaux sociaux et blogs par 20,9 %. Les émissions télévisées sont mentionnées par 19,4 % des répondants, les centres de dépistage et de prévention par 18 %, et

les sites internet (hors réseaux sociaux) par 13,7 %. Enfin, 5,7 % des participants déclarent ne recourir à aucune des sources d'information proposées.

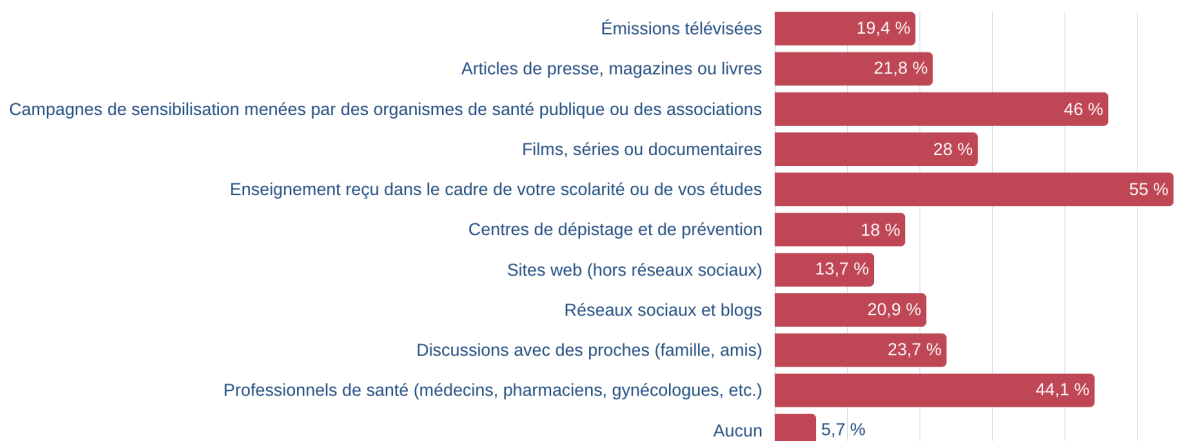


Figure 79 : Réponses à la question “ Par quels moyens récents avez-vous été informé sur le VIH/SIDA ? ”

Par la suite, il était demandé aux répondants d'indiquer les mesures qu'ils estiment prioritaires pour améliorer le niveau d'information des Français. Le renforcement des actions de prévention en milieu scolaire et professionnel est cité par 90,5 % des répondants. L'encouragement des professionnels de santé à aborder ce sujet avec leurs patients est mentionné par 68,2 % des participants. L'augmentation du nombre de campagnes de communication et de prévention dans les médias est indiquée par 67,3 % des répondants, et le soutien financier aux associations engagées dans la prévention du VIH/SIDA par 55,5 %. Les répondants avaient également la possibilité de proposer d'autres mesures ; parmi ces propositions, la mise en place d'un dépistage obligatoire a été mentionnée une fois.

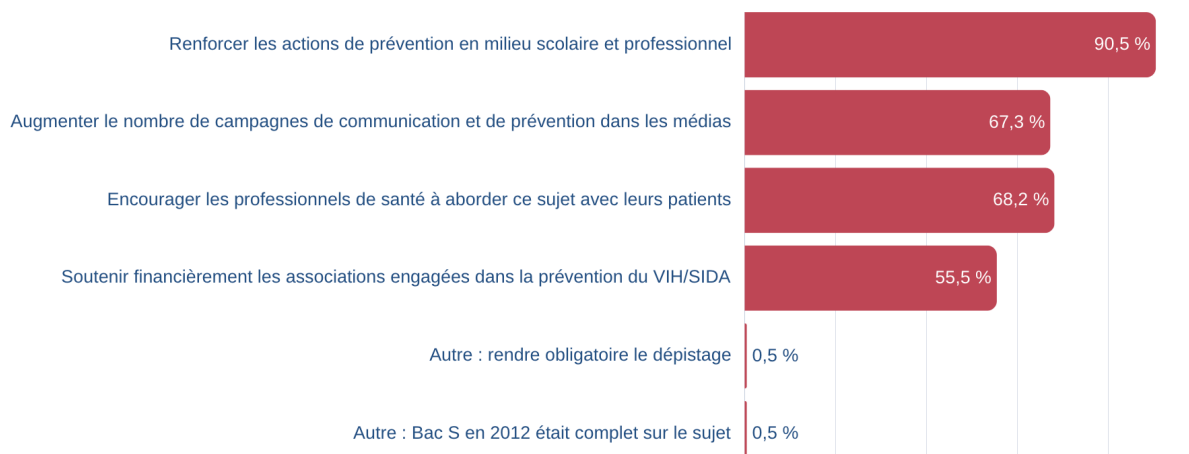
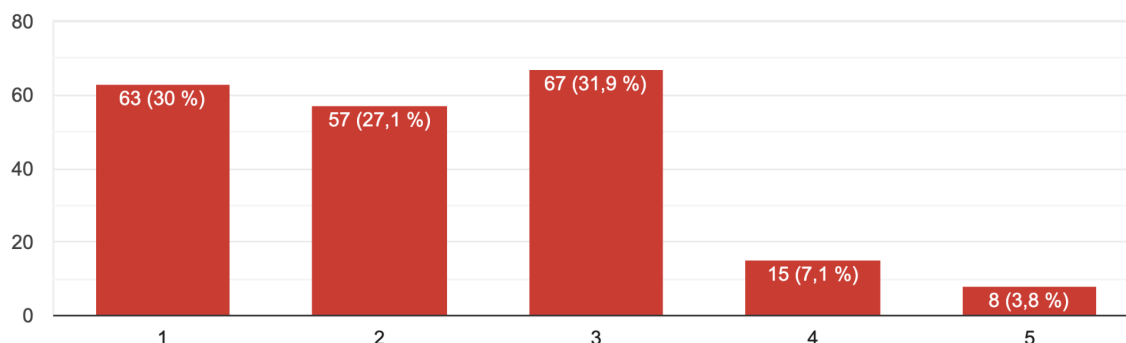


Figure 80 : Réponses à la question “ Selon vous, quelles mesures devraient être prioritaires pour améliorer le niveau d'information des Français sur le VIH/SIDA ? ”

Pour conclure le questionnaire, les répondants étaient invités à s'auto-évaluer quant à leur niveau de connaissance des avancées récentes de la recherche sur le VIH/SIDA. Les résultats

indiquent que 89 % des répondants situent leur niveau de connaissance entre 1 et 3 sur une échelle allant de 1 à 5, où 1 correspond au niveau de connaissance le plus faible.



*Figure 81 : Auto-évaluation des connaissances relatives aux avancées récentes de la recherche sur l'infection par le VIH sur une échelle de 1 à 5.*

## **b) Discussion**

Les résultats relatifs aux métiers pouvant être exercés par une personne vivant avec le VIH doivent être replacés dans le cadre juridique et réglementaire français. En France, aucune disposition légale n'impose à une personne séropositive de déclarer son statut sérologique à son employeur. La séropositivité relève de la vie privée et est strictement protégée par le secret médical, conformément aux principes inscrits dans le Code de la santé publique, le Code de déontologie médicale et le Code civil. Ces éléments soulignent le décalage pouvant exister entre le cadre légal et certaines représentations sociales encore marquées par des idées reçues.

S'agissant des professionnels de santé, la séropositivité ne constitue pas en soi un obstacle à l'exercice professionnel. Toutefois, ces professionnels sont tenus à une obligation déontologique de ne pas exposer les patients à un risque, principe commun aux différentes professions de santé. Cette exigence repose sur l'évaluation individuelle de l'aptitude à exercer et non sur une exclusion fondée uniquement sur le statut sérologique.

La situation est historiquement différente dans les professions relevant de la défense et de la sécurité. Pendant de nombreuses années, la séropositivité au VIH constituait un critère d'inaptitude médicale, notamment dans le cadre du système SIGYCOP, entraînant une exclusion automatique de l'accès aux forces armées, à la gendarmerie ou aux sapeurs-pompiers militaires. Toutefois, des évolutions réglementaires récentes tendent à remettre en question cette exclusion systématique. Celles-ci s'appuient sur les données scientifiques actuelles, selon lesquelles une personne vivant avec le VIH, sous traitement antirétroviral efficace et présentant une charge virale indétectable, ne présente pas de risque particulier pour elle-même ni pour ses collègues. Ces évolutions traduisent une prise en compte progressive des avancées médicales par le législateur.

Concernant la communication et l'accès à l'information sur le VIH/SIDA, les canaux identifiés par les répondants apparaissent diversifiés. L'enseignement scolaire constitue la principale source d'information, cité par 55 % des participants. Conformément à la loi du 4 juillet 2001, l'éducation à la sexualité est une obligation inscrite dans le Code de l'éducation. Néanmoins, cette disposition n'est pas appliquée de manière homogène sur l'ensemble du territoire, ce qui peut contribuer à des disparités dans le niveau d'information. Dans ce contexte, 90,5 % des répondants estiment que le renforcement de l'éducation à la sexualité constitue une mesure prioritaire pour améliorer l'information sur le VIH/SIDA.

Les campagnes de sensibilisation menées par les organismes de santé publique et les associations sont également perçues comme un levier important, 67,3 % des répondants considèrent qu'elles devraient être davantage développées et rendues plus visibles. Les professionnels de santé sont eux aussi identifiés comme des sources potentielles d'information, bien qu'une proportion importante de participants estime que leur rôle pourrait être renforcé. Dans ce cadre, la pharmacie d'officine apparaît comme un lieu privilégié d'information et de prévention, le pharmacien pouvant consacrer du temps à des échanges individualisés, notamment lors d'entretiens de prévention, tout en garantissant la confidentialité.

Enfin, certaines sources d'information mentionnées par les répondants, telles que les réseaux sociaux et les contenus audiovisuels en ligne, ne garantissent pas toujours l'accès à des informations fiables, complètes et actualisées. Néanmoins, ces canaux occupent une place centrale, en particulier chez les jeunes. À ce titre, le sondage IFOP réalisé pour Sidaction en février 2023 indique que 50 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans déclarent s'informer principalement sur le VIH/SIDA via Internet, incluant les sites web et les réseaux sociaux. Ces données soulignent la nécessité d'investir ces espaces numériques avec des contenus validés scientifiquement afin de limiter la diffusion d'informations erronées.

### **C. Synthèse de l'étude sur les connaissances du VIH en France**

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance, les représentations et les perceptions de la population française concernant le VIH, à travers un questionnaire diffusé via les réseaux sociaux Facebook et Instagram, ainsi que par affichage en officine. Les résultats mettent en évidence une connaissance globalement satisfaisante des notions fondamentales, mais plus limitée concernant les thématiques de l'épidémiologie et de la biomédicale. L'analyse approfondie des réponses révèle également la persistance de croyances erronées, en particulier autour des modes de transmission du VIH par des contacts du quotidien, contribuant au maintien de la stigmatisation des personnes vivant avec le virus.

Par ailleurs, les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon, marquées par une surreprésentation des jeunes femmes adultes, des professionnels de santé et des habitants des Hauts-de-France, constituent une limite à la généralisation des résultats à l'ensemble de la



population française. Ces biais, liés aux modalités de diffusion du questionnaire, doivent être pris en compte dans l'interprétation des données. Néanmoins, les participants ont manifesté un intérêt marqué pour la thématique du VIH et une volonté réelle d'accéder à une information fiable et actualisée. De nombreux retours indiquent que ce questionnaire a favorisé une réflexion individuelle et collective sur cette problématique.

En définitive, cette étude confirme que, malgré les avancées médicales majeures dans la prise en charge du VIH, l'information du grand public demeure perfectible. Au-delà des approches biomédicales reposant sur l'utilisation de traitements et d'outils de prévention, une démarche éducative intégrant prévention, accompagnement et innovation dans les modes de communication apparaît indispensable pour poursuivre efficacement la lutte contre le VIH et ses conséquences sanitaires et sociales.

## **V. Pharmacien d'officine face au VIH**

### **A. Évolution du rôle du pharmacien dans le système de santé**

Historiquement, dans le système médical français, la volonté de « guérir » a longtemps été omniprésente, avec une prise en charge des patients centrée sur le traitement curatif en laissant peu de place à la prévention. Aujourd'hui, avec la loi HPST, cette tendance est de moins en moins vraie.

La loi HPST n° 2009-879 <sup>92</sup> « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » notamment l'article 38, promulguée en France en juillet 2009, a introduit des changements significatifs dans divers domaines du système de soins français. L'une des évolutions les plus notables concerne l'élargissement du rôle des pharmaciens, en particulier des pharmaciens d'officine. Cette loi reconnaît aux pharmaciens la possibilité d'exercer de nouvelles missions de service public, transformant ainsi la profession et l'intégrant davantage dans le système de soins français. Ces nouvelles missions des pharmaciens sont importantes dans la prévention, le dépistage, les conseils personnalisés. Cette loi s'inscrit dans le cadre de l'élargissement des compétences des pharmaciens, au-delà de leur mission traditionnelle de dispensation des médicaments.

Depuis 2009, d'autres lois ont été promulguées dans le but de rendre plus concrètes ces nouvelles missions. Parmi eux, le bilan de prévention introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 illustre la volonté des pouvoirs publics de renforcer la prévention en soins primaires. Ce dispositif vise à identifier précocement les facteurs de risque et à prévenir l'apparition de certaines pathologies chroniques (comme le diabète, l'hypertension artérielle ou les troubles métaboliques) et facilite l'orientation rapide des patients vers les professionnels de santé appropriés. Le dispositif prévoit des rendez-vous de prévention à trois âges clés de la vie : 20-25 ans, 40-45 ans, et 60-65 ans. Ces consultations sont personnalisées selon les besoins de chaque tranche d'âge, avec des thématiques variées comme la santé cardiovasculaire, la santé mentale, la nutrition, et notamment la santé sexuelle.

Ces rendez-vous sont pris en charge par l'Assurance Maladie, sans avance de frais, afin d'encourager leur utilisation par la population. Ils constituent une étape importante dans le renforcement de la prévention en soins primaires et dans la promotion d'une santé plus individualisée.

## **B. Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé de proximité soumis au secret professionnel**

### **1. Un professionnel de proximité**

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité, facilement accessible et disponible sans rendez-vous. Il constitue souvent un premier point de contact pour les personnes en quête d'information ou confrontées à des interrogations relatives à leur santé sexuelle. À ce titre, il participe pleinement aux missions de santé publique, notamment en matière de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé sexuelle. Face aux enjeux persistants liés à l'infection par le VIH, le pharmacien d'officine apparaît comme un acteur particulièrement bien placé pour accompagner les personnes susceptibles d'y être exposées.

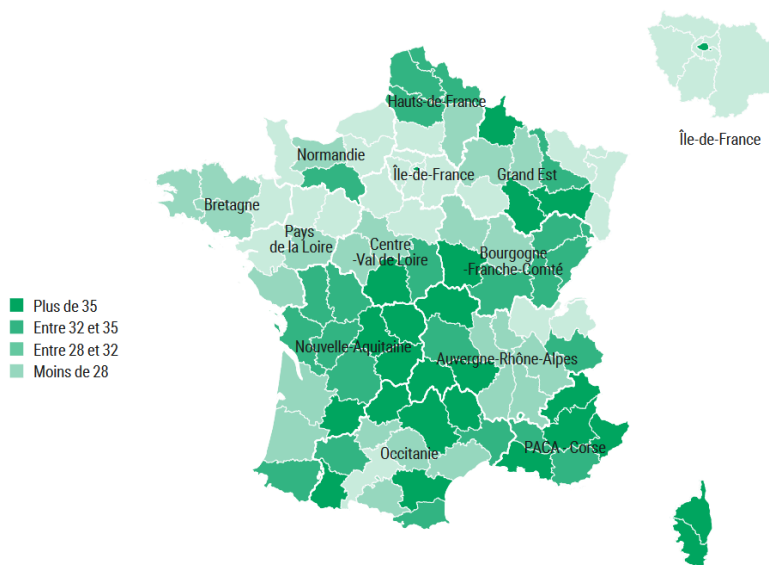


Figure 82 : Densité d'officines pour 100 000 habitants en France métropolitaine, 2022 <sup>93</sup>

### **2. Secret professionnel <sup>94</sup>**

L'exercice officinal est strictement encadré par le Code de la santé publique, qui impose le respect du secret professionnel. Celui-ci concerne l'ensemble des informations portées à la connaissance du pharmacien dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire tout ce qu'il a vu, entendu, compris ou constaté, concernant non seulement l'état de santé du patient, mais également sa vie privée. Le respect du secret professionnel constitue un élément fondamental de la relation de confiance entre le pharmacien et le patient.

Dans le contexte du VIH, encore marqué par une stigmatisation sociale très présente, cette confidentialité est indispensable. Sans cette relation de confiance, le patient pourrait hésiter à se confier ou à demander conseil, ce qui constituerait un frein à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de l'infection.

### C. L'écoute et l'empathie : des compétences importantes à l'officinale

Le rôle du pharmacien ne se limite plus à la simple délivrance des médicaments. L'élargissement des missions officinales s'accompagne d'une évolution des compétences, notamment dans le domaine relationnel. Le pharmacien est invité à faire preuve d'empathie lors de la délivrance d'un conseil, de traitement ou de dispositif médical.

L'empathie est la capacité à comprendre les émotions, les ressentis et les représentations d'autrui, sans pour autant les partager. Elle se distingue de la sympathie, qui correspond au fait de partager les émotions, et de l'antipathie, qui correspond à un rejet ou une opposition.

L'empathie est un pilier de la relation soignant-soigné. Elle implique une attitude d'écoute, de non-jugement, de bienveillance et de respect. Dans le domaine de la santé sexuelle et du VIH, ces qualités sont particulièrement importantes, car les patients peuvent être confrontés à la peur, à la culpabilité, à la honte ou encore à l'anxiété.

L'empathie s'exprime à la fois par le langage verbal (choix des mots, reformulation, questions ouvertes) et par le langage non verbal (regard, posture, ton de la voix, attitude). Elle permet de créer un climat de confiance favorisant l'expression du patient.

On distingue classiquement deux modes d'écoute :

- ❖ **L'écoute active**, qui implique une participation plus importante du pharmacien. Il s'agit d'une technique de communication reposant sur le questionnement, la reformulation, la clarification et la validation de la compréhension du message du patient. L'écoute active permet de mieux identifier les besoins, les attentes et les éventuelles situations à risque, afin d'adapter la prise en charge et les conseils.
- ❖ **L'écoute passive**, qui consiste à laisser le patient s'exprimer librement sans être interrompu. Le pharmacien écoute attentivement, sans juger ni orienter la conversation. Les silences font partie intégrante de cette écoute, car ils permettent au patient de réfléchir et de poursuivre son discours. Toutefois, des silences trop longs peuvent être source d'inconfort et doivent être maîtrisés.

Ces compétences relationnelles sont indispensables pour aborder des sujets sensibles comme le VIH, les pratiques sexuelles à risque, le dépistage ou l'observance des traitements antirétroviraux.

## D. Sensibilisation et prévention : un rôle majeur du pharmacien

Grâce à son expertise du médicament et à ses connaissances actualisées sur les stratégies thérapeutiques et préventives du VIH, le pharmacien contribue activement à la prévention de l'infection par le VIH, mais également des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Son intervention peut se manifester dans différentes situations :

- ❖ dispensation de la contraception, régulière ou d'urgence ;
- ❖ dispensation de matériel de réduction des risques, notamment les trousses de prévention pour usagers de drogues par injection (Steribox®) ;
- ❖ mise à disposition et explication des autotests VIH ;
- ❖ orientation vers les structures de dépistage (CeGIDD, laboratoires de biologie médicale) ;
- ❖ dispensation et accompagnement des traitements de PrEP et de TPE selon la réglementation en vigueur ;
- ❖ délivrance de collecteurs DASRI pour l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux.

Les politiques de santé publique tendent à renforcer le rôle du pharmacien d'officine, notamment en facilitant l'accès aux préservatifs, aux autotests VIH ; à la PrEP, au matériel de réduction des risques chez les usagers de drogues. L'éducation à la bonne utilisation des préservatifs fait ainsi partie intégrante du rôle de conseil du pharmacien d'officine.

Mode d'emploi du préservatif masculin :

- ❖ Ouvrir l'emballage délicatement sans utiliser d'objet tranchant afin de ne pas endommager le préservatif.
- ❖ Placer le préservatif sur l'extrémité du pénis en érection.
- ❖ Pincer le réservoir afin d'en chasser l'air.
- ❖ Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis en vérifiant qu'il est dans le bon sens.
- ❖ Après l'éjaculation, se retirer immédiatement en maintenant le préservatif à la base du pénis afin d'éviter tout risque de fuite.
- ❖ Jeter le préservatif dans une poubelle après usage.



Figure 83 : Mode d'emploi du préservatif masculin

Mode d'emploi du préservatif féminin :

- ❖ Se placer dans une position confortable (couchée, accroupie ou debout avec un pied surélevé).
- ❖ Ouvrir l'emballage avec précaution.
- ❖ Pincer l'anneau interne et l'insérer dans le vagin.
- ❖ Pousser l'anneau interne aussi loin que possible ; l'anneau externe doit rester à l'extérieur du vagin.
- ❖ Après le rapport, retirer le préservatif en le tournant légèrement afin d'éviter toute fuite.
- ❖ Jeter le préservatif dans une poubelle.



Figure 84 : Mode d'emploi du préservatif féminin

## E. Orienter les patients

Le pharmacien d'officine doit être en mesure d'orienter les patients vers les structures appropriées de dépistage, de prise en charge et de suivi. Afin de faciliter cette orientation, il est recommandé de mettre à disposition du public une liste actualisée des ressources locales disponibles, telles que les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), les Comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH (COREVIH), ainsi que les associations spécialisées.

### 1. CeGIDD: Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

Le CeGIDD a été créé en 2016 par la fusion des CDAG et des CIDDIST, constituant un dispositif central de la politique de santé sexuelle en France. Son objectif principal est de renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH.

Son accessibilité repose sur la gratuité des consultations et la possibilité d'anonymat, favorisant le recours au dépistage, notamment chez les populations à risque. Le dépistage s'accompagne d'un entretien individualisé permettant une approche globale et adaptée au patient.

Intégrés dans le parcours de soins, les CeGIDD collaborent avec de nombreux professionnels de santé, dont les pharmaciens d'officine, qui jouent un rôle clé dans l'orientation des patients. Par leur action, ces structures contribuent aux objectifs de santé publique, notamment en matière de dépistage précoce et de réduction de la transmission du VIH.

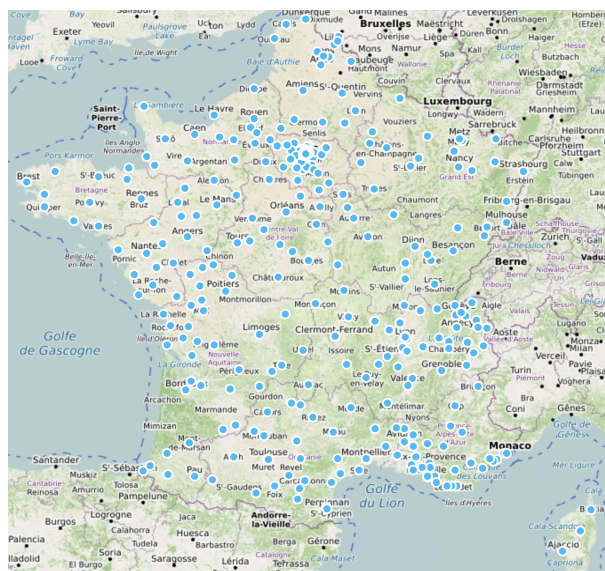


Figure 85 : Répartition géographique des CeGIDD en France métropolitaine

## 2. COREVIH : Les Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH

Les COREVIH sont des structures régionales françaises créées en 2005, ayant pour mission d'améliorer la coordination des acteurs impliqués dans la prévention, le dépistage, la prise en charge et le suivi des personnes vivant avec le VIH. Ils ont remplacé les anciens CISIH (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) afin de mettre en place une organisation plus territorialisée, coordonnée et pluridisciplinaire de la prise en charge du VIH.

Les COREVIH regroupent l'ensemble des professionnels et acteurs concernés par la lutte contre le VIH : médecins hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens, biologistes, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, associations de patients et acteurs de santé publique. Cette organisation favorise une prise en charge globale et coordonnée des patients, intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales.

Leurs missions principales comprennent l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins, l'harmonisation des pratiques professionnelles, l'analyse des données épidémiologiques régionales, la participation à la formation des professionnels de santé, ainsi que la mise en place d'actions de prévention et de dépistage adaptées aux réalités du territoire.

Les COREVIH jouent également un rôle dans l'évaluation des pratiques médicales et dans l'amélioration du parcours de soins des patients vivant avec le VIH, notamment en favorisant la collaboration entre l'hôpital, la médecine de ville, les CeGIDD, les laboratoires de biologie médicale et les pharmaciens d'officine.

Annuaire des COREVIH: <https://vihclic.fr/contacts/annuaire-des-corevih/>

### 3. Centres de santé sexuelle

Les centres de santé sexuelle, anciennement désignés Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), sont des structures implantées sur l'ensemble du territoire français, jouant un rôle dans la prise en charge globale de la santé sexuelle. Leur approche intègre des dimensions préventives, éducatives et curatives.

Selon l'OMS, la santé sexuelle est définie comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité, ne se limitant pas à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle implique une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sécurisées, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. La réalisation de la santé sexuelle suppose le respect, la protection et la mise en œuvre des droits sexuels de chacun* »<sup>95</sup>.

Dans ce cadre, les centres de santé sexuelle assurent des missions variées incluant la prescription et la délivrance de contraceptifs, l'information et l'accompagnement en matière de vie affective et sexuelle, ainsi que la prise en charge des violences conjugales et intrafamiliales. Ils participent également à l'accompagnement des interruptions volontaires de grossesse (IVG), avec, pour certains, la réalisation d'IVG médicamenteuses. Par ailleurs, ils peuvent proposer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH.

Leur objectif est de promouvoir l'éducation à la sexualité, de faciliter l'accès à la contraception, de prévenir les grossesses non désirées et de réduire la transmission des IST. Ces structures mènent également des actions de prévention ciblées, en particulier auprès des jeunes et des populations vulnérables, contribuant ainsi à la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Tous ces services sont généralement gratuits ou proposés à coût modéré, avec une possibilité d'anonymat et de confidentialité. Ils s'inscrivent dans un réseau de coordination pluridisciplinaire de santé, incluant notamment les CeGIDD, les médecins, les pharmaciens et les associations.

Annuaire des centres de santé sexuelle :

<https://ivg.gouv.fr/annuaire-des-centres-de-sante-sexuelle>







## 5. Services d'urgence et Traitement Post-Exposition (TPE) au VIH

Les services d'urgence hospitaliers constituent un point d'accès pour la mise en place rapide du Traitement Post-Exposition (TPE) au VIH. Les missions des services d'urgence dans ce contexte sont d'évaluer rapidement le risque infectieux selon la nature et la gravité de l'exposition (sexuelle, par drogues injectables ou accidentelle), puis de prescrire et de dispenser un TPE conformément aux recommandations nationales. Le patient bénéficie d'un entretien avec un médecin expérimenté, qui l'informe sur la marche à suivre, notamment sur les différentes sérologies de confirmation à réaliser selon un programme défini.

Au vu de l'urgence, les services doivent être connus du public et des professionnels de santé, y compris des pharmaciens d'officine, qui jouent un rôle d'orientation et de conseil immédiat en cas d'exposition à risque.

En matière de santé publique, ces services participent à la réduction de la transmission du VIH et à la prévention des complications associées, contribuant ainsi aux stratégies nationales et internationales de lutte contre le VIH.

Annuaire de service d'urgence délivrant le TPE :

<https://www.sida-info-service.org/annuaire/Service-Hospitalier-VIH-Region-Hauts-de-France>

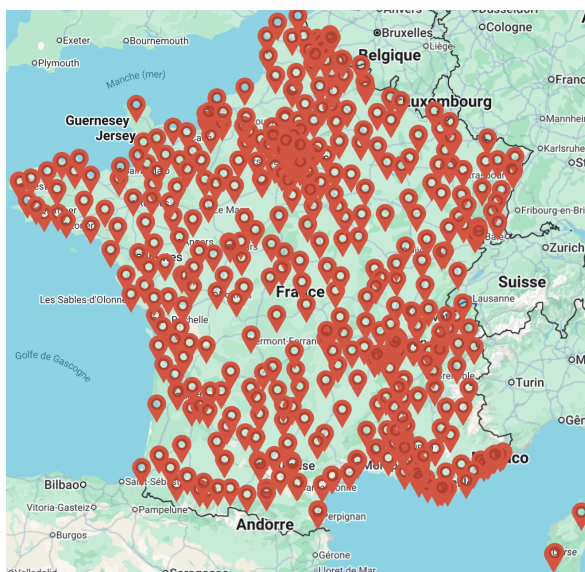


Figure 87 : Répartition géographique des services d'urgence délivrant le TPE en France métropolitaine

## F. Le rôle du pharmacien dans la discrimination des personnes séropositives

En France, toute forme de discrimination liée au VIH est interdite par plusieurs dispositions législatives <sup>96</sup>. Malgré ce cadre juridique protecteur, des attitudes discriminatoires persistent au sein de la population générale. À ce titre, un article publié par l'association AIDES, « Sérophobie : des lacunes majeures dans l'acceptation sociale des personnes vivant avec le VIH » <sup>97</sup>, met en évidence un malaise persistant lors de situations de contact direct avec des

personnes séropositives. Les résultats rapportés montrent notamment des réticences exprimées par certains répondants à l'idée qu'un enseignant séropositif puisse enseigner à leurs enfants, à travailler aux côtés d'un collègue vivant avec le VIH ou à fréquenter le même cabinet médical qu'une personne séropositive. Ces données illustrent la persistance de représentations erronées et de peurs infondées, contribuant à la stigmatisation sociale des personnes vivant avec le VIH.

Dans ce contexte, le pharmacien a un rôle à jouer dans la prévention de la discrimination liée au VIH, grâce à ses connaissances approfondies sur l'infection et les traitements antirétroviraux. En tant que spécialiste du médicament, il maîtrise les données scientifiques actuelles relatives à l'efficacité thérapeutique et à l'absence de risque de transmission du VIH dans le cadre d'une charge virale indétectable. Par sa pratique quotidienne, le pharmacien d'officine ou hospitalier se doit de contribuer activement à corriger les idées reçues. Par ces actions, il instaure une relation de confiance durable entre le patient séropositif ou exposé et le système de santé.

### **G. Comment optimiser le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du VIH ?**

Plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés afin d'optimiser le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du VIH.

Tout d'abord, le renforcement de la formation initiale et continue des pharmaciens dans un domaine en constante évolution marqué par l'apparition de nouvelles stratégies de prévention (PrEP, autotests, dépistage rapide, traitements antirétroviraux à action prolongée).

Ensuite, il est nécessaire de mieux affirmer la disponibilité du pharmacien d'officine pour répondre aux questions relatives à la santé sexuelle, tout en développant et en généralisant la prise en charge des entretiens pharmaceutiques par l'Assurance Maladie, quel que soit l'âge des patients. L'implication du pharmacien dans l'éducation à la sexualité, notamment en milieu scolaire, pourrait également être renforcée, en collaboration avec les autres professionnels de santé et/ou les acteurs de prévention, par exemple les CeGIDD. Ce sont des sources d'informations bien réparties sur le territoire, qui ont un rôle à jouer dans la lutte contre les idées reçues et la stigmatisation.

Enfin, il semble pertinent d'évaluer les pratiques officinales actuelles :

- ❖ Le pharmacien aborde-t-il systématiquement la prévention des IST lors de la délivrance de contraceptifs ?
- ❖ Les autotests VIH sont-ils proposés et expliqués ?
- ❖ Les patients sont-ils informés de l'existence de la PrEP et du TPE ?
- ❖ Le bilan de prévention, notamment dans sa dimension de santé sexuelle, est-il réalisé de manière systématique ?

Ces questionnements ouvrent des perspectives d'amélioration en vue d'une prise en charge officinale plus globale, plus proactive et davantage intégrée dans les objectifs internationaux de lutte contre le VIH, notamment l'objectif de mettre fin à l'épidémie de VIH comme menace de santé publique à l'horizon 2030.

### Synthèse d'informations sur le VIH



Les informations présentées dans ce document s'inscrivent dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie. Elles sont le résultat de recherches personnelles menées dans un cadre académique.

Pour toute question ou demande d'éclaircissement, vous pouvez me contacter par mail :

**eric.niyonizye.etu@univ-lille.fr**



## Objectif 2030

 **VIH / SIDA :**  
**Comprendre pour mieux agir**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>🔴 Définitions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine</li> <li>• SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise – stade avancé de l'infection par le VIH</li> </ul> <p><b>📊 Chiffres clés</b></p> <p>• 5 500 nouveaux diagnostics de séropositivité en 2024, selon Santé publique France</p> <p><b>🔴 Transmission du VIH</b></p> <p>Le VIH se transmet par l'échange de liquides biologiques contenant une charge virale détectable.</p> <p>✓ <b>Le VIH se transmet par :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rapports sexuels non protégés (vaginal, anal,)</li> <li>✓ Partage de matériel contaminé (seringues, pailles)</li> <li>✓ Piqûres de moustiques</li> <li>✓ Mère-enfant (accouchement, allaitement)</li> </ul> <p>🚫 <b>Le VIH ne se transmet pas par :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Baisers, caresses, poignées de main</li> <li>✗ Partage de vaisselle ou toilettes</li> <li>✗ Piqûres de moustiques</li> <li>✗ Salive, larmes, sueur (en absence de sang)</li> </ul> <p>💖 <b>Vivre avec le VIH aujourd'hui</b></p> <p>Un dépistage précoce, un traitement régulier et une bonne hygiène de vie permettent une espérance de vie comparable à celle d'une personne séronégative. En l'absence de traitement → évolution en stade SIDA en 5 à 10 ans après contamination</p> <p>🌟 <b>Traitement</b> = 📈 Charge virale indétectable = 🌈 Vie normale</p> <p>📄 <b>Séropositivité et vie professionnelle</b></p> <p>La loi garantit le droit à la confidentialité: Aucune obligation légale n'impose de révéler sa séropositivité à son employeur, sauf cas particuliers liés à des restrictions médicales justifiées.</p> | <p><b>🛡️ Prévention: Stratégies adaptées pour tous</b></p> <p>◆ <b>Préservatifs masculins et féminins:</b> Utilisés correctement, ils protègent efficacement contre le VIH et les autres IST.</p> <p>◆ <b>PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition):</b><br/>Traitement préventif pour personnes séronégatives exposées à un risque élevé d'infection.</p> <p>📅 <b>Deux modes d'administration :</b> en continu ou à la demande (avant et après un rapport sexuel à risque).</p> <p>◆ <b>PEP (Prophylaxie Post-Exposition)</b><br/>Traitement d'urgence administré dans les 48 heures suivant une exposition au VIH</p> <p>⚠️ <b>Doit être pris rapidement et poursuivi pendant 28 jours.</b></p> <p>◆ <b>TasP (Treatment as Prevention)</b><br/>Le traitement suivi par une personne séropositive permet de rendre la charge virale indétectable, ce qui empêche toute transmission du virus.</p> <p>🗣️ <b>"Indétectable = Intransmissible" (I=I) :</b> une charge virale indétectable depuis au moins 6 mois élimine le risque de transmission.</p> <p>◆ <b>Utilisation de matériel d'injection stérile</b><br/>Ne jamais partager de seringues, aiguilles ou tout autre matériel d'injection.</p> <p>✓ <b>Dépistage et diagnostic</b></p> <p>En France, le dépistage de 5 infections sexuellement transmissibles (IST) est gratuit, sans rendez-vous et sans ordonnance pour les personnes de moins de 26 ans affiliées à l'Assurance Maladie.</p> <p>🌱 <b>Les infections concernées sont :</b> VIH, Chlamydia, Gonocoque, Syphilis, Hépatite B</p> | <p><b>💊 Traitement du VIH</b></p> <p>À ce jour, il n'existe pas de traitement curatif contre le VIH, mais les traitements permettent de contrôler durablement le virus. Grâce aux progrès médicaux, les traitements actuels permettent à une personne séropositive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De prendre 1 à 3 comprimés par jour, selon les combinaisons prescrites</li> <li>• De bénéficier de traitements injectables, administrés tous les 1 à 2 mois par voie intramusculaire, réduisant la contrainte d'une prise quotidienne</li> </ul> <p>📖 <b>Sources fiables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ONUSIDA :</b> informations internationales sur le VIH : <a href="https://www.unaids.org/fr">https://www.unaids.org/fr</a></li> <li>• <b>Santé publique France :</b> données épidémiologiques, rapports de prévention sur le VIH et les IST : <a href="https://www.santepubliquefrance.fr/">https://www.santepubliquefrance.fr/</a></li> <li>• <b>Sida Info Service :</b> site internet et ligne téléphonique gratuite/anonyme 0 800 840 800, 24 h/24, dédié au VIH, à la prévention et au dépistage : <a href="https://www.sida-info-service.org/">https://www.sida-info-service.org/</a></li> <li>• <b>CRIPS :</b> (Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida) : <a href="https://www.lecrisps-idf.net/">https://www.lecrisps-idf.net/</a></li> <li>• <b>Planning Familial :</b> informations de prévention autour de la santé sexuelle, y compris le VIH : <a href="https://www.planning-familial.org/fr">https://www.planning-familial.org/fr</a></li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Figure 88 : Document de synthèse des informations relatives au VIH destiné à la sensibilisation.

## **VI. Conclusion générale**

L'éradication du VIH repose avant tout sur un suivi thérapeutique optimal des personnes séropositives. Cette éradication est rendue possible grâce aux avancées scientifiques, notamment par le développement des traitements antirétroviraux. Ces thérapies ont permis d'améliorer considérablement l'observance thérapeutique et la qualité de vie des patients, en particulier avec l'émergence récente des traitements à longue durée d'action. Toutefois, bien que cette approche soit fondamentale, elle ne peut à elle seule permettre d'atteindre les objectifs fixés par l'ONUSIDA, qui vise l'éradication de l'épidémie de VIH.

La persistance d'informations erronées concernant le VIH constitue un frein important à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de l'infection. Il est donc nécessaire de déconstruire ces représentations sociales qui entretiennent les préjugés et contribuent à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Il est indispensable de renforcer l'information auprès de la population générale, une information efficace suppose que chaque individu puisse accéder à des messages clairs, adaptés à son niveau de connaissance et à ses capacités de compréhension. Cette approche individualisée est un élément déterminant pour favoriser l'adhésion aux stratégies de prévention et contribuer à l'atteinte des objectifs ambitieux fixés par l'ONUSIDA à l'horizon 2030. Bien que ces objectifs soient particulièrement exigeants, ils se justifient au regard de l'impact socio-économique et sanitaire majeur du VIH à l'échelle mondiale.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé de proximité, occupe une place stratégique dans l'information, la sensibilisation et l'éducation thérapeutique de la population concernant le VIH. Il intervient notamment lors des entretiens de prévention, de la dispensation des traitements antirétroviraux ou de contraceptifs hormonaux, ainsi que lors de la délivrance des préservatifs ou des autotests du VIH. Ces temps d'échange constituent des opportunités privilégiées pour évaluer le niveau de connaissance des patients, identifier d'éventuelles idées reçues et délivrer une information fiable, actualisée et fondée sur les données scientifiques les plus récentes.

Ainsi, l'officine représente un lieu privilégié pour la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé, le relais des campagnes de santé publique et l'orientation des patients vers les structures de dépistage ou de prise en charge adaptées. Au regard des résultats de cette étude, mettant en évidence une demande d'information persistante et certaines méconnaissances, le rôle du pharmacien d'officine apparaît essentiel dans l'accompagnement des patients et dans la stratégie globale de prévention et de lutte contre le VIH.

## Bibliographie

- (1) *40 ans de découverte du VIH : les premiers cas d'une maladie mystérieuse au début des années 1980*. Institut Pasteur.  
<https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/40-ans-decouverte-du-vih-premiers-cas-maladie-mystereuse-au-debut-annees-1980> (accessed 2026-03-31).
- (2) Manuel Gouvernance ONUSIDA | 2020.Pdf.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2984\\_Governance-Handbook-2020-FR\\_v2.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2984_Governance-Handbook-2020-FR_v2.pdf) (accessed 2026-03-31).
- (3) Rapport d'activité 2015 Sur La Riposte Au SIDA Dans Le Monde.Pdf.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2702\\_GARPR2015guidelines\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_fr.pdf) (accessed 2026-03-31).
- (4) *Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida* | UNAIDS.  
<https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet> (accessed 2026-03-03).
- (5) *SIDAinfo* | ONUSIDA. <https://aidsinfo.unaids.org/> (accessed 2024-10-01).
- (6) 2025-Global-Aids-Update-Summary\_fr.Pdf.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-summary\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-summary_fr.pdf) (accessed 2025-10-31).
- (7) SPF. *VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2024*.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france.-bilan-2024> (accessed 2026-03-03).
- (8) Martel, M. Déploiement du dispositif VIHTest en France / Implementation of an HIV testing scheme in France: VIHTest.
- (9) Virus de l'immunodéficience humaine. *Wikipédia*; 2026.
- (10) Rogez, S. Structure, Réplication et Variabilité Du VIH. *Actualités Pharmaceutiques* **2022**, 61 (618), 22–26.  
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2022.07.007>.
- (11) *decouverte du VIH*. Institut Pasteur.  
<https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/40-ans-decouverte-du-vih-virus-responsable-du-sida-est-identifie-20-mai-1983> (accessed 2026-03-31).
- (12) *Qu'est-ce que le VIH ?* | AFRAPEDIA. <https://www.afrapedia.org/vih/quest-ce-que-le-vih> (accessed 2026-03-31).
- (13) Classification VIH - Sous-Type.Pdf.  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/12\\_Infections\\_par\\_les\\_VIH-1\\_sous\\_types\\_non-B\\_VIH-1\\_du\\_groupe\\_O\\_et\\_le\\_s\\_VIH-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_Infections_par_les_VIH-1_sous_types_non-B_VIH-1_du_groupe_O_et_le_s_VIH-2.pdf) (accessed 2026-03-31).
- (14) *VIH-1/VIH-2*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/ist-vih-sida/causes.html> (accessed 2026-03-31).
- (15) VIRUS\_VIH.Pdf. [https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/02/VIRUS\\_VIH.pdf](https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/02/VIRUS_VIH.pdf) (accessed 2024-10-02).
- (16) *Cycle de réplication du VIH-1 et sites d'action de six...* ResearchGate.  
[https://www.researchgate.net/figure/Cycle-de-replication-du-VIH-1-et-sites-daction-de-six-classes-de-molecules\\_fig3\\_342717370](https://www.researchgate.net/figure/Cycle-de-replication-du-VIH-1-et-sites-daction-de-six-classes-de-molecules_fig3_342717370) (accessed 2026-03-31).
- (17) Sida, P. *Comment se transmet le VIH ?* | Plate-Forme Prévention Sida.  
<https://preventionsida.org/fr/vih/comment-se-transmet-le-vih/> (accessed 2026-03-31).
- (18) *Comment se transmet le VIH* | ATL MST SIDA. <https://atlsida.com/content/13-transmission-du-vih> (accessed 2026-03-31).
- (19) *Foire aux questions : VIH et sida* | UNAIDS.  
<https://www.unaids.org/fr/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids> (accessed 2026-03-31).
- (20) *Les idées reçues des jeunes sur le sida - Ifop Group*.  
<https://www.ifop.com/article/les-idees-recues-des-jeunes-sur-le-sida> (accessed 2026-03-31).
- (21) *Les idées reçues des jeunes sur le sida*. IFOP.  
<https://www.ifop.com/publication/les-idees-recues-des-jeunes-sur-le-sida/> (accessed 2024-10-02).
- (22) ZACHARY, D. P. *VIH & SIDA : Evolution dans l'organisme*. Biogroup.  
<https://biogroup.fr/blog-sante/infectiologie/phases-evolution-vih-organisme/> (accessed 2026-03-31).
- (23) *Symptômes de l'infection par le VIH et diagnostic*.  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/principaux-symptomes-diagnostic> (accessed 2026-03-31).
- (24) Sexosafe. *Dépistage: où, quand et comment?*  
<https://www.sexosafe.fr/ma-sante/prevention-et-depistage/depistage-ou-quand-et-comment> (accessed 2026-03-31).
- (25) *Les outils virologiques du diagnostic et du suivi de l'infection VIH* | AFRAPEDIA.  
<https://www.afrapedia.org/vih/les-outils-virologiques> (accessed 2026-03-31).



- (26) Sida, P. *Le dépistage du VIH, pourquoi et comment ? | Plate-Forme Prévention Sida.*  
<https://preventionsida.org/fr/depistage/le-depistage-du-vih-pourquoi-et-comment/> (accessed 2024-10-02).
- (27) *Dépistage le VIH.* <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/depistage> (accessed 2026-03-31).
- (28) *Article L4211-1 - Légifrance - Monopole.*  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000047293602](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047293602) (accessed 2026-03-31).
- (29) *Autotest VIH® : test rapide à faire chez soi (résultat 15 min) | AAZ.* <https://www.aazlab.fr/autotest-vih/> (accessed 2026-03-31).
- (30) *Test INSTI® HIV-1 HIV-2 Ag | Le test VIH le plus rapide au monde.*  
<https://www.biolytical.com/fr-ca/rapid-hiv1-hiv2-antibody-test> (accessed 2026-03-31).
- (31) *Exacto Test HIV.* Biosynex. <https://www.biosynex.com/fiches-produit/infos-vih/notre-test/> (accessed 2026-03-31).
- (32) Véran, P. M. O. ET PAR M. Olivier DUSSOPT, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics.
- (33) *La prévention et la prise en charge du VIH.* 2019.
- (34) *Depistage VIH, 2023.Pdf.*  
<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-169.pdf> (accessed 2026-03-31).
- (35) Haute Autorité de santé. 2017.
- (36) *pourquidocteur.fr. VIH : 43 % des infections ont été découvertes à un stade tardif en 2024.*  
[www.pourquidocteur.fr.  
https://www.pourquidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/53305-VIH-43-infections-decouvertes-stade-tardif-2024](https://www.pourquidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/53305-VIH-43-infections-decouvertes-stade-tardif-2024) (accessed 2026-03-31).
- (37) *Executive\_summary\_fr.Pdf.*  
[https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/executive\\_summary\\_fr.pdf](https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/executive_summary_fr.pdf) (accessed 2024-10-22).
- (38) *VIH / sida.* Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih> (accessed 2026-03-31).
- (39) jluzinier. *Les inhibiteurs d'entrée.* Sida Info Plus.  
<https://www.sidainfoplus.fr/mon-traitement/les-inhibiteurs-dentree/> (accessed 2026-03-31).
- (40) jluzinier. *Les Inhibiteurs de fusion.* Sida Info Plus.  
<https://www.sidainfoplus.fr/mon-traitement/les-inhibiteurs-de-fusion/> (accessed 2026-03-31).
- (41) Paitraud, D. *Infection à VIH : arrêt de commercialisation programmé de FUZEON et conduite à tenir.* VIDAL.  
<https://www.vidal.fr/actualites/31081-infection-a-vih-arret-de-commercialisation-programme-de-fuzeon-et-conduite-a-tenir.html> (accessed 2026-03-31).
- (42) jluzinier. *Les Inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse.* Sida Info Plus.  
<https://www.sidainfoplus.fr/mon-traitement/les-inhibiteurs-nucleosidiques-et-nucleotidiques-de-la-transcriptase-inverse/> (accessed 2026-03-31).
- (43) jluzinier. *Les Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse.* Sida Info Plus.  
<https://www.sidainfoplus.fr/mon-traitement/les-inhibiteurs-non-nucleosidiques-de-la-transcriptase-inverse/> (accessed 2026-03-31).
- (44) jluzinier. *Les inhibiteurs de l'intégrase.* Sida Info Plus.  
<https://www.sidainfoplus.fr/mon-traitement/les-inhibiteurs-de-lintegrase/> (accessed 2026-03-31).
- (45) jluzinier. *Les inhibiteurs de la Protéase.* Sida Info Plus.  
<https://www.sidainfoplus.fr/mon-traitement/les-inhibiteurs-de-la-protease/> (accessed 2026-03-31).
- (46) *Recommandations VIH (infection par le).* VIDAL.  
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/vih-infection-par-le-1783.html> (accessed 2024-10-22).
- (47) *Tout savoir sur la Prep !* <http://www.aides.org/prep> (accessed 2024-10-22).
- (48) *Emtricitabine-et-Tenofovir-Disoproxil-Brochure-d-Information-Pds-Version4-2021-Juin.Pdf.*  
<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/07/05/emtricitabine-et-tenofovir-disoproxil-brochure-d-information-pds-version4-2021-juin.pdf> (accessed 2024-10-22).
- (49) *ANSM- initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP).* ANSM.  
<https://ansm.sante.fr/actualites/prevention-du-vih-depuis-2016-plus-de-20-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-prep> (accessed 2026-03-31).
- (50) *Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH.* EPI-PHARE.  
<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2023/> (accessed 2026-03-03).
- (51) *Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH.* EPI-PHARE.  
<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2023/> (accessed 2026-03-31).
- (52) *Lettre Aux Professionnels de Santé Emtricitabine Tenofovir VF.*  
<https://www.zentiva.fr/-/media/files/zentivafr/brochures-produits/lettre-aux-professionnels-de-sant-emtricitabine-tenofovir-vf.pdf>

- bine-tenofovir-vf.pdf?la=fr-fr&hash=8B8F6CD14BE4C3CAD1F9F26BBBE9E925DC9F5B8C (accessed 2026-03-31).
- (53) *Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3536524/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536524/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih) (accessed 2026-03-31).
- (54) CT-20739\_APRETUDE\_PIC\_INS\_AvisDef\_CT20739.Pdf. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20739\\_APRETUDE\\_PIC\\_INS\\_AvisDef\\_CT20739.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20739_APRETUDE_PIC_INS_AvisDef_CT20739.pdf) (accessed 2024-10-23).
- (55) *L'actu vue par REMAIDES : "Prep injectable : Où en est-on ?"* <http://www.aides.org/actualite/lactu-vue-par-remaidess-prep-injectable-ou-en-est> (accessed 2024-10-23).
- (56) YEZTUGO® (lenacapavir) for PrEP (pre-exposure prophylaxis). <https://www.yeztugo.com/> (accessed 2026-03-03).
- (57) *Lénacavir : La PrEP injectable efficace à 100%*. vih.org. <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20240724/lenacapavir-la-prep-injectable-efficace-a-100/> (accessed 2026-03-03).
- (58) *Traitement préventif post-exposition au VIH*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3536535/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536535/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih) (accessed 2026-03-31).
- (59) *Traitement préventif post-exposition au VIH*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3536535/en/traitement-preventif-post-exposition-au-vih](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536535/en/traitement-preventif-post-exposition-au-vih) (accessed 2026-04-01).
- (60) CT-19787\_VOCABRIA\_PIC\_REEV\_AvisDef\_CT19660&19787.Pdf. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19787\\_VOCABRIA\\_PIC\\_REEV\\_AvisDef\\_CT19660&19787.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19787_VOCABRIA_PIC_REEV_AvisDef_CT19660&19787.pdf) (accessed 2024-10-23).
- (61) CT-19788\_REKAMBYS\_PIC\_REEV\_AvisDef\_CT19661&19788.Pdf. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19788\\_REKAMBYS\\_PIC\\_REEV\\_AvisDef\\_CT19661&19788.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19788_REKAMBYS_PIC_REEV_AvisDef_CT19661&19788.pdf) (accessed 2024-10-23).
- (62) *Lenacapavir, un tournant majeur dans la lutte contre le VIH - ANRS MIE*. <https://anrs.fr/actualites/actualites/tribune-lenacapavir-prevention-vih/> (accessed 2026-03-31).
- (63) *ATU pour SUNLENCA (lénacavir) - VIH*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3390497/fr/sunlenca-lenacapavir-vih](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3390497/fr/sunlenca-lenacapavir-vih) (accessed 2026-03-31).
- (64) Paitraud, D. *AMM pour SUNLENCA, nouveau médicament sous forme orale et injectable*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/actualites/30302-vih-multiresistant-sunlenca-nouveau-medicament-sous-forme-orale-et-injectable.html> (accessed 2026-03-31).
- (65) Segal-Maurer, S.; DeJesus, E. Capsid Inhibition with Lenacapavir in Multidrug-Resistant HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine* 2022, 386 (19), 1793–1803. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2115542>.
- (66) CT-19916\_SUNLENCA\_PIC\_INS\_AvisDef\_CT19916.Pdf. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19916\\_SUNLENCA\\_PIC\\_INS\\_AvisDef\\_CT19916.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19916_SUNLENCA_PIC_INS_AvisDef_CT19916.pdf) (accessed 2024-10-23).
- (67) *Un nouveau rapport de l'ONUSIDA montre qu'il est possible de mettre fin au sida d'ici 2030 et décrit la marche à suivre pour y parvenir | UNAIDS*. <https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/july/unaids-global-aids-update> (accessed 2026-03-31).
- (68) 9789240053816-Fre.Pdf. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361200/9789240053816-fre.pdf?sequence=1> (accessed 2024-10-23).
- (69) *L'urgence d'aujourd'hui : Le Sida à La Croisée Des Chemins — Rapport Mondial Actualisé Sur Le Sida 2024*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf) (accessed 2026-03-03).
- (70) European Centre for Disease Prevention and Control. *Progress towards Reaching the Sustainable Development Goals Related to HIV in the European Union and European Economic Area: Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia : 2023 Progress Report*.; Publications Office: LU, 2024.
- (71) SPF. *Évolution du niveau de protection contre le VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes séronégatifs pour le VIH - Résultats de l'enquête Rapport au sexe 2017-2019-2021*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/evolution-du-niveau-de-protection-contre-le-vih-parmi-les-hommes-ayant-des-rapports-sexuels-avec-des-hommes-seronegatifs-pour-le-vih-resultats-de> (accessed 2025-11-05).

- (72) *Chemsex, retour sur 15 ans d'usages de drogues en contexte sexuel* | OFDT. <https://www.ofdt.fr/publication/2024/chemsex-retour-sur-15-ans-d-usages-de-drogues-en-contexte-sexuel-2421> (accessed 2025-11-05).
- (73) *Note-Chemsex-2024*.Pdf. <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-10/note-chemsex-2024.pdf> (accessed 2025-11-05).
- (74) Velter, A. Evolution du niveau de protection contre le VIH chez HSH seronegatif 2017-2019-2021.
- (75) *Chemsex, Retour Sur Quinze Ans d'usages de Drogues En Contexte Sexuel*. <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-10/note-chemsex-2024.pdf> (accessed 2026-03-31).
- (76) *06\_Sexworkers*.Pdf. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/06\\_Sexworkers.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/06_Sexworkers.pdf) (accessed 2025-11-07).
- (77) *Travailleuses du sexe – Association internationale des prestataires de soins contre le sida*. [https://www.iapac.org/fact-sheet/sex-workers/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.iapac.org/fact-sheet/sex-workers/?utm_source=chatgpt.com) (accessed 2025-11-07).
- (78) *05-Hiv-Human-Rights-Factsheet-Sex-Work\_fr*.Pdf. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work_fr.pdf) (accessed 2025-11-07).
- (79) *La loi de 2016*. Les services de l'État en Isère. <https://www.isere.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Droits-des-femmes-et-egalite/Lutte-contre-la-prostitution/La-lutte-contre-le-systeme-prostitutionnel/La-loi-de-2016> (accessed 2025-11-07).
- (80) *Sondage 2023 : les Français et la lutte contre le VIH*. <https://www.lecrips-idf.net/plan-idf-sans-sida/sondages/sondage-2023-les-francais-et-la-lutte-contre-le-vih> (accessed 2024-10-23).
- (81) *Dépistage du VIH gratuit et sans ordonnance dans les 90 laboratoires de ville de Seine-Saint-Denis*. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/depistage-du-vih-gratuit-et-sans-ordonnance-dans-les-90-laboratoires-de-ville-de-seine-saint-denis> (accessed 2026-03-31).
- (82) *Arrêté Du 8 Juillet 2024 Fixant La Liste Des Infections Sexuellement Transmissibles Dépistées à La Demande Du Patient En Laboratoire de Biologie Médicale et Les Modalités de Ces Dépistages*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049908622> (accessed 2026-03-31).
- (83) *Dépistage des IST : un kit à domicile pris en charge à 100 % pour les femmes de 18 à 25 ans*. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/depistage-des-ist-un-kit-domicile-pris-en-charge-100-pour-les-femmes-de-18-25-ans> (accessed 2026-03-31).
- (84) *Mon bilan prévention par les pharmaciens, un temps d'échange dédié à la prévention*. <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles> (accessed 2026-03-31).
- (85) SPF. *Campagne d'information sur le sida : "Le sida, il ne passera pas par moi."* <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/campagne-d-information-sur-le-sida-le-sida-il-ne-passera-pas-par-moi> (accessed 2026-03-31).
- (86) *Aides*. <https://www.aides.org/> (accessed 2026-03-31).
- (87) *Journée de Lutte Contre la Sérophobie : #STOPSÉROPHOBIE* | *Aides*. <https://www.aides.org/JLCS> (accessed 2026-03-31).
- (88) *Sidaction - Association de lutte contre le sida*. Sidaction. <https://www.sidaction.org/> (accessed 2026-03-31).
- (89) *Sidaction 2024 - 22, 23 et 24 mars 2024*. Sidaction. <https://www.sidaction.org/communiqués/sidaction-2024-22-23-et-24-mars-2024/> (accessed 2026-03-31).
- (90) Up-Paris, A. *Act Up-Paris, association de lutte contre le VIH-Sida, les IST, les hépatites*. Act Up-Paris. <https://www.actupparis.org/> (accessed 2026-03-31).
- (91) *Sida Info Service - 0800 840 800*. Sida Info Service. <https://www.sida-info-service.org/> (accessed 2026-03-31).
- (92) *LOI N° 2009-879 Du 21 Juillet 2009 Portant Réforme de l'hôpital et Relative Aux Patients, à La Santé et Aux Territoires (1)*; 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475> (accessed 2026-04-01).
- (93) *Proposition de loi tendant à préserver l'accès aux pharmacies dans les communes rurales*. Sénat. <https://www.senat.fr/rap/123-502/123-502.html> (accessed 2026-04-01).
- (94) *Le secret professionnel*. CNOP. <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/patient-grand-public/mes-droits/le-secret-professionnel> (accessed 2026-04-01).
- (95) *Santé sexuelle*. <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health> (accessed 2026-04-08).
- (96) *LOI N° 2008-496 Du 27 Mai 2008 Portant Diverses Dispositions d'adaptation Au Droit Communautaire Dans Le Domaine de La Lutte Contre Les Discriminations (1)*; 2008. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000018877783/> (accessed 2026-04-01).
- (97) *AIDES: « Sérophobie : des lacunes majeures dans l'acceptation sociale des personnes vivant avec le VIH »*. <https://www.aides.org/actualite/lactu-remades-serophobie-lacunes-majeures-acceptation-sociale> (accessed 2026-04-01).



Université de Lille  
UFR3S-Pharmacie  
**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2026/2027

**Nom : NIYONIZEYE**  
**Prénom : Eric**

**Titre de la thèse :**

**VIH et enquête sur les connaissances du grand public : quel impact sur l'accompagnement à l'officine ?**

**Mots-clés :**

**Infection, VIH, SIDA, prévention, transmission, dépistage, épidémiologie, ONUSIDA, antirétroviraux, trithérapie, PreP, TPE, groupes à risque, HSH, chemsex, travailleur du sexe, connaissances sur le VIH, questionnaire sur le VIH, enquête, éducation sexuelle, accompagnement, stigmatisation, éradiquer le VIH**

---

**Résumé :**

En vue de l'objectif de l'ONUSIDA de contrôle de l'épidémie de VIH à l'horizon 2030, la population française est-elle prête ? Aujourd'hui, la prévention du VIH en France est un enjeu majeur de santé publique, avec de nombreuses actions de sensibilisation, de dépistage et d'information. Malgré ces dispositifs, des idées reçues, des fausses croyances et la stigmatisation persistent, ce qui nécessite d'évaluer régulièrement les connaissances de la population. Dans ce cadre, un questionnaire anonyme a été élaboré afin d'évaluer les connaissances et les perceptions de la population générale sur le VIH. Il a été diffusé sur les réseaux sociaux et dans des pharmacies afin de toucher un public diversifié. L'étude a été menée entre août et octobre 2025 et a permis de recueillir plus de 200 réponses, qui ont ensuite été analysées pour mieux cibler le cadre de l'accompagnement par les pharmaciens d'officine.

---

**Membres du jury :**

**Président : Monsieur DINE Thierry** - *Professeur des Universités en Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique - Praticien Hospitalier au CH Loos-Haubourdin*

**Directeur, conseiller de thèse : Monsieur FRIMAT Bruno**  
*Maître de conférences associé en Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique à l'Université de Lille. Praticien Hospitalier CH Lens*

**Assesseur : Madame BENFERHAT Lisa**  
*Docteur en pharmacie, Pharmacie d'officine*