

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 25 juin 2026
Par Mme RAVAUX Laïla**

**DE LA SÉROPHOBIE À LA PRISE DE CONSCIENCE, QUELLE PLACE
POUR LE PHARMACIEN DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT PORTEUR
DU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE ?**

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Thierry DINE, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille - Praticien hospitalier au CH de Loos – Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse et assesseur : Monsieur le Docteur Bruno FRIMAT, Maître de conférence associé en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Lille, Pharmacien hospitalier au CH de Lens

Membres extérieurs : Madame la Docteur Charlotte Szymkowiak, Pharmacienne adjointe, Pharmacie Cœur de Faches, Faches-Thumesnil

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 3/117

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

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	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie	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	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 Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie 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	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	86

M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	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	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie généraliste et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie 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 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 Economie 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	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86

M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie 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	
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

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour
2.3		15/11/2024	Mise à jour
2.4		18/02/2025	Mise à jour

UFR3S-Pharmacie

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



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	15
LISTE DES ABRÉVIATIONS	19
LISTE DES FIGURES	21
LISTE DES TABLEAUX	22
INTRODUCTION	23
I- GÉNÉRALITÉS SUR LE VIH	25
A- CARACTÉRISTIQUES VIROLOGIQUES	25
1. CLASSIFICATION	25
2. STRUCTURE DU VIH-1	25
3. CYCLE DE RÉPLICATION VIRALE	26
4. RÉSERVOIRS VIRAUX : UN OBSTACLE A L'ÉRADICATION DU VIH	27
B- CONSÉQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES ET CLINIQUES DE L'INFECTION	29
1. LA PRIMO-INFECTION	29
2. LA PHASE LATENTE CHRONIQUE	29
3. LE SIDA ET SES CONSÉQUENCES	30
C- PRÉVENTION ET TRANSMISSION	32
1. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIH	32
A. DONNÉES MONDIALES	32
B. LA SITUATION EN FRANCE	33
D. POPULATION CIBLE	35
2. TRANSMISSION DU VIRUS	35
A. LA TRANSMISSION SEXUELLE	37
B. LA TRANSMISSION PAR LE SANG ET SES DÉRIVÉS	38
C. LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT	38
D- LES TRAITEMENTS EXISTANTS AUJOURD'HUI	39
1. LES CLASSES THERAPEUTIQUES ACTUELLES	40
2. LES STRATEGIES D'ASSOCIATIONS	41
3. CHARGE VIRALE INDETECTABLE : QUELLE SIGNIFICATION ?	44
II- LES MŒURS AUTOUR DU VIH : SÉROPHOBIE/SÉROFIERTÉ	45
A- HISTORIQUE DE L'APPARITION	45
1. QUAND ?	45

2. LES ÉVOLUTIONS AU FUR ET A MESURE DES ANNÉES	47
A. LE DÉPISTAGE DU VIH : ÉVOLUTION DES OUTILS ET RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	47
B. L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH	49
C. LES ASSOCIATIONS	52
D. CRÉATION DES CEJIDD	53
E. LES COREVIH	54
3. POINT SUR LA SÉROPHOBIE DANS LE VIH	55
A. DÉFINITION DE LA SÉROPHOBIE	55
B. DÉFINITION DE LA SÉROPHOBIE DANS LE CONTEXTE DU VIH	55
C. ÉVOLUTION DE LA SÉROPHOBIE DEPUIS LA DÉCOUVERTE DU VIH	56
B- LA SITUATION ACTUELLE	61
1. LES IDÉES REÇUS	61
2. QUELS PROBLEMES DANS LA PRISE EN CHARGE ?	62
A. RETARD DE DIAGNOSTIC	62
B. PASSAGE À CÔTÉ DE SITUATIONS ÉVITABLES	63
C. MANQUE DE SOUTIEN DE LA PART DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ	63
3. QU'EN PENSE LE PATIENT ?	65
A. EXEMPLE DE TÉMOIGNAGE	65
III- ENQUÊTE DE TERRAIN SUR LA SÉROPHOBIE EN « PHARMACIE »	67
A- CONTEXTE DE L'ÉTUDE	67
B- OBJECTIF DE L'ÉTUDE	67
C- MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	68
1. CRÉATION DU QUESTIONNAIRE	68
2. CONTENU DU QUESTIONNAIRE	68
3. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	68
4- POPULATION ETUDIÉE ET RECUEIL DES DONNÉES	69
5- LIMITES ASSOCIÉES À L'ENQUÊTE	69
D- RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	69
1- PROFIL DE LA POPULATION ETUDIÉE	69
2- RESENTI DES ÉTUDIANTS PHARMACIENS	70
3- CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTS	71
4- INTERACTIONS AVEC LE PATIENT	73
5- IDÉES REÇUES ET SÉROPHOBIE	75
B. VACCINATION ET DISCRIMINATION	75
C. INDÉTECTABLE = INTRANSMISSIBLE	76
D. VIH ET METIERS A RISQUES	77
E. VOYAGER QUAND ON EST SÉROPOSITIF	77
F. VIH ET DON DU SANG	78
6- ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	79
E- DISCUSSION	81

1- DES CONNAISSANCES ENCORE FRAGILES MALGRÉ UNE FORMATION AVANCÉE	81
2- LA RELATION PATIENT-PHARMACIEN	84
3- LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE	87
4- LES FREINS À LA PRISE EN CHARGE : LA SÉROPHOBIE	89
5- VERS UNE ÉVOLUTION POSITIVE	94
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES	105

REMERCIEMENTS

À Monsieur le professeur Thierry Dine,

Je vous remercie pour le temps accordé à mon travail. C'est un honneur pour moi de vous compter parmi les membres de mon jury.

À Monsieur le docteur Bruno Frimat,

Merci énormément pour votre implication dans mon travail. Vos conseils, votre rigueur et votre confiance m'ont permis d'aboutir à cette rédaction de qualité. J'ai vraiment apprécié travailler à vos côtés.

À Charlotte,

Merci beaucoup d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Sache qu'au-delà de cette joie immense, je suis fière de te compter parmi mes amies. Notre première rencontre en 2A restera mémorable, merci les intés, merci également pour tous les chouettes moments passés ensemble, de la poterie jusqu'au bar des amis.

À mon Toinou,

Que diiiiire, merci pour tout vraiment, ton soutien, ton empathie, ta bienveillance m'ont fait beaucoup de bien, merci d'être la personne que tu es aujourd'hui, pour tout et à tous les moments à venir.

À mes parents et mes frères,

Merci pour tout également. Si j'en suis arrivée là aujourd'hui, c'est grâce à vous, à votre soutien depuis des années (25 ans pour être plus précise). Vous avez toujours cru en moi, même quand j'étais à bout et vous m'avez toujours encouragée à me surpasser pour que je devienne celle que je suis aujourd'hui.

Maman, merci pour tous tes conseils lors des balades avec Ina, pour avoir pris mes montagnes russes d'émotions à coeur en me concoctant de la sophrologie avec Anne pour me détendre, pour tous les sacrifices afin que mes études se passent au mieux. Papa, merci à ton humour pour les 50 expressions différentes pour m'encourager à toujours aller de l'avant. Tes façons de penser m'ont bien fait rire, j'ai arrêté de me préoccuper et je suis partie m'occuper.

Rémi et Louka, merci d'avoir rendu mes week-ends si joyeux, merci pour tous les moments passés ensemble et ceux à venir. Même si c'est moi la star de la famille, je suis fière de vous avoir dans ma vie, je vous aime.

Ina, ma petite golden (et oui, on ne va pas oublier le dog aha), merci tellement pour tout l'amour que tu as apporté à notre famille toutes ces années.

À ma famille,

Mamie Marcelle et tonton Didier, merci pour votre bienveillance, pour avoir toujours pris de mes nouvelles afin que tout se passe bien. Une pensée particulière à papi qui a rejoint les étoiles, tu nous manques beaucoup.

Mamie Irène et papi Francis, merci du fond du coeur d'avoir cru en moi, de m'avoir fait confiance pour piquer papy aha (toujours en douceur) et merci tellement pour votre accueil toujours généreux et votre gentillesse.

Tonton Cédric et tata Shirley, si vous saviez comme je suis reconnaissante de tout le soutien que vous m'avez apporté, devenir marraine de la puce a été l'un des plus beaux moments de ces années, et je suis fière de vous avoir auprès de moi, je vous aime.

À tout le reste de ma famille, ma belle-famille, mes tontons et mes tatas, mes cousins cousines, merci pour votre soutien. À ma belle-sœur Lucie, à mon neveu Tiliane, merci de venir combler de bonheur toute la famille.

À mes collègues,

Toute l'équipe de la pharmacie de l'hôtel de ville, merci les filles d'avoir partagé un bout de chemin avec moi, j'ai adoré travailler à vos côtés durant mes premiers pas dans le monde professionnel. Merci également à Cécile pour m'avoir accueillie et formée au métier de pharmacien, c'est grâce à votre bienveillance et votre professionnalisme que j'en suis là aujourd'hui.

Mes collègues adorés de la pharmacie de la poste, merci de m'avoir accueilli et de me permettre d'évoluer à vos côtés.

À tous les copains pharma,

Je suis reconnaissante d'avoir pu croiser votre chemin et évoluer avec vous.

Marie, ma narcoleptique préférée. Merci pour toutes ces années de fac à tes côtés, je n'oublierai pas for sure les cours d'anglais où tu rattrapais le niveau du binôme, nos soirées toutes autant mémorables les unes que les autres, nos vacances ensemble au Canada, à New York et j'en passe, merci d'avoir rendu mes études plus belles.

Sophie, ma star de la TTM, merci pour ta joie de vivre sans fin. C'est un honneur d'être ton amie ! De Waz jusqu'à Solfé, on en aura passé des bons moments. Big love à tes copains devenus aussi des copains.

Juju, mon SID aha, je me rappelle nos premières révisions en BU santé quand j'avais l'impression que tu vivais ici, puis à cette amitié naissante que j'aime du fond du cœur! Merci pour tous nos moments, du carnaval de Dunkerque, à nos voyages, nos apéros, et j'en passe, je suis reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

Mon trio de Verseau, Clem Bibou et Zozo, merci pour toutes ces années à vos côtés, les révisions en BU, les vacances à Annecy (c'est Clémence les croûtes de fromage je vous promets), les vacances à Agde, et tous nos moments de rires qui ont rendu ces années d'études plus belles.

Justine, Laure, bon malgré le fait que vous ayez pris la route des rouges, je vous aime quand même, merci pour tous nos moments de rires! Raph, Noé, mes enfants pharma, merci pour tous nos moments passés ensemble, j'espère que grâce à moi, vos études de pharmacie sont les plus belles. Hussein, merci pour ces années d'études, c'était un plaisir de les partager avec toi. Ophé, ma réelle marraine, merci pour tous tes précieux conseils, si j'en suis arrivée là, c'est en partie grâce à toi.

À mes copines de lycée,

Débo, Coco, Chelsea, mes copines depuiis, on peut compter les années par dizaine maintenant, merci d'être là, d'être vous, vous comptez énormément pour moi, je suis fière de tous les moments passés ensemble et pour tous nos moments à venir. Et bienvenue à Hayden dans la team.

Aux copains du village,

Jeanne, merci pour toutes nos séances ongles à parler de la pluie et du beau temps, à notre centre aéré qu'on a démarré à deux, et qui à crée cette belle amitié.

Les garçons, merci d'être vous, je sais que vous ne comprendrez pas grand-chose de cette thèse, mais ça me fait plaisir de compter sur votre soutien.

Aux copains de Québec,

Je me souviens, merci pour tout. Je suis tellement reconnaissante de vous avoir rencontrés, c'est grâce à vous si j'ai pu vivre mon dernier stage de 5A dans les contrées québécoises, tabarnak de bonheur !

Aux copains du MRJC,

Merci pour tous ces projets montés et ces moments ensembles qui m'ont permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui.

À toutes les autres personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin durant toutes ces années, merci du fond du cœur.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAEPL = Association Amicale des Étudiants en Pharmacie de Lille

AES = Accident d'Exposition au Sang

AEV= Accident d'Exposition au Virus

ADN = Acide DésoxyriboNucléique

ARN = Acide RiboNucléique

ARS = Agence Régionale de Santé

ARV = AntiRétroViraux

BCG = Bacille de Calmette et Guérin

CDAG = Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDC = Center for Disease Control

CeGIDD = Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIDDIST = Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CMV = CytoMégaloVirus

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CV = Charge Virale

CYP450 = CYtochromes P450

ETP = Education Thérapeutique du Patient

FDA = Food and Drug Administration

HSH = Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

HAART = Highly Active AntiRetroviral Therapy

I=I = Indétectable = Intransmissible

INI = Inhibiteur de l'Intégrase

INNTI = Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INTI = Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP = Inhibiteur de Protéase

IP/r = Inhibiteur de Protéase couplé au Ritonavir

IST = Infection Sexuellement Transmissible

LAV = Lymphadenopathy Associated Virus

LEMP = Leuco Encéphalopathie Multifocale Progressive

LTCD4 = Lymphocytes T CD4

MMWR = Morbidity and Mortality Weekly Report

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONU = Organisation des Nations Unies
PCR = Polymérase Chain Réaction
PMI = Protection Maternelle et Infantile
PPVIH = Patient Porteur du VIH
PrEP = Prophylaxie PréExposition
QCM = Question à Choix Multiples
QCU = Question à Choix Unique
ROR = Rougeole, Oreillons, Rubéole
SIDA = Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
TAsP = Treatment As Prevention
TROD = Tests Rapides d'Orientation Diagnostic
TPE = Traitement Post-Exposition
VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIS = Virus de l'Immunodéficience Simienne

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure d'une particule virale de VIH-1 (2).....	25
Figure 2 : Cycle viral et multiplication du VIH-1 (3).....	27
Figure 3 : Sites anatomiques des réservoirs du VIH (7)	28
Figure 4 : Evolution dans le temps de l'infection par le VIH (4)	30
Figure 5 : Estimations épidémiologiques 2025 de l'ONUSIDA (9)	32
Figure 6 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population* en France, entre 2012 et 2024 (10)	34
Figure 7 : Risques de contracter le VIH selon l'acte sexuel (66)	37
Figure 8 : Initiation du traitement à l'hôpital avant le passage en ville (67).....	43
Figure 9 : Dynamique spatiale de la propagation du VIH-1 du groupe M (21).....	45
Figure 10 : Contenu d'un TROD VIH (78) cf. annexe I pour le mode d'emploi	48
Figure 11 : Contenu d'un autotest VIH (77) cf. annexe II pour le mode d'emploi.....	48
Figure 12 : Illustration des "Kit Exper' Pharmaceutique" 1 et 2 ml du laboratoire EDEC (30)	51
Figure 13 : Illustration des "Stéribox" 1 et 2 ml du laboratoire DELPHARM (30)	51
Figure 14 : Carte des CEGIDD dans les Hauts-de-France	53
Figure 15 : Archive numérique d'un extrait du journal <i>The Bay Area Reporter</i> mentionnant le " <i>Gay men's pneumonia</i> " (40)	56
Figure 16 : Archive du journal Libération en 1983 " <i>Cancer gay, la contagion par le sang</i> "	57
Figure 17 : Archive du journal Le Monde en 1983 qui présente le VIH comme le " <i>syndrome des homosexuels</i> "	57
Figure 18 : Archive du journal Kokomo Tribune présentant l'histoire de Ryan White « <i>Une école ferme ses portes aux jeunes atteints du sida</i> »	58
Figure 19 : Panneau publicitaire pour le préservatif à 1 franc en 1993 - Archive INA59	
Figure 20 : Exemple d'une recherche d'interactions médicamenteuses sur la réglette d'Action Traitement (69)	82
Figure 21 : Exemple d'un module d'e-learning sur le VIH (68).....	83
Figure 22 : Parcours de soins classique d'un patient à l'annonce d'une séropositivité (72).....	86
Figure 23 : Document portant sur les conseils de communication pour les professionnels de santé par l'Agence de la santé publique du Canada.....	96
Figure 24 : Exemple de "fiche contacts" à compléter par chaque pharmacien	97

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principales pathologies opportunistes selon le taux de lymphocytes TCD4 (8).....	31
Tableau 2 : Estimation de la probabilité de contracter le VIH à partir d'une source infectée (3).....	36
Tableau 3 : Liste des molécules utilisées dans le VIH-1 par classes thérapeutiques	41
Tableau 4 : Différents logos d'associations impliquées dans la lutte contre le VIH ..	52

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection chronique identifiée à la fin des années 1970. À ses débuts, cette pathologie était associée à une évolution rapidement mortelle, souvent qualifiée dans les médias de « cancer » incurable. L'absence de traitement efficace et la méconnaissance des modes de transmission ont alors contribué à l'émergence de peurs, de stigmatisations et de discriminations durables.

En **2023**, on estime qu'environ **180 000 personnes vivent avec le VIH en France**, avec près de **5 000 nouvelles découvertes de séropositivité par an**. Grâce aux progrès majeurs des traitements antirétroviraux, l'infection par le VIH est aujourd'hui considérée comme une **maladie chronique**, compatible avec une espérance de vie proche de celle de la population générale lorsque la prise en charge est optimale.

Malgré ces avancées thérapeutiques et scientifiques, les personnes vivant avec le VIH restent exposées à des discriminations persistantes, y compris dans le champ de la santé. La **sérophobie**, définie comme un ensemble de peurs, de préjugés et de comportements discriminatoires à l'encontre des personnes séropositives, demeure une réalité documentée. Selon une enquête menée par l'association AIDES en **2024**, près d'un tiers de la population française estime que les personnes vivant avec le VIH peuvent être discriminées par des professionnels de santé.

Au sein de l'officine, le pharmacien exerce de multiples fonctions. Il veille à ce que le patient porteur du VIH soit pleinement acteur de sa pathologie. Cela passe par une observance rigoureuse du traitement antirétroviral (ARV), une bonne gestion des effets indésirables et des comorbidités, ou encore la prise en compte des interactions médicamenteuses. Cette adhésion optimale passe par l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le pharmacien. Toutefois, celle-ci peut être influencée par les représentations et les croyances du professionnel de santé.

Dès lors, il est légitime de se demander quelle place occupe le pharmacien, notamment à l'officine, dans la prise en charge du patient porteur du VIH, une pathologie encore encline à de la sérophobie.

Afin de répondre à cette problématique, cette thèse s'articule en trois grandes parties. La première partie est consacrée aux généralités autour du VIH, englobant les caractéristiques virologiques, les conséquences physiopathologiques et cliniques de l'infection, les aspects de prévention et de transmission, ainsi que les traitements

existants aujourd'hui. La deuxième partie porte quant à elle sur les mœurs autour du VIH, c'est-à-dire l'histoire de l'apparition de cette pathologie et ce qu'il en est aujourd'hui. La dernière partie s'intéresse à une enquête de terrain sur la sérophobie en pharmacie, dont le but est de cerner la vision actuelle qu'ont les pharmaciens sur le VIH pour améliorer leur façon d'appréhender cette pathologie dans la pratique quotidienne.

I- GÉNÉRALITÉS SUR LE VIH

A- Caractéristiques virologiques

1. Classification

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) fait partie de la famille des **rétrovirus** (*Retroviridae* en latin) et du genre **Lentivirus**.

Cette famille a comme particularité de stocker les informations génétiques sous forme d'Acides RiboNucléiques (ARN), avec une activité de transcriptase inverse qui produit des copie d'Acide DésoxyriboNucléique (ADN) qui s'intègrent ensuite dans le génome de la cellule hôte. (1)

Il existe deux espèces de VIH, le **VIH-1 & le VIH-2**. Le VIH-1 possède 4 sous-groupes : M, O, N et P mais seuls les virus du groupe M sont responsables de la pandémie. Les trois autres groupes sont présents au Cameroun, mais ne se propagent pas.

Ces deux espèces sont similaires en termes de physiopathologie, mais diffèrent au niveau du génome, cela aboutit à des protéines différentes et à une virulence qui semble plus faible pour le VIH-2. (1)

Le **VIH-1** étant responsable de l'épidémie mondiale du SIDA, nous orienterons les caractéristiques virologiques autour de celui-ci.

2. Structure du VIH-1

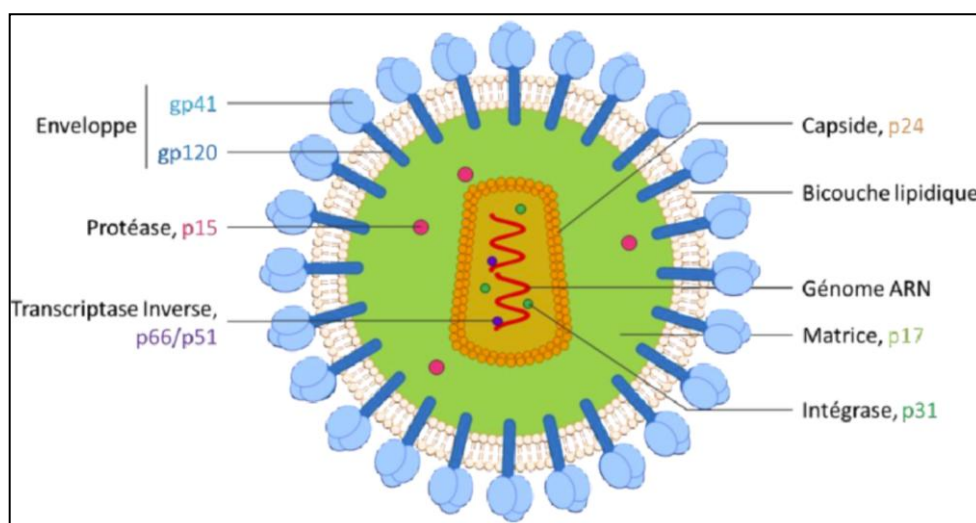


Figure 1 : Structure d'une particule virale de VIH-1 (2)

De l'extérieur vers l'intérieur, on retrouve tout d'abord une bicouche lipidique composée de glycoprotéines de surface **gp120** et de glycoprotéines transmembranaires **gp41**.

On retrouve ensuite des protéines de matrices **p17** qui lient l'enveloppe au virus lui-même. Entre la matrice et la capsid, se situe la protéase **p15** qui participe à la maturation des virons néoformés.

Un peu plus vers l'intérieur se trouve une capsid conique, composé de milliers de monomères de protéines **p24** lui permettant d'être stable et infectieux.

Au centre, on peut distinguer le génome composé de deux copies d'ARN simple brin ainsi que plusieurs protéines enzymatiques comme la transcriptase inverse domaine **p51** ou encore l'intégrase **p31**. (2) (3)

3. Cycle de réplication virale

Le virus a pour cible principale les **lymphocytes T CD4**, des cellules immunitaires qui protègent l'organisme des pathogènes extérieurs, et d'autres cellules présentatrices d'antigènes tel que les macrophages, les cellules dendritiques et les monocytes. Lorsqu'il pénètre dans une cellule cible, sa protéine gp120 située sur la capsid reconnaît la cellule CD4 par son récepteur CCR5 ou CXCR4 et s'y attache pour y pénétrer. (3)

La **fusion** de l'enveloppe virale et de la membrane plasmique de la cellule hôte par changement de conformation de gp41, entraîne la **pénétration du virion** dans le cytoplasme de la cellule CD4, permettant la libération de l'ARN viral. (3)

Celui-ci est **rétro transcrit** en ADN proviral par la transcriptase inverse. Cette enzyme étant peu fidèle, il y a des risques d'erreurs et par conséquent une grande variabilité génétique. (4)

Au contact du noyau a lieu la **décapsidation**, l'ADN proviral est **intégré** puis **répliqué** avec l'ADN du noyau de la cellule CD4 par une intégrase virale, pour être ensuite transcrit en ARN viral par une polymérase virale.

Suite à cela, les ARN messagers viraux sont **traduits** dans le cytoplasme en trois précurseurs protéiques immatures. Une dernière enzyme, la protéase virale, va venir cliver ces précurseurs protéiques pour obtenir les protéines matures du virus.

Ces protéines sont ensuite **assemblées** avec l'ARN viral qui n'a pas été traduit, puis encapsidées. La capside sort alors de la cellule infectée par **bourgeonnement** à travers la membrane cellulaire et reforme la bicouche lipidique. Les glycoprotéines d'enveloppe gp120 et gp41 sont incorporées à la surface de la particule virale. (4)
La **production** de milliers de nouveaux virions est alors en route pour infecter d'autres cellules.

C'est au niveau de la transcriptase inverse, de l'intégrase et de la protéase virale que les antirétroviraux vont agir pour empêcher la destruction des CD4 et éviter la réplication du virus. (5)

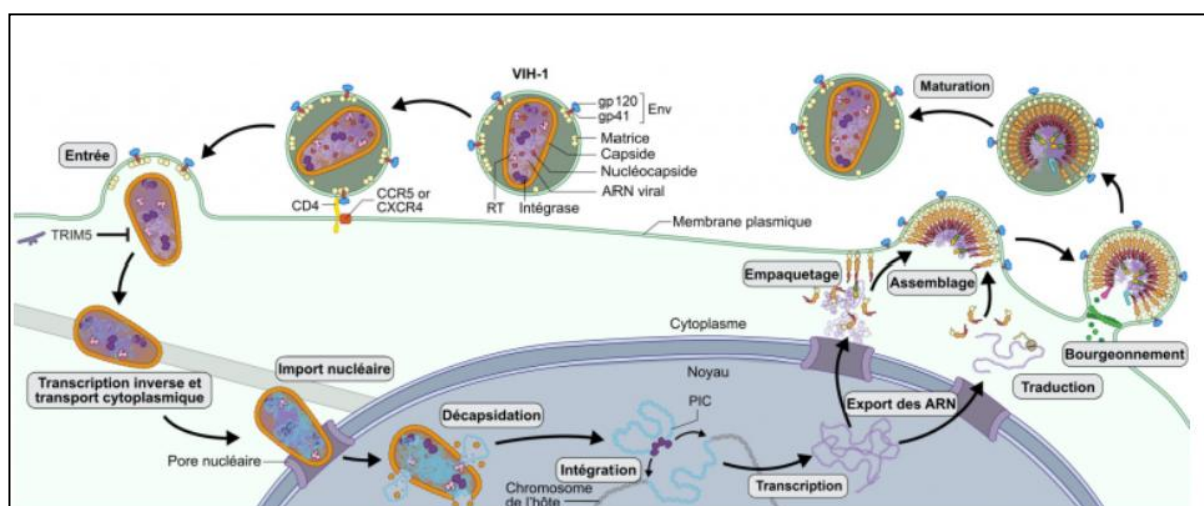


Figure 2 : Cycle viral et multiplication du VIH-1 (3)

4. Réservoirs viraux : un obstacle à l'éradication du VIH

Le plus souvent, le lymphocyte T CD4 cible va mourir et ne pourra plus assurer ses fonctions. Mais certains lymphocytes T CD4+, macrophages, monocytes, gardent en mémoire le génome viral intégré, mais non exprimé, ce qui permet au virus de rester **en latence** dans ces cellules que l'on appelle **réservoirs viraux**. Certains facteurs solubles rendent les CTCD4 latents plus permissifs aux virions, comme la cytokine IL-7 ou encore les chimiokines CCL19 et CCL20 en modifiant le cytosquelette d'actine pour augmenter l'entrée nucléaire et l'intégration de l'ADN viral. (6)

Ces cellules, infectées de manière latente, sont **maintenues** à la fois par des **signaux de survie cellulaire**, empêchant la mort des cellules infectées par le VIH, et par des **signaux de division cellulaire**, favorisant la multiplication de clones infectés par le VIH. (6)

On retrouve ces réservoirs de **façon généralisée dans l'organisme**, notamment à cause de la présence de cellules lymphoïdes dans tous les tissus et à leur circulation par le sang et la lymphe.

Le niveau d'infection est très élevé dans les **ganglions lymphatiques**, élevé dans le **système nerveux** (cerveau et liquide céphalo-rachidien) et le **système digestif**, et plus faible dans d'autres organes comme le **foie**, la **rate**, les **reins**, la **moelle osseuse**, le **thymus** et l'**appareil génital** (sperme, liquide cervico-vaginal). (1) (7)

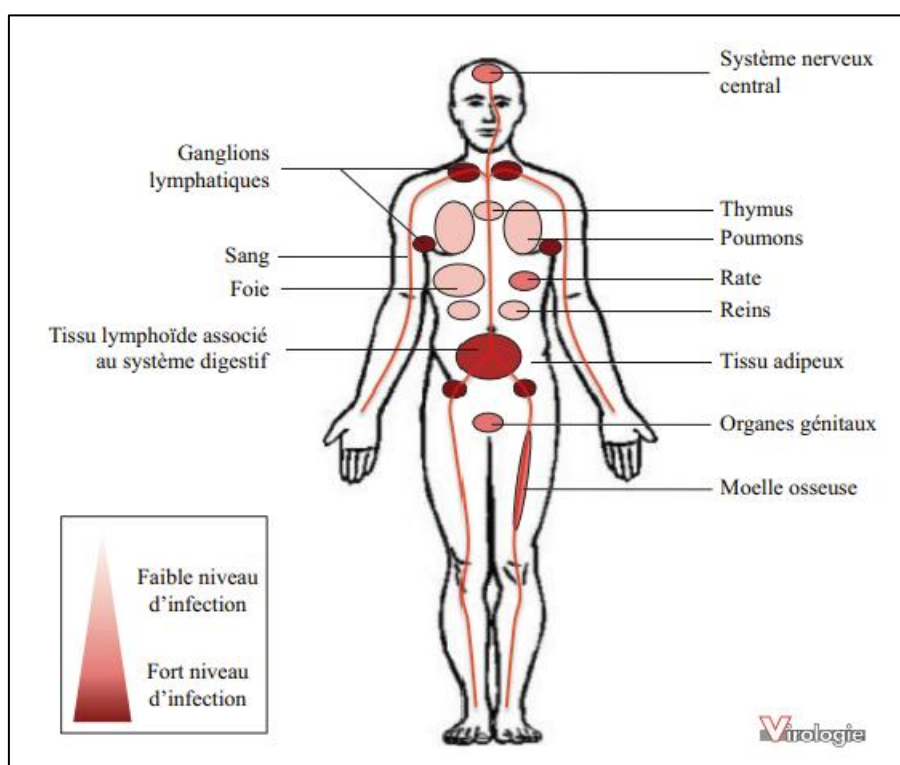


Figure 3 : Sites anatomiques des réservoirs du VIH (7)

En raison de la grande complexité autour des réservoirs viraux, notamment en termes de composition, de localisation, de capacité de transcription, de réplication, et de prolifération, les thérapeutiques sont insuffisantes pour faire disparaître l'infection.

De plus, certains signaux d'activation lymphocytaires peuvent provoquer la sortie de la latence virale et la propagation du virus dans l'organisme. (3)

Ceux-ci sont à l'origine d'un **rebond viral** rapide en cas d'interruption du traitement.

B- Conséquences physiopathologiques et cliniques de l'infection

1. La primo-infection

C'est lors de la première infection que la quantité de virus va être la plus importante. En effet, il colonise les LTCD4 dans le sang de façon très active. Le système immunitaire produit, en réponse, des anticorps anti-VIH pour neutraliser les particules virales et des lymphocytes T CD8⁺ afin de tuer les cellules infectées.

Chaque jour, plus de **10 milliards de virions** vont être relâchés ainsi qu'une destruction équivalente à 5 millions de cellules LTCD4. (4)

Elle est le plus souvent asymptomatique, mais peut également se manifester par quelques symptômes qui font penser en premier lieu à un **syndrome pseudogrippal**. On retrouve de la fièvre, des ganglions lymphatiques augmentés, des céphalées, des nausées, des vomissements. Également des ulcérations buccales ou génitales, mais rien de très spécifique au virus. (5)

Les bilans biologiques peuvent être aussi perturbés avec un syndrome mononucléosique de faible intensité.

Souvent, cela se guérit puis plus de symptômes pendant une longue période à part quelques ganglions enflés. C'est pendant cette phase que le virus est le plus **susceptible d'être transmis** par un patient infecté. (3)

2. La phase latente chronique

Au bout de plusieurs semaines, l'organisme entre dans une phase de **latence clinique**, il a l'impression que le système immunitaire contrôle le virus, car il va compenser cette destruction par surproduction de LTCD4.

Mais en réalité, le système immunitaire s'épuise et le virus ne disparaît pas, il se met dans les réservoirs viraux. Cette latence peut s'étendre de plusieurs années à plusieurs décennies, cela dépend de la variabilité inter-individuelle.

C'est pendant cette phase que l'on a une latence clinique, mais **pas virologique**. Le patient est **asymptomatique**, mais la réplication virale reste très active, environ **1 milliard** de nouvelles particules virales sont produites. C'est le plus souvent dans cette période qu'ont lieu les contaminations, car le patient n'a pas de diagnostic posé.

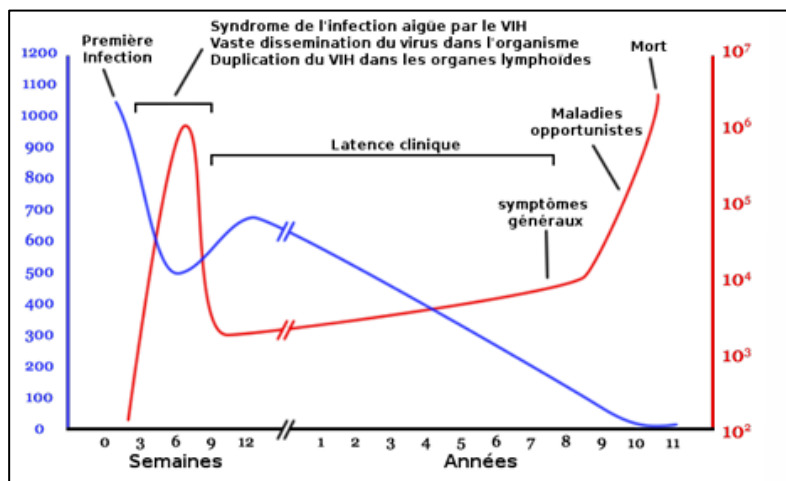


Figure 4 : Evolution dans le temps de l'infection par le VIH (4)

Cependant, en l'absence de traitement, le virus échappe peu à peu à la pression immunitaire, la quantité de lymphocytes T CD4⁺ diminue progressivement durant toutes ces années, jusqu'à ce que les **premiers symptômes apparaissent** (perte de poids, infections de la peau, fièvre, diarrhée...) (3)

3. Le SIDA et ses conséquences

Le virus persiste et continue d'infecter les cellules immunitaires jusqu'à arriver au stade du **Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée (SIDA)**, on parle alors d'immunodépression cellulaire.

Il est caractérisé par :

- Un taux de lymphocytes T CD4⁺ **inférieur à 200/mm³**
- Une quantification de l'**ARN viral plasmatique élevée**
- Une vulnérabilité liée à l'**arrivée de maladies opportunistes** anormalement contrôlées par le système immunitaire. (4)

Les lymphocytes T CD4⁺ trop peu nombreux ne jouent plus leur rôle d'activateur des lymphocytes B et T CD8⁺, ce qui entraîne une chute de la quantité d'anticorps (reconnaissant les agents pathogènes) et de lymphocytes T cytotoxiques (lysant les

cellules infectées). Il n'y a plus de réponse immunitaire spécifique et le patient développe des infections opportunistes. (3)

Du fait de l'affaiblissement de système immunitaire, une simple infection pour une personne immunocompétente, prend une grosse ampleur et, sans prise en charge, entraîne le décès du patient.

Parmi ces différentes infections opportunistes, et en corrélation au taux de LTCD4, on retrouve différentes pathologies comme :

Taux de LTCD4 entre 500 et 200/mm3	Taux de CD4 entre 200 et 100/mm3	Taux de CD4 inférieur à 100/mm3
- Tuberculose - Maladie de Kaposi - Lymphomes malins non hodgkiniens	- Tuberculose - Maladie de Kaposi - Lymphomes malins non hodgkiniens - Candidose œsophagienne - Pneumocystose	- Tuberculose - Maladie de Kaposi - Lymphomes malins non hodgkiniens - Candidose œsophagienne - Pneumocystose - Toxoplasmose cérébrale - Infections à cytomégalovirus - Cryptococcose neuroméningée - Infections à mycobactéries atypiques - Leuco encéphalopathie multifocale progressive à JC virus (LEMP)

Tableau 1 : Principales pathologies opportunistes selon le taux de lymphocytes TCD4 (8)

C- Prévention et transmission

1. Epidémiologie de l'infection par le VIH

a. Données mondiales

Le VIH s'est développé dans le monde entier à partir des années 1980. Plus de 88 millions de personnes ont été infectées par le VIH et plus de 42 millions de personnes en sont décédées.

Selon les dernières données de l'Organisation des Nations unies (ONU) SIDA 2025 sur l'année 2024, **40,8 millions** de personnes sont porteuses du VIH dans le monde. (9)

Parmi ces gens :

- 53% sont de sexe féminin
- 1,4 millions sont des enfants
- 5,3 millions ne savaient pas qu'ils étaient porteurs du VIH

	2000	2005	2010	2020	2024
Personnes vivant avec le VIH	27,9 millions [25,3 millions - 31,1 millions]	29,9 millions [27,1 millions - 33,4 millions]	32,2 millions [29,2 millions - 36,0 millions]	38,9 millions [35,3 millions - 43,5 millions]	40,8 millions [37,0 millions - 45,6 millions]
Nouvelles infections au VIH	2,9 millions [2,3 millions - 3,7 millions]	2,5 millions [2,0 millions - 3,2 millions]	2,2 millions [1,7 million - 2,8 millions]	1,5 million [1,2 million - 1,9 million]	1,3 million [1,0 million - 1,7 million]
Décès liés au sida	1,8 million [1,4 million - 2,4 millions]	2,1 millions [1,6 million - 2,7 millions]	1,4 million [1,1 million - 1,8 million]	740 000 [570 000 - 960 000]	630 000 [490 000 - 820 000]
Nouvelles infections au VIH (adultes de 15 ans et plus)	2,3 millions [1,9 million - 3,0 millions]	2,0 millions [1,6 million - 2,6 millions]	1,8 million [1,5 million - 2,4 millions]	1,4 million [1,1 million - 1,8 million]	1,2 million [950 000 - 1,5 million]
Nouvelles infections au VIH (enfants de 0 à 14 ans)	560 000 [390 000 - 820 000]	490 000 [340 000 - 710 000]	310 000 [220 000 - 450 000]	150 000 [110 000 - 220 000]	120 000 [82 000 - 170 000]
Personnes ayant accès à une thérapie antirétrovirale	370 000 [320 000 - 380 000]	1,6 million [1,4 million - 1,6 million]	7,7 millions [6,7 millions - 8,0 millions]	26,2 millions [23,1 millions - 27,3 millions]	31,6 millions [27,8 millions - 32,9 millions]
Disponibilité des ressources	5,1 milliards de dollars américains	9,3 milliards de dollars américains	16,7 milliards de dollars américains	21,5 milliards de dollars américains	18,7 milliards de dollars américains

Figure 5 : Estimations épidémiologiques 2025 de l'ONUSIDA (9)

Les populations les plus touchées par ce virus sont, par ordre décroissant, celles qui vivent :

- en **Afrique orientale et australe** (21.1 millions),
- en **Asie et Pacifique** (6.9 millions),
- en **Afrique occidentale et centrale** (5.2 millions),
- en **Amérique latine** (2.5 millions),
- en **Amérique du Nord, Europe occidentale et centrale** (2.4 millions),
- en **Europe de l'Est et en Asie centrale** (2,1 millions),
- aux **Caraïbes** (340 000),
- au **Moyen-Orient et Afrique du Nord** (240 000)

Concernant les nouvelles infections au VIH, nous sommes passés de 2.9 millions de personnes dans les années 2000 à 1.3 millions en 2024, soit une diminution de moitié depuis plusieurs décennies. Cela est corrélé à une augmentation d'accès aux thérapies antirétrovirales, passant de 370 000 personnes durant les années 2000 à 31.6 millions ayant accès à ces thérapies en 2024. (9)

Également grâce au développement des nouvelles avancées thérapeutiques, le nombre de décès liés au SIDA a diminué de façon significative.

- **4.41%** de décès en 2000
- **1,54%** de décès en 2024

b. La situation en France

En 2024, selon les données de Santé Publique France, environ **180 000 personnes** vivaient avec le VIH en France. Au cours de la même année, **5 125 nouveaux cas** de séropositivité ont été diagnostiqués. (10)

Entre 2012 et 2020, une diminution significative du nombre de nouvelles découvertes de séropositivité a été observée. Cette diminution est plus marquée chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) nés en France (-36%) qui est étroitement liée aux efforts de dépistage, à l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux, et à la mise en place de stratégies préventives, notamment la prophylaxie-pré-exposition (PrEP), dans les populations à risque.

A contrario, entre 2021 et 2023, on constate une augmentation chez les HSH nés à l'étranger (+36%) et les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (+33%), qui peut être expliquée par un recours au dépistage moins fréquent que les autres populations, permettant une mise sous traitement plus tardive.

Sur l'ensemble de la période de 2012 à 2024, la découverte de séropositivité reste en **diminution d'environ 10%** sur la population générale en France.

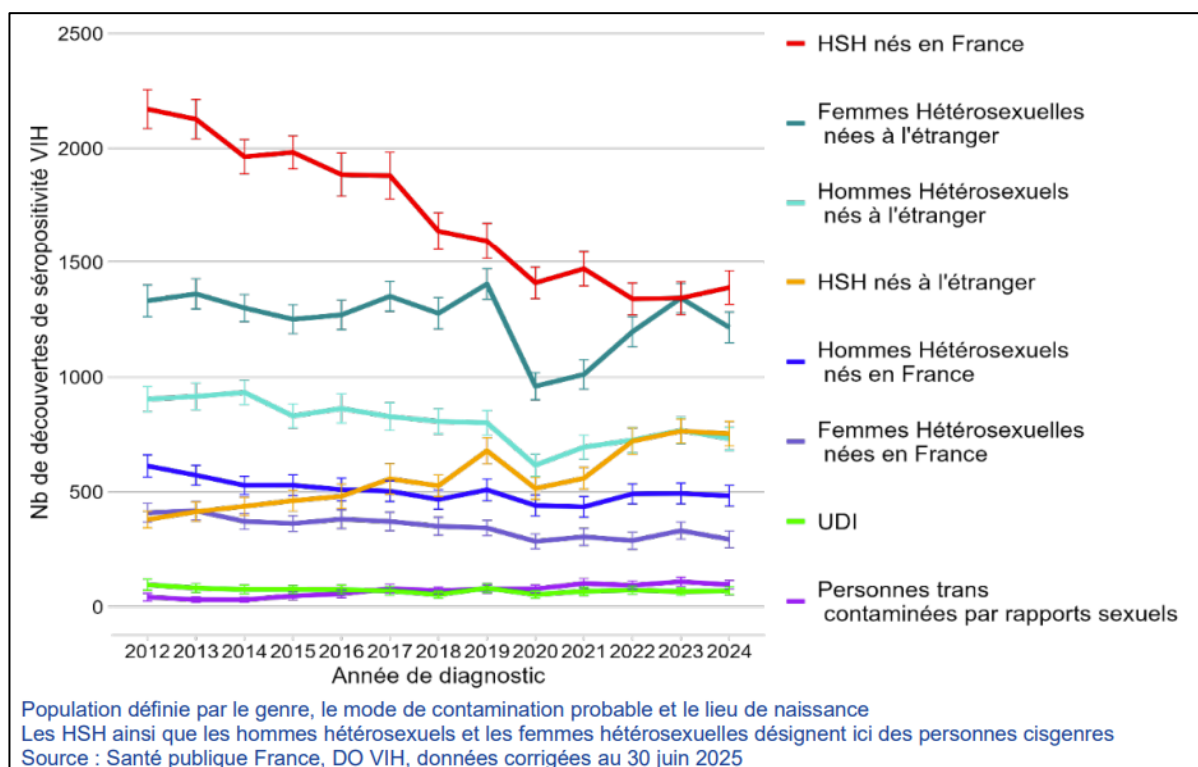


Figure 6 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population* en France, entre 2012 et 2024 (10)

c. Au niveau régional

Sur les Hauts-de-France, environ **4700 personnes** sont suivies pour une infection au VIH, on observe une certaine stabilité depuis 2019 avec un nombre de découvertes autour de 250 cas par année.

Les découvertes concernent principalement les HSH (53%), nés en France (54%) et âgés de 25 à 49 ans (66%).

Néanmoins, **96% des patients suivis dans la région bénéficient d'un traitement antirétroviral, dont 86% ont une charge virale indétectable.** (11)

d. Population cible

Les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH sont souvent celles mises à l'écart dans la société ou celles vulnérables en raison de facteurs sociaux ou encore économiques, ce qui limite leur accès aux soins.

Parmi elles, on retrouve les **HSH**, les **personnes transgenres**, les **travailleurs du sexe**, les **migrants**, les **usagers de drogues injectables** et les **populations incarcérées**.

Ce sont des groupes qui présentent des vulnérabilités spécifiques. En effet, les HSH et les populations transgenres sont souvent confrontés à la stigmatisation et aux discriminations, ce qui gêne l'accès à la prévention et aux traitements.

Les travailleurs du sexe sont exposés à des partenaires multiples, mais ont maintenant accès à des outils de prévention comme les préservatifs et la PrEP.

Les migrants, notamment ceux originaires d'Afrique où la prévalence du VIH est très élevée, sont souvent éloignés des systèmes de soins notamment à cause de la barrière linguistique et économique.

Les usagers de drogues sont particulièrement vulnérables au VIH en raison du partage de matériel d'injection.

De façon similaire, les personnes incarcérées présentent un risque accru en raison de pratiques à risques (partage de matériel d'injection, rapports non protégés dans des lieux de promiscuité).

Cela limite l'accès à la prévention, aux dépistages et aux traitements ce qui souligne l'importance d'approches de santé publique inclusives et adaptées pour réduire les inégalités face au virus.

2. Transmission du virus

Malgré tout ce que l'on entend autour de la transmission du VIH, il y a seulement 3 modes de transmission de ce virus qui sont :

- La transmission par le sang et ses dérivés
- La transmission de la mère à l'enfant
- La transmission par contact sexuel intime

Voie d'exposition		Risque par type d'exposition	Remarques
Voie parentérale	Transfusion	92.5%	Si de nombreuses contaminations ont eu lieu par transfusion dans les années 1980, lors de l'affaire du sang contaminé, ce risque est désormais pratiquement nul, de par la sélection des donneurs et la recherche du virus et d'anticorps anti-VIH dans les dons du sang.
	Partage d'aiguille contaminée	63%	
	Piqûre percutanée	23%	
Voie mère enfant	Grossesse	23%	<i>In utero</i> , le risque de transmission du VIH est faible mais possible par la voie transplacentaire, essentiellement lors du 3 ^e trimestre
	Accouchement	65%	Lors de l'accouchement, les contacts avec le sang et les sécrétions vaginales de la mère favorisent la contamination. Une césarienne réduit ainsi les risques de transmission au nouveau-né.
	Allaitement	12%	Pendant l'allaitement, une contamination via les muqueuses fragiles du bébé dans le tube digestif est possible.
Voie sexuelle	Rapport anal réceptif	1.38%	Les pratiques sexuelles présentant un risque sont celles impliquant des traumatismes muqueux. En effet, les microlésions et inflammations dans les muqueuses (génitales, rectales ou buccales) sont des portes d'entrées pour le virus en cas de contact avec les sécrétions sexuelles contaminées.
	Rapport anal pénétrant	0.11%	
	Rapport vaginal réceptif	0.8%	
	Rapport vaginal pénétrant	0.4%	
	Rapport oral réceptif	< 0.4%	

Tableau 2 : Estimation de la probabilité de contracter le VIH à partir d'une source infectée (3)

Cette transmission peut être grandement influencée par la quantité de virus dans le liquide corporel, mais également selon l'étendue de contact avec ce fluide corporel. Toute activité qui n'implique pas de contact avec des liquides corporels (le toucher, les câlins, les baisers, le partage de nourriture, ect...) ne permet pas une transmission du virus. C'est un micro-organisme qui ne survit pas à l'air libre.

a. La transmission sexuelle

Un seul rapport sexuel avec une personne porteuse du VIH, et dont le traitement n'est pas efficace, peut suffire à transmettre le virus. Le niveau de risque varie en fonction du type de rapport : les **pratiques anales présentent un risque plus élevé** que les pratiques vaginales, et ce, en raison de plusieurs facteurs.

La muqueuse rectale est caractérisée par une structure plus fine et plus fragile que celle de la muqueuse vaginale, ce qui la rend plus sensible aux microtraumatismes et aux lésions lors de rapports sexuels. (12)

Contrairement au vagin, le rectum ne produit pas de lubrification naturelle, cela augmente le risque de frictions qui peuvent également provoquer des lésions dans les tissus, qui facilitent l'entrée du VIH dans l'organisme.

De plus, la muqueuse rectale est riche en cellules immunitaires cibles du VIH, telles que les lymphocytes T CD4, les macrophages et les cellules dendritiques. Cette concentration élevée de cellules permissives à l'infection augmente le risque de transmission en cas d'exposition au virus au niveau rectal.

Le partenaire insertif dans le contact sexuel porte un risque d'infection plus faible que le partenaire réceptif, mais qui existe quand même via une transmission dans le prépuce ou le long de l'urètre chez l'homme.

La présence d'une autre Infection Sexuellement Transmissible (IST) telle que la syphilis, la chlamydia, l'herpès, la gonorrhée, etc.. est également corrélée à un risque accru de transmission du VIH. (13)

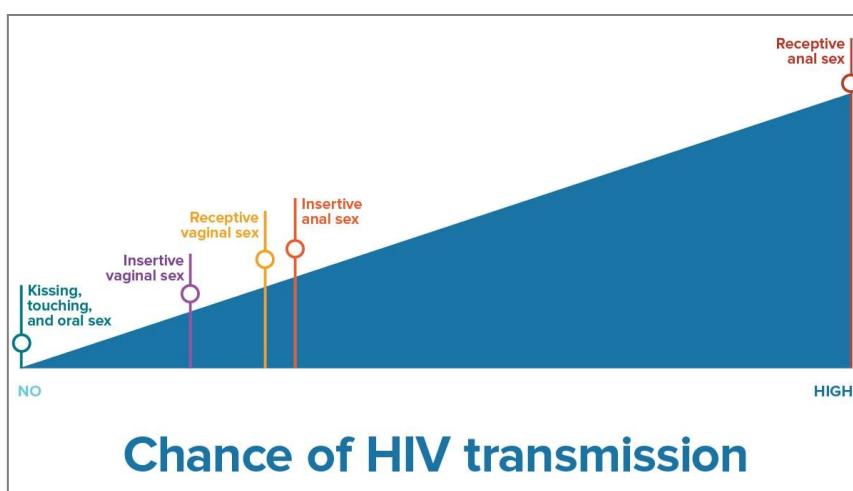


Figure 7 : Risques de contracter le VIH selon l'acte sexuel (66)

b. La transmission par le sang et ses dérivés

Selon certaines données, environ 30 à 50% du virus est présent dans le sang. Lors d'un Accident d'Exposition au Sang (AES), le risque de transmission du VIH dépend principalement de la **charge plasmatique de la personne séropositive**, ainsi que de la **nature et de la gravité de la lésion** de l'individu exposé.

Historiquement, les transfusions sanguines et les transplantations présentaient un risque élevé de transmission du VIH. Cependant, l'introduction systématique des tests moléculaires de dépistage et des analyses sérologiques obligatoires dans les protocoles de don du sang a drastiquement réduit ce risque, le rendant aujourd'hui extrêmement faible.

La transmission du VIH est également possible lors de la consommation de drogues injectables, en particulier par le partage d'aiguilles ou de matériel contaminé. Tout équipement souillé utilisé pour des injections constitue un vecteur potentiel de transmission.

c. La transmission de la mère à l'enfant

C'est la manière la plus courante par laquelle les enfants contractent le VIH. La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différents stades : pendant la **grossesse**, lors de **l'accouchement** ou au cours de **l'allaitement**.

Pendant la grossesse, le risque de transmission est principalement lié à l'ingestion par le fœtus de liquide amniotique contenant le virus.

Lors de l'accouchement, plusieurs voies de transmission sont possibles : le contact direct avec le sang maternel, les sécrétions génitales infectées ou encore le sang contenu dans le cordon ombilical.

En période post natale, le lait maternel lors de l'allaitement peut contenir du virus, y compris si la mère contracte le virus après l'accouchement.

D- Les traitements existants aujourd'hui

C'est grâce à leur développement que les infections opportunistes sont de moins en moins présentes. On cherche à agir aux différentes phases du développement du VIH afin de diminuer au maximum la charge virale et de maintenir un taux de LTCD4 suffisant.

Dans cette partie, nous parlerons globalement des traitements existants pour les patients dans le cadre d'une infection d'un adulte par le VIH seul, à l'exclusion des populations particulières. (grossesse, enfants, infection par le VIH-2)

Avant toute initiation thérapeutique, le patient réalise un **bilan paraclinique initial** qui reprend la confirmation du diagnostic par une sérologie, le dosage de l'ARN plasmatique pour établir la charge virale ou encore le test génotypique de résistance du VIH.

S'y ajoutent un suivi biologique général comprenant un hémogramme, le suivi de la fonction hépatique et rénale, le suivi du bilan lipidique ainsi que le dépistage de co-infections comme les hépatites ou encore la tuberculose. (14)

En règle générale, le traitement est débuté **sans délai dès la première consultation** spécialisée dans le cadre d'une primo-infection, ou après l'obtention des premiers résultats du bilan initial, dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection à VIH.

1. Les classes thérapeutiques actuelles

Classes thérapeutique	Mécanisme d'action	Molécules
Les inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse (INTI)	Ils vont bloquer la transcriptase inverse, enzyme nécessaire à la synthèse de l'ADN complémentaire à partir de l'ARN viral, avant l'entrée dans le génome.	Abacavir Emtricitabine Lamivudine Ténofovir disoproxil Tenofovir Alafénamide <i>Zidovudine*</i>
Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Ils vont aussi bloquer la transcriptase inverse, mais ce ne sont pas des prodrogues donc ils n'ont pas besoin d'être activés.	Doravirine Efavirenz Etravirine Névirapine Rilpivirine
Les inhibiteurs de l'intégrase (INI)	Ils agissent sur l'intégrase, une enzyme nécessaire à l'intégration du génome du VIH au sein du génome de la cellule hôte, afin d'entamer la réplication virale.	Bictégravir Dolutégravir Elvitégravir Raltegravir Cabotégravir
Les inhibiteurs de protéase (IP)	Ils viennent se fixer sur le site actif de la protéase du VIH à la fin du cycle viral pour former des particules virales immatures non-infectieuses.	Atazanavir Darunavir Lopinavir Ritonavir
L'inhibiteur de fusion	Il va venir inhiber la fusion de la membrane cellulaire et virale au début du cycle.	Enfuvirtide
L'inhibiteur du CCR5	Il va venir bloquer l'entrée du VIH dans la cellule hôte par blocage du CCR5.	Maraviroc
L'inhibiteur d'attachement	C'est une prodrogue qui, une fois activée, vient inhiber l'interaction entre le virus et les récepteurs du LTCD4 pour empêcher le virus d'entrer dans la cellule.	Fostemsavir trométamol

L'inhibiteur sélectif de la capsid du VIH-1	Il se lie directement aux sous-unités protéiques de la capsid pour empêcher l'assemblage de la capsid et bloquer plusieurs étapes du cycle viral.	Lénacavir
--	---	-----------

Tableau 3 : Liste des molécules utilisées dans le VIH-1 par classes thérapeutiques

*Zidovudine : Médicament historique qui n'est plus utilisé aujourd'hui du fait de son profil de tolérance

2. Les stratégies d'associations

La thérapeutique repose sur une association d'antirétroviraux. On associe généralement en première intention une polythérapie nommée **Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)**. Elle est composée d'un Inhibiteur Nucléosidique de Transcriptase Inverse (INTI) et d'un INhibiteur de l'Intégrase (INI) pour la bithérapie, et de deux Inhibiteurs Nucléosidiques de Transcriptase Inverse (INTI) auxquels s'ajoute soit un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI), soit un INhibiteur de l'Intégrase (INI) pour la trithérapie (14) (15)

Les INhibiteurs de l'Intégrase (INI) tendent à être de plus en plus privilégiés en raison de leur profil d'efficacité et de tolérance.

En cas d'échec aux thérapeutiques précédentes, d'autres classes thérapeutiques peuvent être considérées comme l'inhibiteur d'attachement (Fostemsavir), l'inhibiteur sélectif de la capsid du VIH-1 (Lénacavir), ou d'anciens antirétroviraux de seconde ligne tel que le Maraviroc, inhibiteur du CCR5, ou l'Enfuvirtide, un inhibiteur de fusion de la membrane cellulaire et virale. (16)

Le choix du premier traitement doit être **individualisé** et la PVVIH concernée doit pouvoir participer à ce choix, l'objectif étant d'atteindre un niveau maximal d'adhésion et d'observance. (15)

Le choix se porte également selon le **profil du patient**, c'est-à-dire en fonction de sa tolérance, des comorbidités, des mutations et résistances connues, et des échecs thérapeutiques précédents.

Selon les recommandations de la HAS, lors d'une primo-infection, on retrouve de façon préférentielle (en première intention) (15):

- 2 INTI + 1 INI
 - **BIKTARVY** (Ténofovir alafénamide – Emtricitabine – Bictegravir)
 - **TRIUMEQ** (Abacavir – Lamivudine – Dolutégravir) sauf si HLA B*5701 positif ou co-infection par le VHB,
- 1 INTI + 1 INI
 - **DOVATO** (Lamivudine – Dolutégravir) sauf si co-infection par le VHB ou lymphocytes T CD4 <200/ µL
- 2 INTI + 1 INNTI
 - **DELSTRIGO** (Ténofovir disoproxil – Lamivudine – Doravirine) sauf si ARN VIH plasmatique >500 000 copies/mL

De façon alternative :

- 2 INTI + 1 INI
 - **TRUVADA** (Ténofovir disoproxil – Emtricitabine) + **TIVICAY** (Dolutégravir)
 - **TRUVADA** (Ténofovir disoproxil – Emtricitabine) + **ISENTRESS** (Raltegravir) à débiter uniquement après les tests de résistance génotypique
- 2 INTI + 1 INNTI
 - **ODEFSEY** (Ténofovir alafénamide - Emtricitabine – Rilpivirine) sauf si ARN VIH plasmatique >100 000 copies/mL ou si lymphocytes T CD4 <200/µL. Il est également à débiter uniquement après les tests de résistance génotypique
- 2 INTI + 1 IP/r
 - **TRUVADA** (Ténofovir disoproxil – Emtricitabine) + **Darunavir** boosté par le ritonavir

Depuis 2021, deux antiviraux à longue durée d'action sont disponibles sur le marché :

- **VOCABRYA** composée d'un INI, le Cabotégravir
- **REKAMBYS** composée d'un INNTI, le Rilpivirine.

Administrés **au même moment**, ils se présentent sous forme d'injections intramusculaires dans le muscle fessier, une fois par mois le premier mois puis tous les 2 mois.

Le but étant de **simplifier la thérapeutique** pour les patients qui ne peuvent pas recevoir de traitement par voie orale.

La bithérapie injectable à libération prolongée est possible uniquement chez les adultes sous traitement antirétroviral stable depuis au moins 6 mois, ayant plus de 200 CD4/mm³, sans preuve de résistance actuelle ou antérieure et sans antécédent d'échec virologique aux agents des classes INNTI et INI. (16)

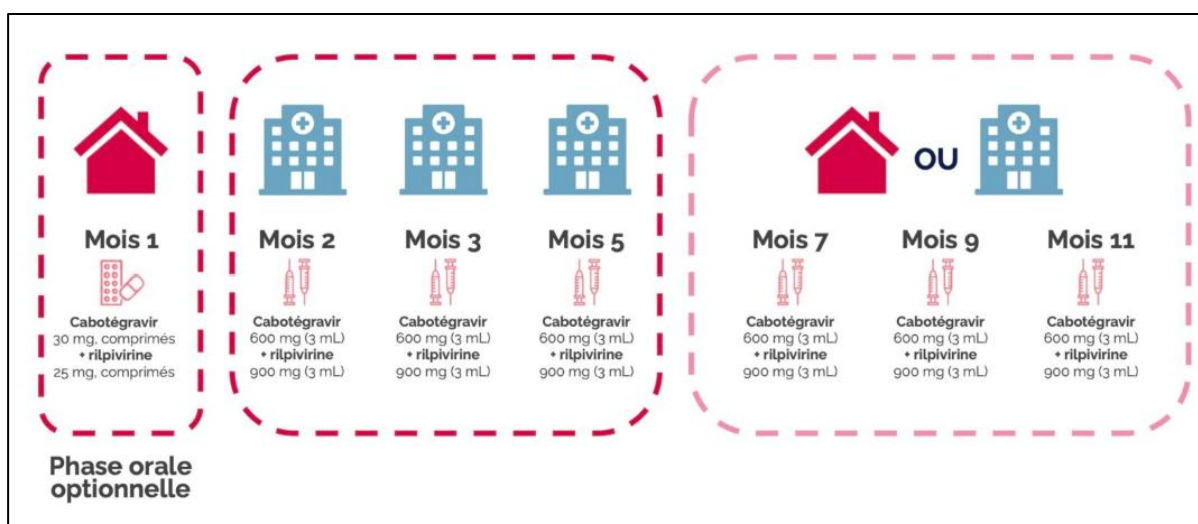


Figure 8 : Initiation du traitement à l'hôpital avant le passage en ville (67)

3. Charge virale indétectable : quelle signification ?

Les nouveaux traitements permettent de faire diminuer la Charge Virale (=CV) du virus jusqu'à la rendre indétectable, c'est-à-dire que la quantité de virus est tellement faible dans l'organisme qu'il n'est plus transmissible.

Cette valeur est calculée en mesurant le nombre de copies d'ARN du virus présent par mL de plasma grâce à une technique de RT-PCR quantitative. Les résultats sont exprimés en copie/mL.

Elle varie en fonction des pays, car les techniques développées dans les différents pays n'ont pas toutes la même sensibilité. En France, on considère qu'un patient a une charge virale indétectable lorsque celui-ci a **moins de 50 copies/mL**.

Les thérapeutiques doivent être prises avec une **observance excellente pendant les 6 premiers mois** pour atteindre l'indétectabilité qui signe l'efficacité du traitement.

Cette indétectabilité permet au patient d'avoir une **espérance de vie voisine à celle d'une personne séronégative** et de ne pas transmettre le virus lors de rapports non protégés.

Cette maîtrise de la CV permet souvent de restaurer l'immunité sur le plan physiologique ce qui limite le sur-risque infectieux de la personne et permet par exemple une réponse vaccinale optimale avec un recours possible aux vaccins vivants atténués.

L'élévation des CD4, en particulier au-dessus de 500/mm³ permet de limiter nettement le risque **d'infection opportuniste** empêchant notamment la personne ou le patient d'être exposé aux complications du VIH et d'évoluer vers le SIDA maladie.

Cette **avancée scientifique majeure** sur l'intransmissibilité liée à la diminution de la CV et un **message fort** partagé dans le monde entier notamment par l'ONU SIDA et l'OMS.

Cette donnée permet aujourd'hui de mieux lutter contre les discriminations, d'améliorer la qualité de vie des patients séropositifs, mais c'est également un outil de prévention pour tous, avec comme objectif national d'atteindre « 0 contamination d'ici 2030 ». (17)

II- LES MŒURS AUTOUR DU VIH : SÉROPHOBIE/SÉROFIERTÉ

A- Historique de l'apparition

1. Quand ?

Afin de mieux comprendre comment a débuté la contamination au niveau mondial et comment le virus s'est répandu, il faut remonter jusqu'en **1920**, où est apparu pour la toute première fois le VIH. En effet, des analyses rétrospectives ont révélé que le virus provenait des chimpanzés infectés par un virus similaire, le Virus de l'Immunodéficience Simienne (VIS). C'est à partir de cette époque, que la transmission zoonotique aurait eu lieu ; notamment en République Démocratique du Congo avec comme épiscentre, Kinshasa. Le groupe M et le groupe O du VIH-1 se seraient répandus à d'autres villes voisines par les réseaux ferroviaires.

La question de la datation de l'apparition du virus pose question, elle a pu être confirmée par des analyses de déjections de chimpanzés (*analyses laboratoires par des chercheurs en 2002*), car à cette époque, il était impossible de capturer les chimpanzés sauvages pour étudier leur sang. (18)

C'est en Afrique à Kinshasa en République Démocratique du Congo en **1960**, que le premier homme est identifié comme porteur d'une souche proche du VIH-1, à partir d'un échantillon de sang cette fois-ci. À partir de cette date, il y a eu une circulation massive du groupe M, allant jusqu'à dépasser la croissance démographique régionale. (19)



Figure 9 : Dynamique spatiale de la propagation du VIH-1 du groupe M (21)

Mais ce n'est qu'une vingtaine d'années plus tard, dans les années **1980**, qu'on a commencé réellement à décrire ce virus et parler d'épidémie.

En effet, les Centers for Disease Control (CDC), qui sont des agences épidémiologiques fédérales aux Etats-Unis , publient dans une de leurs revues *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) la présence de plusieurs cas graves de pneumocystose pulmonaire liés à une immunodéficience inexpliquée chez des jeunes homosexuels hospitalisés à Los Angeles. (20)

Quelque temps après, d'autres alertes auront lieu notamment des cas de « sarcome de Kaposi » chez des hommes homosexuels.

À la fin de l'année 1981, des cas d'infections opportunistes (pneumonie) sont également identifiés parmi les utilisateurs de drogues injectables, ainsi que chez des patients hémophiles, ou encore chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes créant d'emblée une stigmatisation sociale.

À cette période en réalité, déjà des millions de personnes sont touchées par ce virus.

C'est en **1983** que des chercheurs français de l'institut Pasteur annoncent avoir isolé le rétrovirus responsable du SIDA dans la revue américaine *Science*. Le professeur Luc Montagnier, directeur de cette recherche ainsi que Françoise Barré-Sinoussi, reçoivent alors le prix Nobel de médecine en 2008, pour leurs travaux sur la découverte de ce virus qu'ils appelleront le Virus Lymphadéno-Associé (LAV).

Ce rétrovirus, identifié par la suite par Robert Gallo aux Etats-Unis en **1984**, marquera le début d'une bataille juridico-scientifique s'étalant sur une dizaine d'années entre l'institut Pasteur et le National Institute of Health américain, afin de déterminer qui est à l'origine de cette découverte en premier. Cela s'ensuivra une nomination officielle de ce rétrovirus ; le virus de l'immunodéficience humaine. (21)

À la fin de ces années, les modes de transmission seront mis en évidence et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) débutera une surveillance globale autour de ce virus.

Le VIH-2, plus proche du VIS de certains singes d'Afrique de l'Ouest, sera identifié et nommé en 1986, mais restera globalement dans cette région.

2. Les évolutions au fur et à mesure des années

a. Le dépistage du VIH : évolution des outils et rôle des professionnels de santé

Le premier test **ELISA**, permettant de détecter la présence d'anticorps anti VIH dans le sang, est approuvé et mis sur le marché en **1985** par la *Food and Drug Administration* (FDA). Ce test a constitué une avancée majeure en rendant possible un dépistage biologique fiable et reproductible à large échelle. (22)

En **1996**, le développement du premier test **PCR-VIH-1** (Amplicor HIV-1) a permis de détecter et de quantifier directement le génome viral dans le sang. La mesure de la **charge virale** devient alors un outil central pour suivre la progression de la maladie et évaluer l'efficacité des traitements antirétroviraux. Les tests PCR actuels permettent de détecter des charges virales très faibles, souvent inférieures à **50 copies/mL**.

Historiquement, le diagnostic positif était confirmé par la technique du **Western Blot**, réalisée à partir d'un prélèvement sanguin pour identifier les anticorps dirigés contre différentes protéines du VIH. Aujourd'hui, cette technique est progressivement remplacée par des **tests de confirmation et de différenciation VIH-1/VIH-2**, plus rapides et standardisés

Stratégie diagnostique actuelle (14)

Le **diagnostic biologique du VIH** repose sur une **stratégie sérologique en deux étapes** :

1. **Dépistage de première intention** : tests de 4^e génération détectant simultanément les anticorps anti-VIH-1 et VIH-2 et l'antigène p24 du VIH-1, réduisant ainsi la fenêtre sérologique.
2. **Test de confirmation** : immunoblot ou test de différenciation VIH-1/VIH-2, éventuellement complété par la mesure de la charge virale.

TROD, autotests et rôle du pharmacien

Pour élargir l'accès au dépistage, des **Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)** sont disponibles. Réalisés par un professionnel de santé ou un intervenant formé, ils utilisent une **goutte de sang capillaire** ou un **prélèvement de fluide oral** comme le liquide craviculaire, et donnent un résultat en quelques minutes. Tout résultat positif doit être confirmé par un test biologique conventionnel. (24)



Figure 10 : Contenu d'un TROD VIH (78) cf. annexe I pour le mode d'emploi

Les **autotests VIH**, vendus sans prescription en pharmacie, se réalisent directement à domicile. Le prélèvement se fait généralement par piqûre du lobe de l'oreille ou du doigt (prélèvement capillaire) et permet au patient de détecter la présence d'anticorps anti-VIH. (25) Comme pour les TROD, tout résultat positif doit obligatoirement être confirmé par un test biologique. Sa commercialisation en France a longtemps été retardée face à la difficulté « éthique » de laisser une personne seule chez elle avec un résultat potentiellement positif. (26)



Figure 11 : Contenu d'un autotest VIH (77) cf. annexe II pour le mode d'emploi

Le **pharmacien d'officine** joue un rôle clé dans cette stratégie de dépistage (27) :

- distribution et explication des autotests en toute confidentialité,
- orientation vers un dépistage confirmé,
- identification des situations d'urgences pouvant conduire à une évaluation médicale,
- accompagnement et conseil en cas de résultat positif.

Cette proximité permet de **réduire les freins au dépistage**, de normaliser la démarche et de lutter indirectement contre la **sérophobie**.

Objectifs de santé publique (24)

La France s'inscrit dans la stratégie internationale « **95-95-95** » pour 2030 :

- 95 % des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées,
- 95 % des personnes diagnostiquées sous traitement antirétroviral,
- 95 % des personnes traitées avec une charge virale contrôlée.

Ils soulignent le rôle central du **dépistage précoce**, condition indispensable à la maîtrise de l'épidémie et à la réduction de la transmission du virus.

Ces objectifs sont actuellement atteints en France, 94,1% des personnes séropositives sont diagnostiquées, 96,2% sont traitées et 96,9% ont une charge virale inférieure à 200 CD4/ml. (25)

b. L'importance de la prévention dans la lutte contre le VIH

Même si les traitements existants limitent aujourd'hui la multiplication et la transmission du virus, ils ne l'éradiquent pas totalement. Agir en amont permet d'empêcher la transmission du VIH, de protéger les populations les plus exposées, d'informer et de sensibiliser la population.

Le préservatif

Connu comme **le moyen le plus efficace pour éviter la transmission des IST** (27), il agit comme une barrière qui empêche le contact entre les fluides corporels des partenaires, ce qui permet d'empêcher la transmission du virus. Le préservatif est l'un des moyens de prévention les plus accessibles, facile d'accès comme en pharmacie,

en grande surface, dans les distributeurs automatiques, gratuitement dans les centres de dépistage (CeGIDD) ou encore au sein des associations comme AIDES.

Depuis le 01 janvier 2023, il est possible pour les moins de 26 ans de se procurer gratuitement, et sans ordonnance, des préservatifs en pharmacie.

Une extension de cette mesure a été décrétée en mars 2025 pour élargir les marques de préservatifs remboursées et notamment ceux sans latex. Cela afin de faciliter l'accès à la protection et à lutter contre les IST. (26)

La prophylaxie préexposition (PrEP)

Initialement commercialisée pour les personnes à haut risque d'exposition, la PrEP est maintenant accessible à toute personne qui en fait la demande. (27) Elle a pour objectif d'encadrer les pratiques à risque de transmission par **un traitement antirétroviral** afin d'éviter la propagation du VIH.

La PrEP existe par voie orale et consiste en la prise d'un comprimé contenant deux molécules, le ténofovir disoproxil fumarate et l'emtricitabine. C'est le traitement de première intention, qui est habituellement très bien toléré. Il existe également la PrEP par Cabotégavir d'action prolongée par voie injectable, c'est une alternative de deuxième intention qui n'a pas encore d'AMM en France au 1^{er} avril 2026. (28)

Le traitement post-exposition (TPE)

Après une situation à risque, le TPE permet de **réduire le risque d'infection par le VIH grâce à la prise d'antirétroviraux** durant 30 jours, dès les 4 heures suivant l'exposition et au plus tard dans les 48 h après l'exposition pour qu'il soit efficace.

Le traitement post-exposition recommandé en première intention est une trithérapie = ténofovir disoproxil fumarate + emtricitabine + doravirine.

Dans l'attente de la validation de l'indication du TPE, un kit d'urgence comportant 3 à 5 jours de traitement doit pouvoir être remis au patient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par les structures habilitées à prescrire les antirétroviraux comme les services d'urgences et les CeGIDD, afin de ne pas retarder la mise sous traitement (29)

Le Treatment as Prevention (TAsP)

Pour les individus porteurs du VIH, la prise continue d'un traitement antirétroviral, en plus d'empêcher la réplication du VIH dans leur organisme, permet aussi de prévenir la transmission du virus. C'est ce qu'on appelle le Treatment as Prevention (TAsP). Une personne sous traitement qui a une charge virale indétectable depuis 6 mois ne transmet plus le virus, c'est le principe I=I vu précédemment.

L'usage de matériel stérile

Depuis l'apparition des contaminations du VIH chez les usagers de drogues injectables, la France a établi une politique de réduction des risques, et notamment via la mise à disposition de trousse de prévention contenant du matériel d'injection stérile.

L'objectif est de limiter le partage et la réutilisation du matériel d'injection pour éviter la transmission de maladies infectieuses, de bactéries ou de champignons.

On peut retrouver ces trousse en pharmacie à maximum 1 euro, ou gracieusement dans les établissements et les associations de réduction des risques et des dommages. (30)



Figure 12 : Illustration des "Kit Exper' Pharmaceutique" 1 et 2 ml du laboratoire EDEC (30)

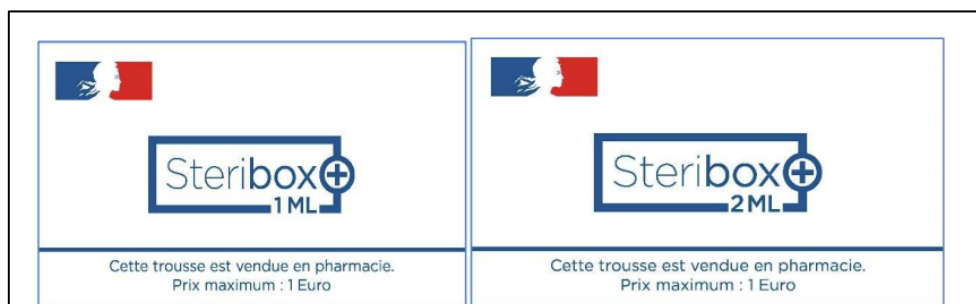


Figure 13 : Illustration des "Stéribox" 1 et 2 ml du laboratoire DELPHARM (30)

c. Les associations

C'est à partir de **1984**, que naissent les associations actuelles, elles ont pour objectifs l'information, la prévention, l'aide aux patients et le soutien à la recherche.

En effet, se faire diagnostiquer une pathologie tel que le VIH lorsque la seule source d'informations se trouve sur internet, peut être éprouvant, et le patient peut très vite se sentir mal à l'aise et se renfermer de peur d'être rejeté, stigmatisé.

Rejoindre une association offre un espace sécurisé **pour discuter librement de son statut sérologique**, mais aussi pour **obtenir toutes les informations nécessaires et fiables** concernant la prise en charge. Elle contribue à prendre les bonnes décisions sur sa santé.

Dans le VIH, les associations ont un rôle clef, car elles permettent de sensibiliser la population sur le VIH, que ce soit au niveau du public ou des professionnels de la santé.

Sensibiliser en termes de prévention, de dépistage, et de promotion de la santé sexuelle est évidemment capital.

Certaines associations ont aussi un rôle dans la recherche et l'expérimentation, par collaboration lors d'essais cliniques et d'études d'innovations.

On retrouve certaines associations comme **AIDES** qui lutte pour la santé et les droits des personnes séropositives, **ENIPS** qui s'axe dans la prévention et le dépistage en milieu festif ou encore au niveau international avec le **Sidaction** qui finance la recherche, et qui soutient aussi les projets d'autres associations. (31) (32) (33)



Tableau 4 : Différents logos d'associations impliquées dans la lutte contre le VIH

d. Création des CeGIDD

En **1988**, apparaissent les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ayant pour objectif de dépister le VIH. Et c'est seulement en **2005** que naissent à leurs tours les Centres d'Informations, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) qui prennent en charge les autres IST. (34)

Ces deux organismes étant complexes d'un point de vue administratif et dans le parcours de soins du patient, mais complémentaires dans les missions, ont fusionné en **2016** formant ainsi un seul et même organisme : le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD).

Il en existe environ 320 en France (données 2022) dont **18 centres dans les Hauts-de-France**. Ils sont financés via le Fond d'Intervention Régional (FIR) du ministère de la Santé et de la prévention, et sont sous la responsabilité des ARS.

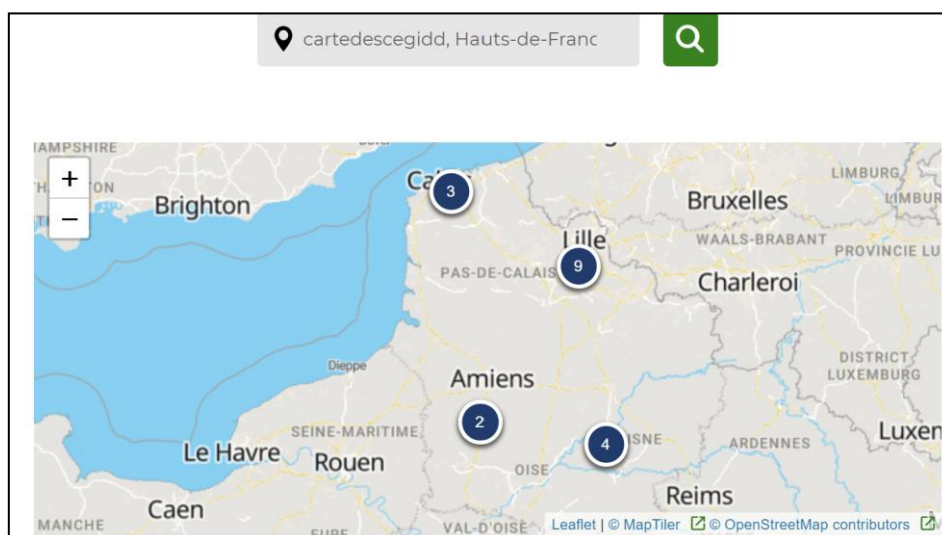


Figure 14 : Carte des CeGIDD dans les Hauts-de-France

Ils ont pour objectif de **promouvoir la prévention, le dépistage et le diagnostic** des IST (dont le VIH) et les hépatites afin d'orienter au mieux vers des soins adaptés. Ils ont aussi un lien complémentaire avec l'hôpital pour la prise en charge psychologique et sociale suite à une consultation médicale. (35)

D'autres missions plus larges ont également été ajoutées comme la prise en charge des Accidents d'Expositions aux Virus (AEV) du VIH ou des hépatites B et C. Ils y pratiquent aussi des consultations d'initiation et de suivi de la PrEP, ainsi que des entretiens spécialisés en santé sexuelle.

e. Les COREVIH

Plus récemment, en **2007**, se mettent en place des instances de coordination de lutte contre le VIH au niveau régional, qu'on appelle les COREVIH.

Il y en a **23 en France**, chaque **comité** est composé par les agences régionales de santé (ARS), des représentants des établissements de santé, des représentants des professionnels de santé, des usagers du système de santé ainsi que des personnalités qualifiées dans la lutte contre le VIH.

Au sein de chaque comité, des **commissions** de travail sont constituées afin de faire un état des lieux de la situation sur le territoire du COREVIH. C'est-à-dire coordonner les différents acteurs investis dans la prise en charge du VIH, améliorer la qualité de la prise en charge et des parcours, recueillir et analyser les données épidémiologiques, mais aussi mettre toute son expertise au service des politiques publiques. (36)

Elles sont réparties en **groupe projets**, chacun consacré à un enjeu spécifique de santé sexuelle (27) :

- **Violences sexistes et sexuelles** : renforcer l'identification des problèmes liés aux violences sexistes et sexuelles, former les professionnels de santé afin d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des victimes.
- **Parcours en milieu carcéral** : améliorer la santé sexuelle des personnes placées sous main de justice
- **Prévention et prise en charge du VIH** : faciliter et harmoniser les pratiques à l'échelle de la région
- **Chemsex** (= la prise de drogue pendant un rapport sexuel) : améliorer les parcours des chemsexers dans le traitement de leurs addictions et des infections associées à cette pratique
- **Migrants** : améliorer la prise en charge et la filiarisation des personnes migrantes.

Pour les Hauts-de-France, le COREVIH se situe au sein du centre hospitalier de Tourcoing et possède une antenne au centre hospitalier universitaire d'Amiens.

3. Point sur la sérophobie dans le VIH

a. Définition de la sérophobie

De manière générale, la **sérophobie** désigne une peur, un rejet ou une méfiance envers une personne en raison de son **statut sérologique réel ou supposé**, c'est-à-dire la présence d'une infection détectable dans le sang. Cette peur peut concerner différentes maladies infectieuses, mais elle repose le plus souvent sur une **mauvaise compréhension des modes de transmission** et sur des croyances erronées.

La sérophobie ne se limite pas à une crainte individuelle. Elle peut conduire à des comportements de rejet, à l'évitement, à la diffusion de rumeurs ou à des attitudes discriminatoires. Ces comportements peuvent être adoptés de manière consciente ou inconsciente et s'inscrivent dans un phénomène plus large de **stigmatisation sociale**, où certaines personnes sont mises à l'écart en raison de leur état de santé.

Selon l'OMS, la discrimination correspond au « traitement injuste d'une personne en raison de son statut sérologique réel ou perçu ». La sérophobie constitue ainsi un terreau favorable à ces discriminations, qui peuvent se manifester dans différents domaines de la vie quotidienne. (37)

b. Définition de la sérophobie dans le contexte du VIH

Dans le contexte du VIH, la sérophobie est née de l'impuissance initiale de la médecine à faire face à la maladie, mais aussi des peurs, des à priori et de la désinformation qui a accompagné son apparition. De manière consciente ou non, les personnes adoptant des attitudes sérophobes prennent parfois la liberté d'émettre des rumeurs sans preuves fondées, renforçant la peur et le rejet des personnes séropositives. (38)

Ce terme englobe la **stigmatisation**, c'est-à-dire les croyances négatives associées au VIH, qui conduisent à la **discrimination** des personnes concernées. Celle-ci peut se traduire par des traitements injustes, que ce soit dans l'accès aux soins, au travail ou dans la vie sociale.

La sérophobie liée au VIH **se manifeste à tous les niveaux** : dans le milieu professionnel, dans la vie personnelle et affective, mais aussi plus largement dans la société. Elle ne repose pas uniquement sur la peur du virus, mais sur un ensemble de représentations sociales négatives associées à la maladie et aux populations touchées. (39)

c. Évolution de la sérophobie depuis la découverte du VIH

Les années 1980

Les premiers cas de VIH détectés à Los-Angeles concernaient principalement des **hommes homosexuels**. La maladie a donc été très rapidement associée à cette population.

Le journal *The Bay Area Reporter*, un journal américain traitant de l'actualité LGBT+, a nommé ce virus, le « *Gay men's pneumonia* » traduit par « la pneumonie des hommes homosexuels » (40).

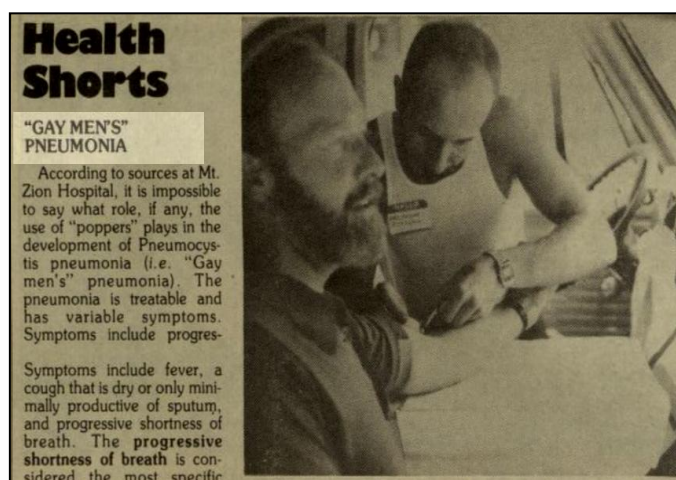


Figure 15 : Archive numérique d'un extrait du journal *The Bay Area Reporter* mentionnant le "*Gay men's pneumonia*" (40)

Ce terme se répand rapidement dans le monde. En France, selon une archive INA datant de 1983, présentant un extrait d'un reportage de l'époque, un journaliste reprend cette expression en déclarant : « A new York, les employés des maisons funéraires refusent de toucher les corps des morts de la maladie des homosexuels » pour parler du SIDA. (41)

De grands journaux comme *Libération* ou *Le Monde* évoquent également le SIDA comme un « cancer gay », ou encore un « syndrome des homosexuels ».



Figure 16 : Archive du journal Libération en 1983 "Cancer gay, la contagion par le sang"

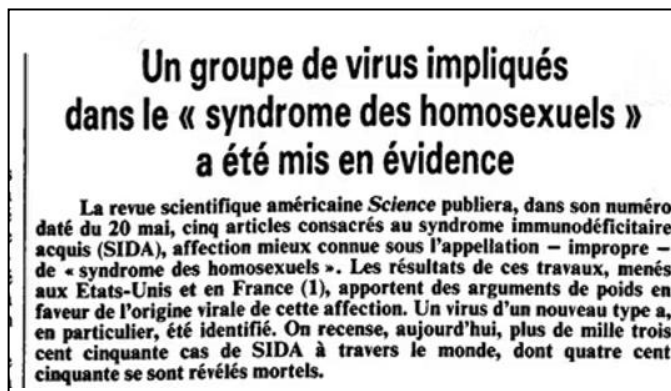


Figure 17 : Archive du journal Le Monde en 1983 qui présente le VIH comme le "syndrome des homosexuels"

A cette période, la stigmatisation n'est pas encore pleinement installée. Les réactions sont surtout liées à la **crainte de ce nouveau syndrome**, encore mal connu. Parallèlement, la visibilité de l'homosexualité a commencé à se développer, d'abord dans les années 1960-1970 avec la révolution sexuelle, puis de manière plus marquée avec l'émergence et la médiatisation du VIH.

En 1983, le ministre de la Santé Edmond Hervé interdit aux « personnes homosexuelles ou bisexuelles ayant des partenaires multiples » de donner leur sang afin de limiter la propagation du virus. (42)

Les interdictions à l'égard des personnes vivant avec le VIH se multiplient dans le monde et touchent même les enfants. Dans l'Indiana, par exemple, un jeune garçon de 13 ans, Ryan White, hémophile, contracte le VIH lors d'une transfusion sanguine et se voit refuser l'accès à son établissement scolaire après une pétition signée par les parents d'élèves, en raison de sa séropositivité. (43)



Figure 18 : Archive du journal Kokomo Tribune présentant l'histoire de Ryan White « Une école ferme ses portes aux jeunes atteints du sida »

De même, certains pays comme les Etats-Unis, sous la présidence de Ronald Reagan, interdisent complètement l'entrée sur leur territoire aux personnes séropositives, qu'elles soient touristes, travailleuses ou migrantes. (44) Ces mesures sont dénoncées par l'ONU, l'OMS et les associations de lutte contre le sida comme des formes de **sérophobie d'État**.

Les années 1990

Dans les hôpitaux, certains soignants n'osent toujours pas toucher les malades de peur d'attraper le virus et entrent dans les chambres des patients avec des protections importantes, parfois comparées à des « tenues de cosmonaute ».

Selon une archive de l'INA datant de 1987, une soignante explique que les patients atteints du SIDA « passeront en dernier au scanner », que les ambulances seront désinfectées après leur passage, et que le patient « sera le dernier à être pris en charge ». (45)

La circulation de l'information reste encore très limitée, malgré les nombreuses campagnes menées par les associations, y compris dans le milieu médical.

À cette époque, la distinction entre le VIH et le SIDA n'est toujours pas clairement établie pour une grande partie de la population.

Les médias, ainsi que certains responsables politiques, participent à **entretenir cette peur** en diffusant de fausses informations. Par exemple, lors d'une interview en 1987, Jean-Marie Le Pen qualifie les personnes séropositives d'« espèce de lépreux » et les décrit comme « contagieuses par leur transpiration, leurs larmes, leur salive ou leur contact ». (46)

Malgré ce contexte, des actions positives de prévention sont mises en place. La ministre de la Santé Michele Barzach autorise la publicité pour les préservatifs, estimant qu'il s'agit du « seul moyen de protection qui existe ». Un accord permet également la mise à disposition de préservatifs à bas prix dans les officines. (47)



Figure 19 : Panneau publicitaire pour le préservatif à 1 franc en 1993 - Archive INA

Des années 2000 à aujourd'hui

Avec l'arrivée des nouveaux traitements antirétroviraux, les HAART, les mentalités commencent progressivement à évoluer. Les associations se mobilisent davantage, la distinction entre le VIH et le SIDA devient plus claire, et les états s'engagent plus fortement.

L'OMS et ONUSIDA lancent des plans de financement afin d'améliorer l'accessibilité aux traitements.

En 2010, les Etats-Unis réautorisent l'accès au pays pour les séropositifs. Il faudra cependant attendre plusieurs années pour que certaines interdictions soient levées.

En 2017, la législation française permet de nouveau aux personnes décédées du SIDA de recevoir des soins funéraires et de conservation, interdit depuis 1986. (48)

Ce n'est qu'en 2022 que l'accès au don du sang est rétabli pour les personnes homosexuelles, sans distinction par rapport aux autres donneurs. (49)

Ces évolutions montrent que de nombreuses restrictions ont longtemps été fondées sur des préjugés liés à la sexualité plutôt que sur un risque sanitaire réel. Elles mettent en évidence le lien étroit entre **homophobie et sérophobie**, et montrent que les stigmatisations touchent le plus souvent les populations considérées comme « à risques »

B- La situation actuelle

1. Les idées reçues

« Le VIH est une maladie des homosexuels, des toxicomanes, des migrants, des travailleurs du sexe et des prisonniers. »

FAUX – Aujourd’hui, le VIH est une pathologie qui touche toutes les populations indépendamment du genre, de l’orientation sexuelle, de la classe sociale ou encore du lieu de vie. La prévalence reste cependant élevée dans certains pays en raison de la difficulté d’accès aux soins et certains comportements à risques peuvent également en faire partie. Par exemple, le partage de seringues, les relations sexuelles non protégées, etc.) Cette idée reçue alimente la stigmatisation liée au VIH, et retarde la prise en charge.

« On peut guérir du VIH avec les avancées scientifiques »

FAUX – Les traitements existants aujourd’hui permettent d’empêcher la réplication du virus et d’obtenir une charge virale indétectable. Le patient est considéré comme I=I, c’est-à-dire Indétectable = Intransmissible. L’espérance de vie de ces patients est similaire à un patient séronégatif, mais cela ne veut pas dire qu’il n’y a plus de virus.

En effet, la guérison, aujourd’hui, reste impossible avec les traitements en raison de la latence du virus dans les réservoirs. C’est-à-dire que lors de l’infection des LTCD4, une partie va subsister dans un état de latence où le génome viral intégré est capable de se répliquer indéfiniment. (50)

Certaines recherches portent actuellement sur des greffes de cellules souches qui posséderaient une mutation permettant la résistance au VIH (51), ou encore sur de la thérapie génique par l’approche CRISPR-Cas9 (courtes répétitions palindromiques groupées et régulièrement espacées), qui seraient capables de couper une portion de l’ADN viral dans les cellules infectées. (52)

« On ne parle plus du VIH, car il ne touche plus personne »

FAUX - Les médias ne parlent plus du VIH, qui est pourtant encore d'actualité. On a aujourd'hui beaucoup d'évolutions avec les différentes méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement. Malgré cela, les opinions des individus restent inchangées avec beaucoup de pensées encore stigmatisantes.

Par exemple, en 2024, l'association AIDES a réalisé une étude montrant l'évolution des rapports entre les Français adultes et le VIH et les résultats restent assez préoccupants malgré certaines évolutions. Encore 14% des Français sont mal à l'aise à l'idée de fréquenter le même cabinet médical qu'un patient séropositif, 16% à l'idée d'avoir un ou une collègue de travail séropositif, et 21 % seraient gênés à l'idée qu'un ou une enseignante de leur enfant soit porteur (porteuse) du VIH. (53)

D'ailleurs, cette sérophobie est condamnable depuis 1990. L'article 225-1 du code pénal mentionne « *Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe [...], de leur état de santé* » et l'article 225-2 ajoute « *La discrimination définie aux articles 225-1 à 225-1-2, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* ». (54)

2. Quels problèmes dans la prise en charge ?

a. Retard de diagnostic

La sérophobie envers certaines populations contribue à des retards de diagnostic. Par exemple, des facteurs sociaux comme la pauvreté, le racisme, le sexisme et d'autres formes d'inégalités créent des conditions stigmatisantes qui se chevauchent et se renforcent mutuellement, exposant les individus à l'infection par le VIH et limitant leur accès aux services de soins. Par ailleurs, la peur du jugement des autres et le manque d'informations freinent également le recours au dépistage.

Cette stigmatisation, associée à la peur d'être identifié comme porteur du VIH, incite certains individus à **dissimuler leur statut sérologique** ou à **éviter le dépistage**, ce qui favorise indirectement des comportements à risque et la transmission continue du virus.

b. Passage à côté de situations évitables

La séropositivité peut entraîner de la dépression, de l'isolement, de la culpabilité qui conduit à une baisse de l'estime de soi. Cela peut alors se traduire par le **refus de soins**. En effet, il peut être plus difficile pour les patients de consulter un professionnel de santé ou de suivre son traitement. D'ailleurs, la stigmatisation perçue est également corrélée à une mauvaise observance du traitement antirétroviral, et cette mauvaise observance favorise l'émergence et la transmission de souches de VIH résistantes aux médicaments.

c. Manque de soutien de la part des professionnels de santé de proximité

À l'hôpital, sur certains dossiers patient, il est encore noté en gros « patient VIH » sur la couverture du dossier, cela le stigmatise dès l'admission. De plus, le patient est souvent soigné en dernier pour ne pas « prendre de risques », voir même non pris en charge par certains soignants.

Ces situations ont un impact moral et **découragent les patients à parler de leur séropositivité**, c'est un cercle vicieux qui s'installe.

Si le patient annonce sa séropositivité, un jugement est alors ressenti, l'alliance thérapeutique ne se fait pas, ce qui peut amener à un retard de prise en charge. A contrario, si le patient ne dit pas qu'il est séropositif parce qu'il est indétectable donc sans risques de transmission, le professionnel de santé n'est pas au courant, ce qui peut être problématique aussi dans la prise en charge globale face aux risques d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses. Par exemple, beaucoup de patients ne vont pas mentionner leur séropositivité aux pharmaciens, et peuvent s'automédiquer à tort. L'exemple du GAVISCON illustre bien cette situation, car de nombreux patients présentent, en raison de leur thérapie antivirale, des reflux gastro-œsophagiens et des douleurs abdominales. En première intention, le GAVISCON est souvent recommandé, mais celui-ci peut interagir avec la thérapie antivirale en diminuant son absorption et donc son efficacité, et entraîner un échec thérapeutique.

Cet état de fait conduit encore aujourd'hui certains patients à demander que les antirétroviraux soient prescrits sur une ordonnance à part et à profiter du double circuit de délivrance pour aller chercher les antirétroviraux dans une pharmacie différente de

leurs autres traitements en particulier à l'hôpital. Le Dossier Médical Partagé (DMP) étant encore trop peu documenté ou consulté, il ne constitue pas une aide efficace pour que les professionnels de santé puissent avoir une parfaite connaissance des pathologies et traitements du patient.

La discrimination dans le milieu médical reste un fléau, on pourrait penser que les professionnels de santé sont les personnes qui sont les plus informées et les mieux formées pour la prise en charge.

Malgré cela, beaucoup de situations discriminantes surviennent encore. Par exemple, selon le rapport « La face cachée des discriminations » par l'association AIDES en 2016, en France, un dentiste sur trois refuseraient un soin de détartrage à un patient s'il était séropositif. (55)

Certains soignants ont même été condamnés pour faute professionnelle. Comme le mentionne le Défenseur des droits, un médecin anesthésiste a refusé de pratiquer une anesthésie générale par rapport au risque « de se piquer » et a préféré opter pour une anesthésie locale. Cette décision a conduit à une intervention beaucoup plus douloureuse pour la patiente. (56)

De même pour un chirurgien-dentiste qui a déclaré à un patient, « allez voir ailleurs, je ne veux pas m'occuper de personnes qui ont le SIDA, je ne prendrai aucun risque » à un patient au cabinet médical. Ce comportement constitue une discrimination en raison de son état de santé et une violation de vie privée.

Depuis 2016, encore ¼ des patients subissent des discriminations dans le milieu médical, un chiffre qui doit baisser, car cela aggrave l'impact négatif sur le recours aux soins. (56)

3. Qu'en pense le patient ?

a. Exemple de témoignage

J'ai eu la chance de pouvoir échanger avec un patient il y a plusieurs années dans le cadre d'un projet de santé publique avec l'université, et cela avait abouti à une vidéo disponible sur les réseaux sociaux de l'Association Amicale des Etudiants en Pharmacie de Lille (AAEPL). Cette vidéo reprend le parcours de ce patient depuis la découverte de sa séropositivité jusqu'à aujourd'hui.

Aujourd'hui, en tant que patient et membre d'AIDES, il a accepté de compléter ce témoignage au sujet de la sérophobie autour de la délivrance et de l'adhésion aux traitements. Les premières questions étaient :

- de savoir l'endroit où il pouvait se procurer ses traitements, c'est-à-dire plutôt en ville ou à l'hôpital,
- d'apprécier s'il avait ressenti un jugement de la part du pharmacien.

« Je préfère aller à la pharmacie, elle est en ville, cela fait 15 ans. J'ai choisi cette pharmacie, car c'est un ami qui la gère. Aussi, depuis que je travaille chez AIDES (4 ans), je pense que je n'aurais pas de difficultés à choisir une autre pharmacie, j'ai du recul alors je peux même parler avec les pharmaciens-nes des nouveaux traitements. Ainsi, je ne sens pas de jugement à cette pharmacie, mais plutôt un bon accueil et des échanges pertinents.

Pour autant, dans le groupe de parole pour les personnes VIH que j'anime, certaines personnes ont déjà témoigné d'une sorte de jugement, ou de manque de discrétion de la part de pharmaciens -nes »

Je lui ai alors demandé si, pour lui :

- son traitement était contraignant ou pas,
- s'il se sentait à l'aise de parler avec le pharmacien des effets indésirables, de l'observance de son traitement, ou
- s'il préférerait en parler avec autrui (AIDES, médecins, infirmières, etc..)

« Mon traitement est très simple, sans effets secondaires et je n'ai aucune contrainte à le prendre depuis 10 ans. Au début, oui, j'éprouvais des réticences émotionnelles à le prendre, un sentiment de honte et la peur.

Mais avant ces 10 ans, les traitements que j'avais étaient plutôt peu pratiques 3,4 médocs (contre 2 aujourd'hui) et mes reins ne supportaient pas.

Je suis plutôt à l'aise avec mon médecin et les pharmaciens pour parler en cas d'effets secondaires, et même pour parler de mon statut sérologique.

De plus en tant qu'accompagnateur communautaire en santé chez AIDES, je me sens responsable de parler régulièrement avec le corps médical des sujets autour du VIH et de la sérophobie. »

La dernière chose était de savoir s'il aurait des conseils, des choses à changer, à améliorer à propos de sa prise en charge ?

« Grâce à l'observance et aux progrès médicaux, mon infectiologue a changé mes traitements.

Aujourd'hui, je vais d'ailleurs passer à l'injection du traitement. Ce progrès est récent en France (2 ans) et propose une injection dans chaque fesse tous les 2 mois ... Une bonne nouvelle, plus d'oubli de médocs et aussi plus simple pour partir en vacances ! Pour ma part, j'ai fait le souhait de passer à l'injection du traitement, car je pense que cela sera plus facilitant pour moi, j'oublie souvent mes médocs ...

Heureusement, ce n'est pas grave, car je reste bien protégé et indétectable »

De par son témoignage, on peut comprendre que ce patient est acteur de sa pathologie et n'a aucun mal à discuter du VIH et de son traitement, il en a même fait une certaine force en s'engageant chez AIDES.

Cela lui permet, sur le plan personnel, de mieux comprendre sa pathologie et ses traitements, mais également, sur le plan social, de partager son expérience tout en venant en aide à ceux dans le besoin.

III- ENQUÊTE DE TERRAIN SUR LA SÉROPHOBIE EN « PHARMACIE »

A- Contexte de l'étude

L'officine occupe une place centrale dans le parcours de soins des patients vivant avec le VIH. Le pharmacien et les futurs pharmaciens sont amenés à assurer la dispensation, le conseil, l'accompagnement thérapeutique et parfois la vaccination.

Il apparaît alors pertinent d'interroger les représentations, connaissances et attitudes des étudiants en pharmacie face au VIH, afin d'identifier d'éventuelles situations de sérophobie, conscientes ou inconscientes, susceptibles d'influencer la qualité de la prise en charge.

Ce travail de thèse a donc pour objectif de mieux comprendre où en sont les jeunes pharmaciens vis-à-vis de cette problématique à travers une enquête menée auprès des étudiants de ma promotion au cours de leur 6^{ème} année.

Elle vise ainsi à répondre à la question suivante :

Dans quelle mesure la sérophobie est-elle présente en pharmacie parmi les étudiants de 6^{ème} année filière officine, et quels facteurs peuvent influencer leurs perceptions et leurs attitudes face aux personnes vivant avec le VIH ?

B- Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les **connaissances, représentations et attitudes** des étudiants de 6^{ème} année filière officine (promotion 2024-2025) de la faculté de pharmacie de Lille vis-à-vis du VIH.

Plus précisément, cette enquête vise à :

- apprécier le niveau de connaissances déclarées sur le VIH, les traitements associés et ses modes de transmission ;
- analyser les attitudes et le ressenti des étudiants face à la prise en charge des patients vivant avec le VIH au comptoir ;
- identifier d'éventuels freins, craintes ou préjugés pouvant traduire une forme de sérophobie ;
- évaluer l'impact potentiel de ces éléments sur la qualité de l'accompagnement pharmaceutique en officine

C- Méthodologie de l'enquête

1. Création du questionnaire

L'étude a été réalisée à l'aide d'un **questionnaire auto-administré en ligne**, conçu via le logiciel **LimeSurvey**, accessible par la plateforme institutionnelle *Enquêtes* de l'Université de Lille.

Ce mode de recueil a été choisi afin de garantir :

- l'anonymat des participants,
- la confidentialité des données,
- une participation volontaire sans contrainte hiérarchique.

2. Contenu du questionnaire

Le questionnaire est structuré en **4 parties principales** :

- le contexte de stage et l'environnement officinal ;
- les connaissances des étudiants concernant du VIH ;
- l'interaction avec les patients vivant avec le VIH ;
- les représentations, attitudes et éléments en lien avec la sérophobie et l'alliance thérapeutique.

Il comporte **29 questions**, dont **26 obligatoires**. Parmi celles-ci : **21 questions sont à choix uniques (QCU) et 8 à choix multiples (QCM)**, dont **6 comportent un champ de réponse libre**, permettant aux répondants de préciser leur raisonnement ou leur vécu.

3. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé auprès de l'ensemble des étudiants de 6^{ème} année filière officine, promotion 2024-2025, principalement par le biais des **réseaux sociaux**, notamment via **Messenger**, à l'aide d'un lien LimeSurvey donnant accès directement à la page d'accueil du questionnaire.

La première diffusion a eu lieu au mois de **mai 2025**, suivie de **deux rappels** effectués au mois de **juin et de juillet 2025**, afin d'optimiser le taux de participation.

4- Population étudiée et recueil des données

La population cible était composée de **121 étudiants** inscrits en 6^{ème} année filière officine.

Au total :

- **33 réponses complètes** ont été recueillies,
- **8 réponses partielles**, dont **4 questionnaires ouverts sans réponses exploitables**.

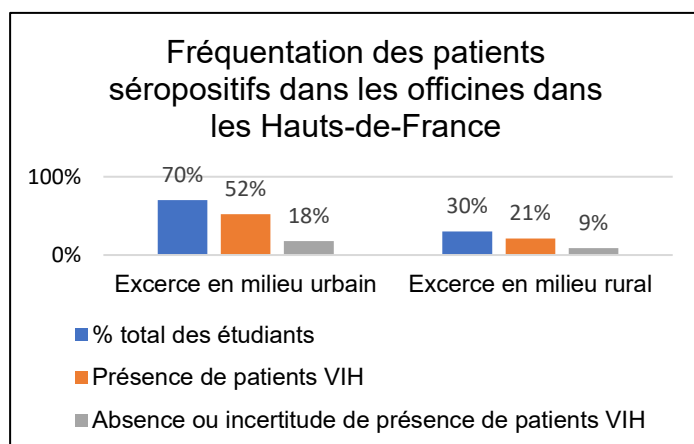
Les données ont ensuite été **exportées dans un fichier Excel**, protégées par un mot de passe, et exclusivement utilisées dans le cadre de cette thèse. Les réponses seront supprimées après la soutenance, conformément aux engagements pris auprès des participants.

5- Limites associées à l'enquête

Cette étude présente certaines limites comme l'absence ou la présence faible de patients porteurs du VIH au sein des officines des étudiants ciblés. L'intérêt porté à ce sujet, ou encore le mode de diffusion unique via une plateforme en ligne est également une autre limite de cette enquête. Enfin, la population ciblée étant très restrictive, elle est certes homogène, mais souffre d'un biais de représentativité et les résultats ne peuvent pas réellement être extrapolés à toute la population de pharmaciens d'officine. La question se pose de savoir si les résultats auraient été identiques si d'autres pharmaciens plus confirmés avaient répondu au questionnaire ?

D- Résultats de l'enquête

1- Profil de la population étudiée



La plus grande majorité des étudiants ayant répondu à l'enquête sont en stage de 6^{ème} année dans une pharmacie en milieu urbain (70%), avec une fréquentation de PPVIH proportionnelle selon la localisation.

Parmi les étudiants ayant répondu favorablement à la présence de patients séropositifs au sein de leur officine :

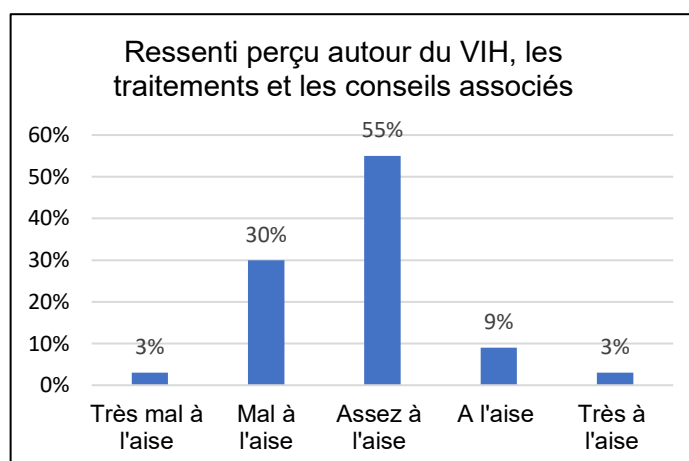
- 61% déclarent en recevoir chaque mois
- 12% déclarent en recevoir toutes les semaines
- 3% déclarent en recevoir tous les ans

Par ailleurs, 24% n'ont pas répondu à la question, cela peut s'expliquer par une difficulté à estimer la fréquence de passage.

Si oui, à quelle fréquence ces patients se présentent-ils au comptoir ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Tous les jours (AO01)	0	0.00%
Toutes les semaines (AO02)	4	12.12%
Tous les mois (AO03)	20	60.61%
Tous les ans (AO04)	1	3.03%
Sans réponse	8	24.24%
Non affiché	0	0.00%

2- Ressenti des étudiants pharmaciens

Globalement, les participants se sentent « Assez à l'aise » avec le VIH, les traitements et les conseils associés, mais on remarque quand même plus de personnes qui se sentent « mal à l'aise » (30%) plutôt qu'« à l'aise » (9%).



La plupart des étudiants ont tendance à se positionner sur un niveau intermédiaire, exprimant une certaine prudence dans l'estimation de leur aisance face aux traitements, sans excès de confiance. Bien sûr, l'évaluation de l'aisance ne se limite pas seulement à une question, c'est pour cela que d'autres aspects ont été étudiés à l'aide de questions un peu plus ouvertes.

Afin de mieux comprendre cela, nous avons posé des questions complémentaires portant sur le niveau de connaissance.

3- Connaissance des étudiants

Quelle(s) est/sont vos sources d'informations privilégiées sur le VIH si vous en aviez besoin ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Cours de fac (SQ001)	23	69.70%
Vidal, Thériaque, Claude Bernard ou autre base de données de médicaments (SQ002)	29	87.88%
IA type ChatGPT (SQ004)	1	3.03%
Source Institutionnelle type ANSM, HAS, Santé publique France (SQ003)	22	66.67%
Forum internet (SQ005)	0	0.00%
Site association patient ou informations grand public (Aides/Sida infos services...) (SQ006)	18	54.55%
Source scientifique spécialisée type VIH.org (SQ007)	10	30.30%
Autre	1	3.03%
Identifiant (ID)	Réponse	
8	Le moniteur	

Les principales sources d'informations qui ressortent sont les bases de données médicamenteuses françaises (VIDAL, thériaque, base de données publiques des médicaments) à 88%, les cours de la faculté à 70%, les sites institutionnels à 67%, les sites associatifs à 55% et les sources scientifiques à 30%.

Entre autres, ils se rendent le plus souvent sur les sites où l'on peut trouver l'information rapidement, souvent fiable, mais pas forcément la plus optimale.

Seulement 1 étudiant utilise l'intelligence artificielle type ChatGPT.

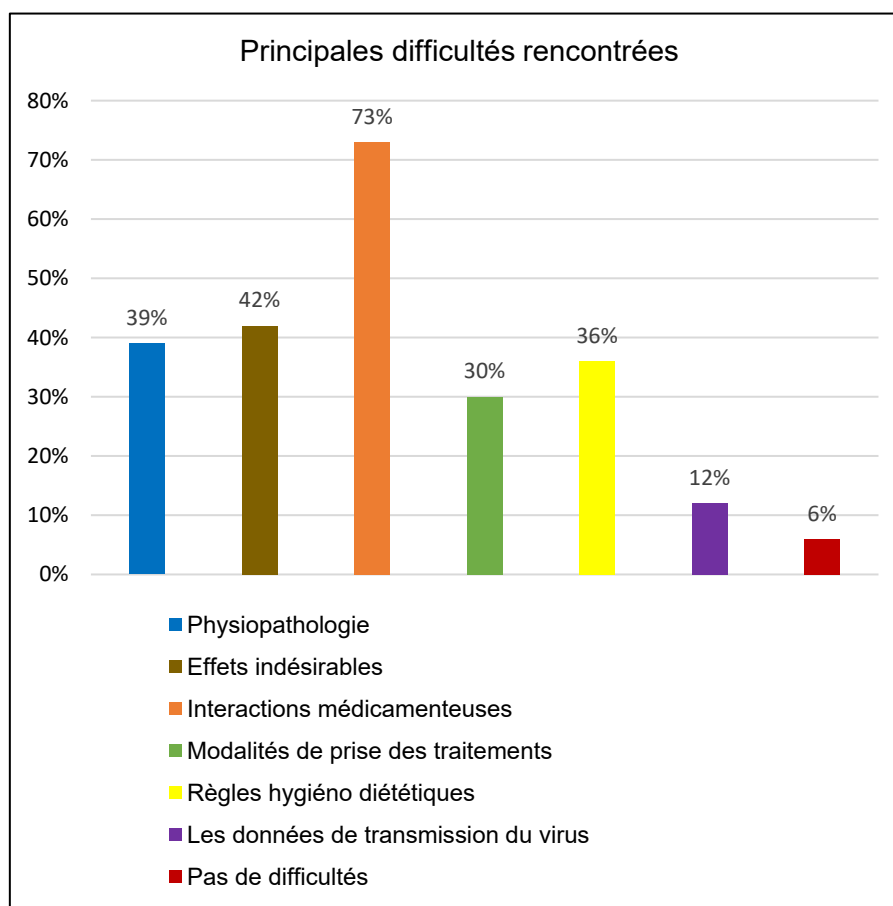
SI un jour, on vous pose une question sur les modes de transmission du virus HIV, vous diriez que vous les connaissez :		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas du tout (AO01)	0	0.00%
Assez bien (AO02)	9	27.27%
Bien (AO03)	12	36.36%
Très bien (AO04)	11	33.33%
Parfaitement (AO05)	1	3.03%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Parmi les participants, 28% estiment avoir un assez bon niveau de connaissance des modes de transmission du VIH, tandis que 37% le jugent bon, 34% très bon et 3% parfaitement.

Ces résultats traduisent une perception positive des étudiants interrogés sur leurs connaissances théoriques des modes de transmission du VIH.

Sur votre niveau de connaissance sur le VIH et ses traitements, vous diriez qu'il est :		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Très mauvais (AO01)	0	0.00%
Médiocre (AO05)	11	33.33%
Assez bon (AO04)	21	63.64%
Bon (AO03)	1	3.03%
Excellent (AO02)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Cependant, lorsque nous demandons aux étudiants comment ils évaluent leurs niveaux de connaissances du VIH et des traitements, la plupart d'entre eux ne surestiment pas leurs connaissances (63%) et parfois même se sous-estiment (34%). C'est pour cela que nous avons cherché à approfondir, et rechercher où se situaient les principales difficultés.



L'exploitation du graphique met en évidence un résultat majeur issu de la question à choix multiples :

- **les interactions médicamenteuses**

Elles sont sélectionnées par 73% des étudiants comme étant une difficulté principale.

D'autres difficultés ressortent, notamment les effets indésirables (42%), la physiopathologie (39%), les règles hygiéno-diététiques (36%) et les modalités de prise des traitements (30%).

6% des étudiants interrogés ne rencontrent aucune difficulté.

Les modes de transmission du virus semblent être connus par les étudiants puisque seulement 12% ont sélectionné cet item comme étant une difficulté.

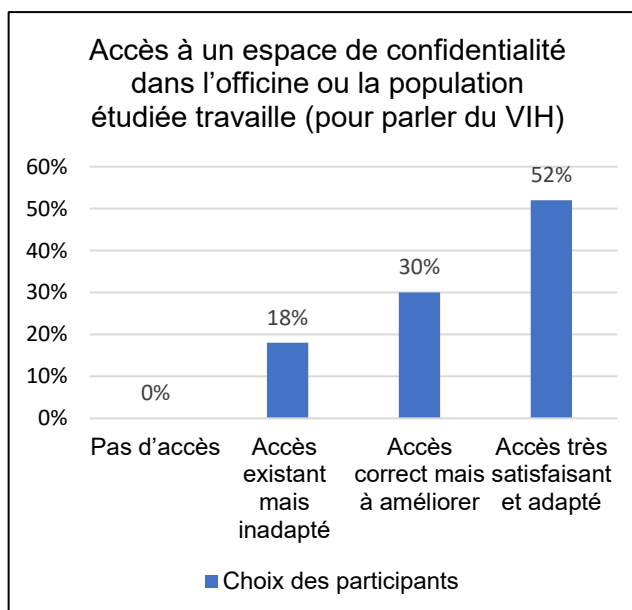
Vers quelle(s) personne(s) vous tourneriez vous si vous aviez un doute suite à une question posée par un patient sur le VIH ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Pharmacien de votre officine (SQ001)	27	81.82%
Médecin généraliste (SQ002)	6	18.18%
Médecin spécialiste (SQ003)	10	30.30%
Autre	0	0.00%

Lorsque nous demandons vers qui les étudiants pharmaciens se tourneraient en cas de doute sur une question à propos du VIH, **87% se tourneraient vers le pharmacien d'officine**, 30% vers le médecin spécialiste et 19% vers le médecin généraliste.

4- Interaction avec le patient

L'espace de confidentialité est un atout majeur de l'officine, il a été demandé aux étudiants comment ils jugeaient cet espace.

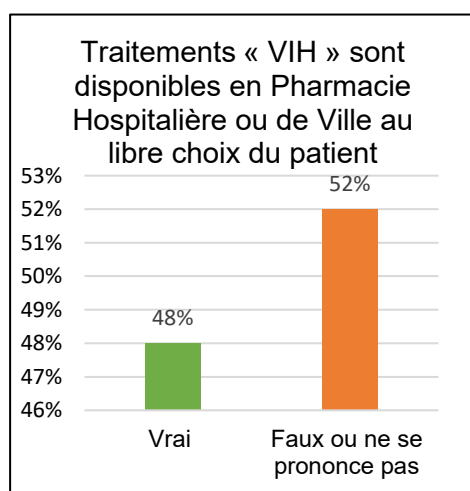
Globalement, l'accès à la salle de confidentialité dans les pharmacies est jugé satisfaisant et adapté (52%), avec quelques améliorations à prévoir selon certains (30%), voir inadapté (18%) pour d'autres.



Concernant la prise en charge initiale d'une nouvelle personne traitée par un traitement VIH, comment se passerait, d'après vous, le 1er approvisionnement dans votre pharmacie de ville ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Sur présentation spontanée de l'ordonnance au comptoir (SQ001)	28	84.85%
Par appel téléphonique préalable (SQ005)	5	15.15%
Par mail préalable (SQ004)	2	6.06%
Par fax du médecin traitant/d'un spécialiste (SQ003)	3	9.09%

L'un des points importants de la prise en charge concerne l'approvisionnement des médicaments. Parmi les étudiants, 85% estiment que les patients se présentent le plus souvent au comptoir pour la première délivrance.

En minorité, d'autres modes d'échanges sont utilisés, comme l'appel téléphonique (15%), le fax du médecin traitant ou du spécialiste (9%) ou encore les mails (6%).

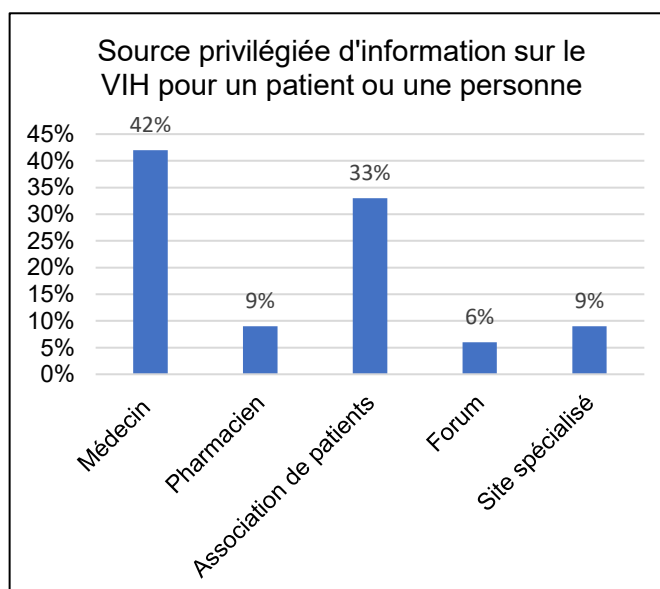


Comprendre les modalités d'approvisionnement du traitement est essentiel dans l'optimisation de la prise en charge, notamment dans le cas des ruptures de médicaments. Cependant, 52% des étudiants ignorent que les PPVIH peuvent récupérer leurs traitements aussi bien en ville qu'à l'hôpital au libre choix.

Les sources privilégiées d'informations sur le VIH pour un patient séropositif ou une personne ordinaire sont plutôt :

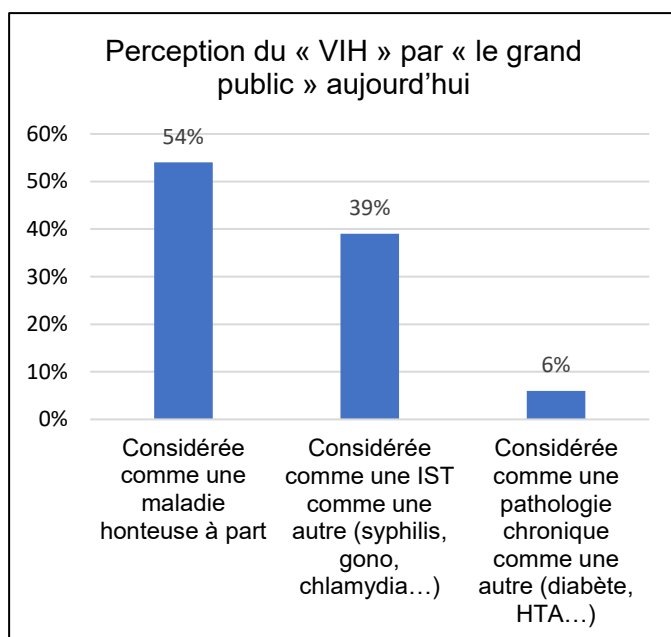
- le médecin en majorité (42%)
- les associations de patients (33%)

Le pharmacien et les sites spécialisés sont ensuite sélectionnés dans 9% des cas, suivis des forums dans 6% des cas.



5- Idées reçues et sérophobie

a. Perception du VIH



Plus de la moitié (54%) des étudiants en 6^{ème} année de pharmacie pensent que le VIH est encore considéré comme une maladie honteuse par « le grand public ».

Par ailleurs, 39% considèrent qu'il est simplement associé à une IST comme une autre, et seulement 6% jugent que « le grand public » perçoit le VIH comme une pathologie chronique.

b. Vaccination et discrimination

Les principales idées reçues sur la vaccination des patients porteurs du VIH sont qu'ils ne peuvent pas être vaccinés comme tout le monde en raison de leur pathologie, et qu'un vaccin risque d'aggraver l'infection ou de faire chuter les LTCD4.

Toutes les personnes porteuses du VIH peuvent être vaccinées « normalement » ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Vrai (AO01)	10	30.30%
Faux (AO02)	20	60.61%
Ne se prononce pas (AO03)	3	9.09%

Pour 60% des étudiants, toutes les personnes porteuses du VIH ne peuvent pas être vaccinées normalement.

Une personne porteuse du VIH se présente à votre officine pour une vaccination DTP classique sur prescription, vous sentiriez vous « apte » à la vacciner ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, sans hésitation (AO01)	24	72.73%
Oui, mais uniquement si je sais que sa charge virale est indétectable (AO02)	8	24.24%
Non, à cause du risque de contamination (AO03)	1	3.03%

La majorité des étudiants (73%) se déclarent aptes à vacciner sans hésitation une personne porteuse du VIH, avec une petite partie (24%) qui souhaite une sécurité supplémentaire en voulant connaître le statut sérologique.

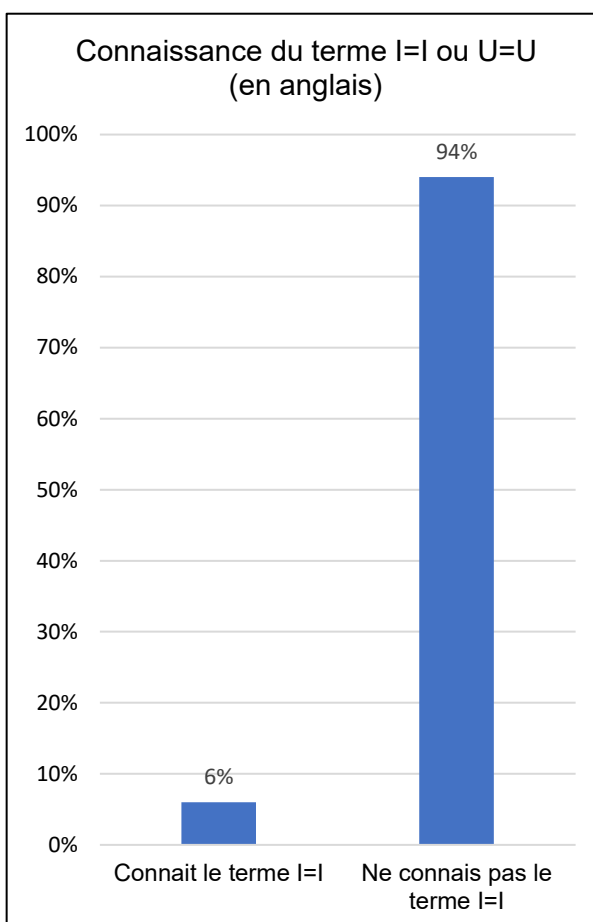
Seule 1 personne a répondu négativement à cette aptitude.

c. Indétectable = Intransmissible

Parmi les idées reçues autour du VIH, le constat est que cela semble être lié à une désinformation sur le sujet. Un des messages clé de la santé publique aujourd'hui est le terme I=I.

Sur les 33 étudiants ayant répondu à l'étude, **31 (94%) ne connaissent pas la signification de ce terme.**

En revanche, les 6% de participants déclarant connaître le terme I=I avaient tous connaissance de l'absence de transmission du VIH.



Conseilleriez-vous à un patient porteur du VIH qui entretient une relation stable avec une personne séronégative d'avoir uniquement des rapports « protégés » ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui si sa charge virale est détectable (AO01)	13	39.39%
Oui dans tous les cas (AO02)	9	27.27%
Non si sa charge virale est indétectable (AO03)	10	30.30%
Non dans tous les cas (AO04)	0	0.00%
Ne sais pas (AO05)	1	3.03%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Nous avons demandé aux étudiants dans quelle mesure ils conseilleraient à un PPVIH qui entretient une relation stable avec une personne séronégative d'avoir uniquement des rapports protégés.

Les résultats montrent que 39% recommandent des rapports protégés uniquement si la charge virale est détectable, 30% considèrent que ce n'est pas nécessaire si la charge virale est indétectable tandis que 27% préconisent des rapports protégés dans tous les cas. Seulement 1 étudiant ne s'est pas positionné et a répondu « ne sait pas ».

d. VIH et métiers à risques

Nous nous sommes intéressés également à une idée reçue qui concerne les patients séropositifs au sein du monde professionnel. Les participants ont été interrogés sur les professions de santé que peut exercer un patient séropositif.

Pensez-vous qu'un patient positif au VIH peut exercer une profession de santé, tout métier confondu ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (AO01)	23	69.70%
Non (AO02)	0	0.00%
Cela dépend du métier (AO03)	10	30.30%

Pour 70% d'entre eux, ils peuvent exercer n'importe quelle profession de santé tandis que pour 30%, ils précisent que cela dépend du métier.

e. Voyager quand on est séropositif

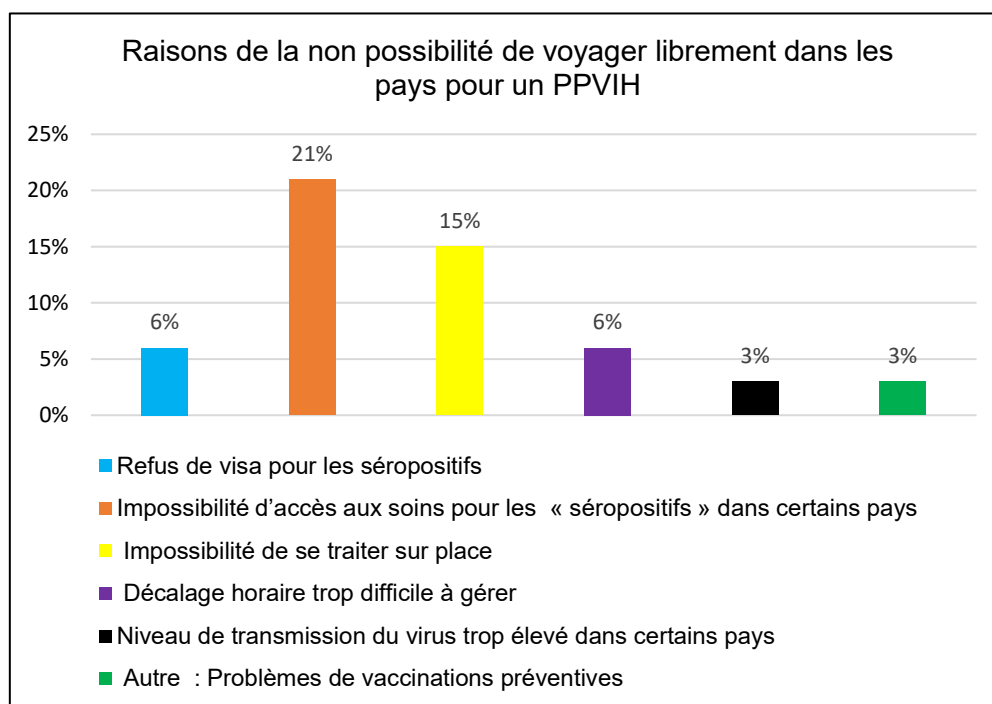
À l'échelle mondiale, les personnes vivant avec le VIH peuvent être confrontées à des comportements sérophobes, parfois implicites.

Nous avons demandé aux étudiants si, pour eux, les patients séropositifs pouvaient voyager normalement dans tous les pays.

- 42% d'entre eux semblent être en accord avec la notion de voyage sans contraintes particulières suivant la destination
- 21% pensent que cela dépend du pays
- 36% ont indiqué ne pas savoir

Un patient séropositif vous informe qu'il veut voyager à l'étranger, pensez-vous qu'il peut voyager normalement dans tous les pays ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (AO01)	14	42.42%
Non (AO02)	7	21.21%
Ne sais pas (AO03)	12	36.36%

Nous avons approfondi parmi les réponses négatives pour comprendre les raisons de cette perception. Il en ressort que pour 21% des étudiants, c'est à cause du manque d'accès aux soins dans certains pays, pour 15% à cause de l'impossibilité de se traiter sur place tandis que pour 6%, c'est dû à un refus de visa ou à un décalage horaire trop difficile à gérer. Trois pour cent pensent que c'est la conséquence du niveau de transmission du virus trop élevé dans certains pays ou lié à un problème de vaccinations préventives.



f. VIH et don du sang

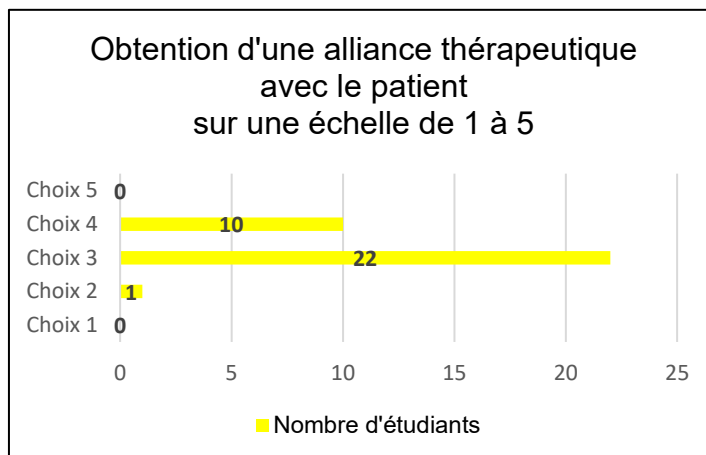
Que diriez-vous à un patient séropositif qui vous informait de son souhait de donner son sang ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
C'est impossible pour vous (AO01)	14	42.42%
C'est possible si vous avez une charge virale indétectable (AO02)	9	27.27%
C'est possible dans tous les cas parce que les techniques actuelles de transfusion éradiquent le VIH (AO03)	0	0.00%
Ne sait pas (AO04)	10	30.30%

Concernant le don du sang, 42% des étudiants interrogés pensent qu'il est impossible de donner son sang pour un séropositif tandis que pour 27% d'entre eux, il est possible de donner son sang lorsque l'on a une charge virale indétectable. Par ailleurs, 30% des étudiants interrogés ont déclaré ne pas savoir.

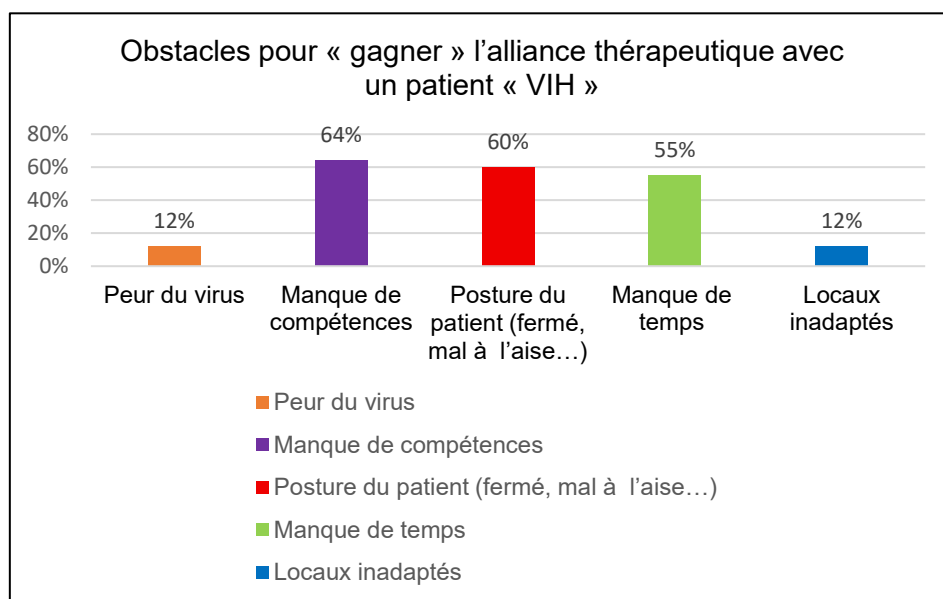
6- Alliance thérapeutique

Obtenir une alliance thérapeutique est un point d'entrée à une prise en charge adaptée. Nous avons demandé aux étudiants de donner sur une échelle de 1 à 5, la facilité à obtenir cette alliance thérapeutique avec un patient VIH. (1= pas facile, 5=très facile).

Pour 22 d'entre eux, l'obtention de cette alliance a été jugée modérément facile (note de 3), 10 l'ont plutôt trouvée facile (note 4) et un seul étudiant l'a estimée moins facile (note 2).



Nous avons exploré davantage cette notion d'alliance pour voir quels pouvaient être les obstacles selon les étudiants interrogés.



Parmi les éléments qui sont le plus sélectionnés, on retrouve : le manque de compétences (64%), la posture du patient (60%), et le manque de temps (55%). A noter que la peur du virus ne figure pas parmi les réponses principales, mais concerne quand même 12% des étudiants.

Avez-vous déjà réalisé (ou assisté à) un entretien pharmaceutique avec un patient VIH ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (Y)	0	0.00%
Non (N)	33	100.00%

Une des façons d'obtenir une bonne alliance thérapeutique pourrait être de mettre en place un entretien pharmaceutique avec le patient. En officine ou dans leur parcours scolaire, aucun étudiant n'a assisté ou réalisé celui-ci.

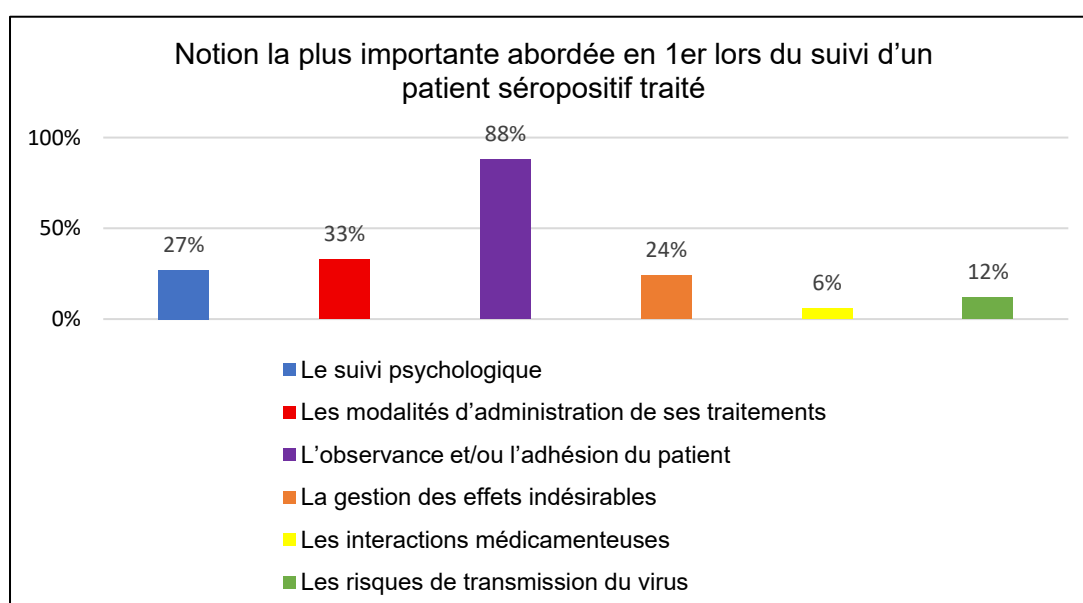
Si vous preniez en charge un patient « VIH », connaître son statut virologique serait-il important pour vous ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (Y)	19	57.58%
Non (N)	14	42.42%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Connaitre le statut virologique des patients que l'on prend en charge semble être un moyen facilitant la création de l'alliance thérapeutique avec le patient.

Sur la population ayant répondu, 19 étudiants (57.56%) semblent vouloir connaître le statut virologique du patient, tandis que 14 étudiants (42.42%) prendraient en charge le patient sans tenir compte de cette donnée.

Enfin, certains aspects sont indispensables pour une prise en charge optimale. L'observance et/ou l'adhésion du patient ont été sélectionnées par 88% des étudiants, plaçant cet item en tête des réponses.

Viennent ensuite, par ordre décroissant, les modalités d'administration des traitements (33%), le suivi psychologique (27%), la gestion des effets indésirables (24%), les risques de transmission du virus (12%) et les interactions médicamenteuses (6%).



E- Discussion

1- Des connaissances encore fragiles malgré une formation avancée

Des résultats à interpréter avec prudence

Les données issues du questionnaire nous dévoilent une vraie tendance : les étudiants en fin de cursus ne se sentent pas forcément compétents.

Cela peut sembler compréhensible ; en effet, en fin de formation initiale, les étudiants ont tout juste assimilé les bases pour exercer alors qu'avec l'expérience et la mobilisation des acquis, les connaissances et les compétences s'enrichissent. Le tout est d'être capable de trouver et de mettre en œuvre les bonnes informations.

Ce point met en avant l'importance dans nos professions de continuer à se former de façon continue tout au long de sa carrière pour progresser et suivre l'évolution des données scientifiques.

Il est important de prendre en compte que les résultats de l'enquête reflètent exclusivement la perception des étudiants en fin de cursus, et ne peuvent donc pas être extrapolés à des pharmaciens plus expérimentés, qui pourraient avoir une attitude et un ressenti différent, limitant donc certaines conclusions.

Cependant, à la question de savoir vers qui ils se tourneraient s'ils avaient besoin d'une information sur le VIH, 87 % ont répondu le pharmacien d'officine. Cette reconnaissance montre que le pharmacien est un soutien jugé fiable et central sans préjuger d'une forme de corporatisme qui pourrait orienter la réponse.

Connaissances et accès à l'information notamment sur les interactions médicamenteuses et les effets indésirables

Les bases de données publiques des médicaments représentent les sources d'informations les plus exploitées par la population étudiée. Ce sont des ressources facilement accessibles pour obtenir rapidement les informations voulues. Néanmoins, leur exhaustivité peut faire défaut et il est parfois nécessaire de compléter l'analyse par des notions plus précises et actualisées.

Les effets indésirables et les interactions médicamenteuses sont des aspects majeurs dans la prise en charge du patient VIH, en raison de la complexité des traitements et des risques associés. Pourtant, l'étude révèle que ce sont les points où les étudiants se sentent le plus en difficulté.

Quand il est demandé aux étudiants de sélectionner la notion qu'ils considèrent comme la plus indispensable, seulement 6 % choisissent les interactions médicamenteuses et 24 % les effets indésirables (face à 88 % pour l'observance et l'adhésion thérapeutique). Ce choix est difficile à interpréter, il semble évident qu'ils jugent comme centrale l'observance et la relie au succès thérapeutique, mais il se peut aussi qu'ils se soient limités à un seul choix pour des problèmes de compréhension de la question.

Les approches pour sécuriser ces dimensions

En pratique, l'objectif pour un pharmacien n'est pas de connaître de manière complète la liste des interactions ou des effets indésirables de chaque traitement, mais plutôt de s'assurer qu'il soit capable de percevoir sa limite et de mobiliser les ressources appropriées en cas de besoin.

Parmi celles-ci, on retrouve des outils pratiques, et immédiats, comme **la réglette d'interactions médicamenteuses** d'Action Traitement, qui permet au pharmacien, mais aussi au patient, de vérifier les interactions entre son traitement VIH et les autres médicaments, la phytothérapie ou toute substance qu'il serait amené à consommer.

The screenshot displays a web-based interface for checking drug interactions. It is divided into three main sections:

- Left Panel (Search Results):** Lists various antiretroviral drugs. 'Rilpivirine/Emtricitabine/Ténofovir-DF (RPV/FTC/TDF)' is selected with a blue checkmark.
- Middle Panel (Selected Drugs):** Shows the selected drugs: 'Esomeprazole' (checked), 'Esomeprazole' (checked), 'Solifénacine', and 'Tamsulosine'.
- Right Panel (Interaction Details):**
 - Header: 'Réinitialiser la recherche' and a red button 'Ne Pas Coadministrer'.
 - Drug Pair: 'Rilpivirine/Emtricitabine/Ténofovir-DF (RPV/FTC/TDF)' and 'Esomeprazole'.
 - Section: 'Plus d'informations' with a dropdown arrow.
 - Text: 'Qualité des preuves: Très faible'.
 - Section: 'Résumé:' containing a detailed explanation: 'La coadministration n'a pas été étudiée et est contre-indiquée car des diminutions significatives des concentrations plasmatiques de rilpivirine peuvent se produire. L'esoméprazole est principalement métabolisé par le CYP2C19. Aucune interaction n'est attendue avec l'emtricitabine et le ténofovir-DF. Cependant, des diminutions significatives des concentrations de rilpivirine sont attendues en raison d'une absorption réduite due à l'augmentation du pH gastrique.'

Figure 20 : Exemple d'une recherche d'interactions médicamenteuses sur la réglette d'Action Traitement (69)

Des **modules d'e-learning** permettent, de façon pédagogique, une mise à jour régulière des connaissances et un suivi des évolutions sur le VIH et les traitements. Ces dispositifs offrent un apprentissage flexible, accessible et actualisable, particulièrement adapté à un domaine en constante évolution comme celui du VIH. À titre d'exemple, la plateforme « Ma Formation officinale » propose des modules portant sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, les interactions médicamenteuses et les effets indésirables.

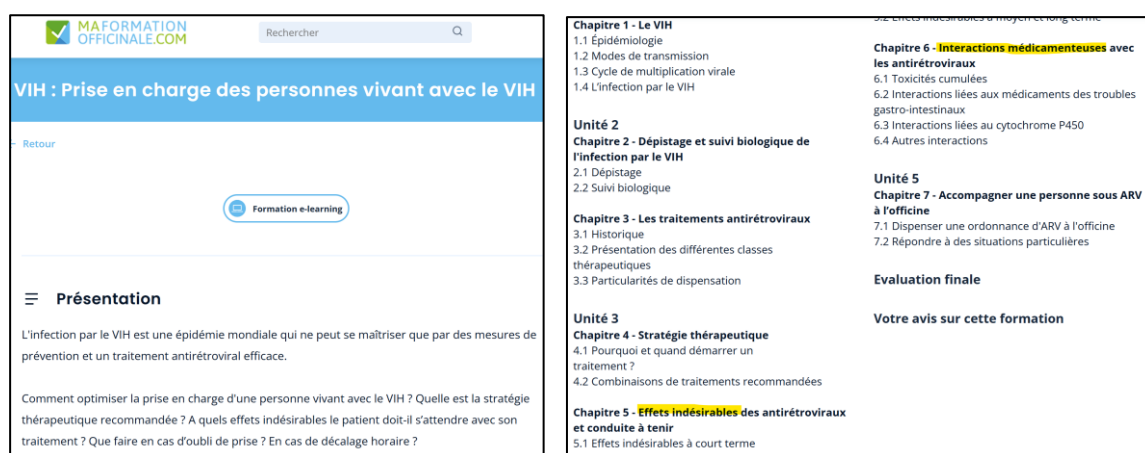


Figure 21 : Exemple d'un module d'e-learning sur le VIH (68)

Il est possible également de s'appuyer sur des **guides thérapeutiques**, notamment ceux développés par HIV i-base (57), une organisation britannique indépendante. Ils proposent des supports d'informations destinés aux patients et aux professionnels de santé, permettant de consolider ses acquis ou de répondre à une question ponctuelle sur le VIH et ses traitements. L'avantage de ce site est qu'il est régulièrement mis à jour selon les nouvelles recommandations thérapeutiques, l'arrivée des nouveaux traitements ou encore les évolutions sur les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.

Enfin, d'autres dimensions, comme la **coordination interprofessionnelle** et le **lien ville-hôpital**, contribuent également à développer les connaissances. Ces aspects seront détaillés lors de l'analyse de la relation patient-pharmacien et de l'adhésion thérapeutique.

2- La relation patient-pharmacien

Le premier contact et la confidentialité au comptoir

Reconnaître que le pharmacien est compétent, qu'il établit un lien solide avec les professionnels de santé et qu'il maîtrise le domaine du VIH, contribue à instaurer une relation de confiance durable avec le patient.

Celle-ci, indispensable afin d'optimiser la prise en charge du patient, passe aussi par l'adaptation des locaux, ce qui implique une salle de confidentialité conviviale et respectant la vie privée du patient.

Une prise de contact de qualité, lors de la 1^{ère} venue du patient, favorise des échanges « en direct », fluides et constructifs. Les échanges par mail, fax ou téléphone semblent plus rapides, mais demeurent limités car jugés réducteurs.

Lors de l'initiation d'une thérapie antirétrovirale, les ordonnances hospitalières sont généralement transmises par voie dématérialisée via la messagerie sécurisée. Cette démarche s'ancre dans un objectif de suivi plus adapté, notamment pour un profil de patient peu rigoureux, afin de limiter les oublis ou la perte de l'ordonnance. Elle permet également au pharmacien d'anticiper la commande du traitement de façon à ce qu'il soit disponible pour le patient.

Fragilités dans le parcours de soins actuel

Lorsque les étudiants sont interrogés sur la source d'information de référence pour un patient ou une personne concernant le VIH, le pharmacien n'est choisi que dans seulement 9 % des cas. Cette vision est problématique, car elle sous-estime le rôle fondamental du pharmacien en tant que professionnel de santé de proximité et comme acteur clé du conseil et de l'information.

Notre étude révèle également des points sensibles liés aux manques de connaissances des jeunes pharmaciens sur les particularités du double circuit « Ville – Hôpital » pour l'approvisionnement en antirétroviraux. Cette spécificité est pourtant importante à connaître pour garantir une continuité du traitement surtout en période de tension d'approvisionnement comme ça a été le cas en 2025 et 2026 pour plusieurs spécialités, dont Biktarvy°. Cette méconnaissance peut contribuer à fragiliser la relation de confiance avec le patient qui est souvent au courant de cette exception réglementaire.

De plus, la communication et la collaboration entre les différents professionnels de santé, notamment les médecins, infirmiers ou encore les pharmaciens cliniciens semblent encore perfectibles.

Par exemple, très peu de pharmacies contactent les services d'infectiologie pour obtenir des informations, les appels semblent être souvent pour l'obtention d'une nouvelle ordonnance.

De même pour les formations proposées, l'implication du personnel pharmaceutique reste limitée, ce qui reflète un manque de sensibilisation ou de visibilité de leur rôle dans ce domaine.

Quelles solutions pour appuyer la légitimité du pharmacien ?

Le renforcement du lien entre le pharmacien et les autres professionnels impliqués dans le parcours de soins des patients vivant avec le VIH est essentiel pour améliorer la qualité des soins.

Cela passe notamment par la mise en place d'un accès plus élargi à certaines informations pertinentes du dossier médical.

Trouver un moyen d'interroger rapidement les centres experts afin de réduire les incertitudes semble être un levier de communication intéressant. En effet, de plus en plus de structures ont un numéro d'appel mettant en lien un infectiologue avec les professionnels de santé.

Dans cette perspective, l'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital apparaît indispensable afin de dépasser les logiques de cloisonnement encore présentes.

Dès lors, le pharmacien peut pleinement s'inscrire comme un professionnel de proximité, accessible et disponible. Il n'est plus considéré comme un simple spécialiste de la « délivrance du traitement », mais comme un acteur à part entière du parcours de soins, dont la participation renforce la qualité de la relation avec le patient.

La figure ci-dessous illustre le parcours de soins d'un patient, allant de la découverte d'une séropositivité suite à un dépistage en établissement spécialisé (laboratoire, CeGIDD, centre de santé sexuelle, PMI) ou en ambulatoire (TROD ou autotest) (58) jusqu'à la délivrance des traitements.

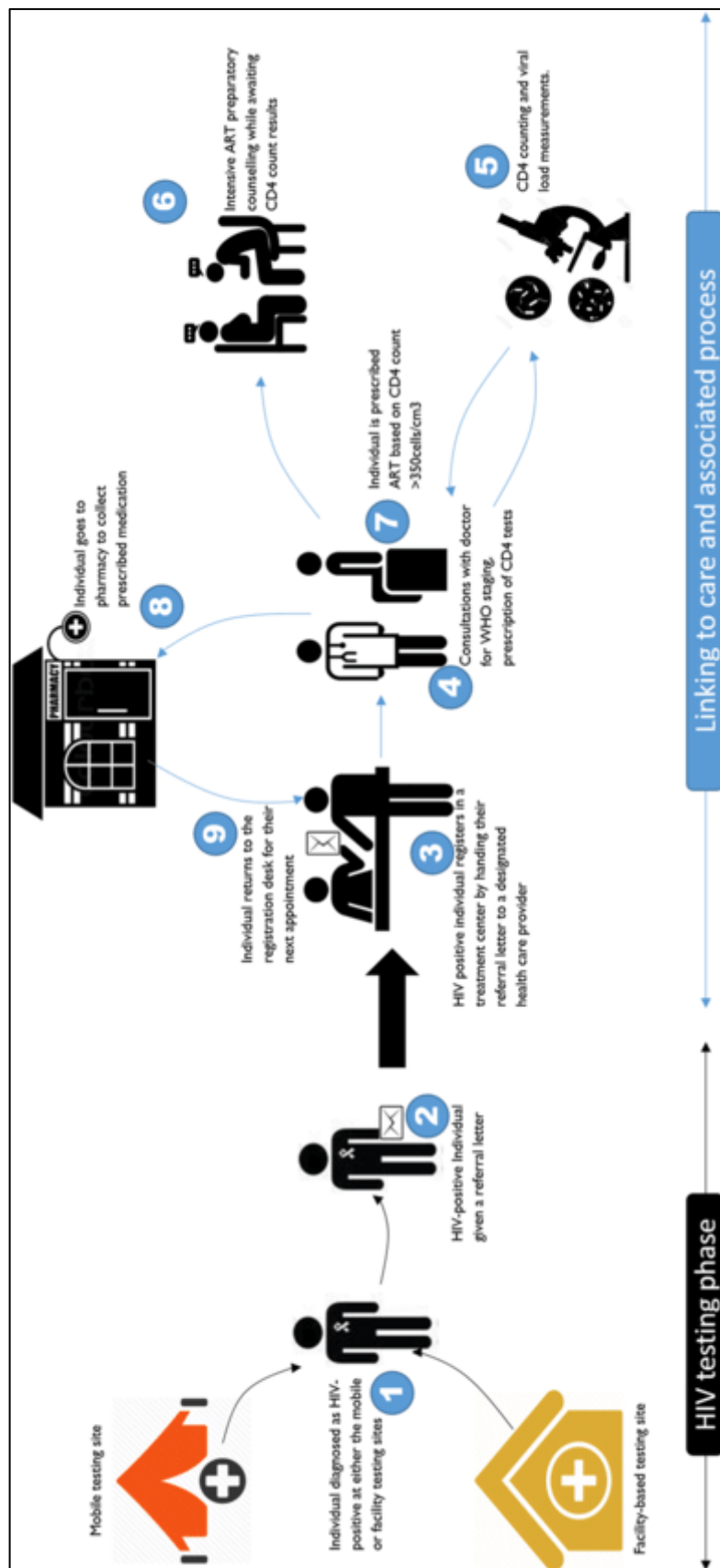


Figure 22 : Parcours de soins classique d'un patient à l'annonce d'une séropositivité (72)

On retrouve de gauche à droite:

- 1) Personne diagnostiquée positive au VIH par un site de dépistage mobile (en rouge) ou par un site de dépistage en établissement (en jaune)
- 2) Lettre d'orientation adressée à la personne séropositive
- 3) Inscription de la personne séropositive dans un centre de traitement en remettant la lettre d'orientation à un professionnel de santé désigné
- 4) Consultation avec un médecin pour la prescription d'une biologie des LTCD4 selon le stade de l'OMS
- 5) Numération des LTCD4 et mesure de la charge virale
- 6) Consultation d'initiation au traitement antirétroviral en attendant les résultats de la biologie
- 7) Prescription du traitement antirétroviral en fonction des résultats du taux de LTCD4
- 8) Passage du patient à la pharmacie afin de récupérer les médicaments prescrits
- 9) Inscription au centre pour un prochain rendez-vous

Dans le cadre d'une prise en charge en France, le rendez-vous en centre est planifié à l'avance, en amont de la délivrance en pharmacie.

Cette image volontairement simplifiée, décrit de manière générale les liens ville-hôpital. Une approche plus détaillée aurait permis d'y intégrer des liens avec d'autres professionnels de santé ainsi que des ateliers complémentaires comme les séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou encore les entretiens pharmaceutiques. Elle montre que de nombreux liens peuvent encore être créés pour un parcours de soins pluridisciplinaire optimal.

3- Le rôle du pharmacien dans l'adhésion thérapeutique

Les dispositifs existants

De nos jours, le pharmacien est largement impliqué à plusieurs niveaux de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, notamment à travers **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**. Cette démarche vise à accompagner le patient dans l'acquisition de connaissances concernant l'infection par le VIH, les traitements antirétroviraux, leurs effets indésirables potentiels, les comorbidités associées ainsi que les répercussions de la maladie sur la vie quotidienne. L'objectif est de favoriser l'autonomie du patient et de le rendre pleinement acteur de sa prise en charge, tout en

renforçant la relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient afin de l'aider à atteindre ses objectifs de santé.

Par ailleurs, des **entretiens pharmaceutiques** peuvent être réalisés en dehors du cadre formalisé de l'ETP. Ces échanges s'inscrivent dans une logique de continuité ou de complémentarité avec l'éducation thérapeutique et permettent d'accompagner plus largement le patient dans son parcours de soins.

Ils constituent un temps privilégié de dialogue, au cours duquel peuvent être identifiés d'éventuels incompréhensions, des besoins spécifiques ou des difficultés rencontrées par le patient. Ces entretiens peuvent par exemple permettre de vérifier l'absence d'interactions médicamenteuses avec d'autres traitements, de repérer des effets indésirables, ou encore de rappeler l'importance d'éviter l'automédication sans avis professionnel.

Si ces entretiens sont couramment réalisés en milieu hospitalier, leur mise en œuvre en officine demeure plus limitée et compliquée.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment les contraintes de temps, la charge de travail ou encore le manque de valorisation, notamment financière, de ces activités. Dans ce contexte, certains pharmaciens d'officine peuvent ne pas percevoir ces entretiens comme une priorité dans leur pratique quotidienne.

La prévalence relativement faible de la pathologie rend également compliquée la réalisation de ce type d'entretiens en officine. En effet, la mise à jour des supports et connaissances serait trop « lourde » à l'échelle d'une officine, mais s'entend plus dans une démarche collective avec partage des données « hospitalières » dans le cadre d'un parcours de soins coordonné ville - hôpital qui ciblerait de façon personnalisée les points précis.

L'observance thérapeutique

Une **observance optimale du traitement antirétroviral est essentielle** pour obtenir une suppression virale efficace et améliorer la qualité de vie des patients vivant avec le VIH. Cela repose d'une part sur la compréhension par le patient des effets indésirables de ses traitements, et d'autre part sur la connaissance des interactions médicamenteuses, afin de prévenir les complications.

Même si les antirétroviraux sont particulièrement efficaces, ils restent contraignants au quotidien et peuvent altérer la qualité de vie des patients. En effet, comme vu précédemment, ils ne sont pas dénués d'effets indésirables, exposent à des interactions médicamenteuses fréquentes notamment avec les médicaments inhibiteurs ou inducteurs des CYP450, mais aussi avec certaines plantes ou certains compléments alimentaires. La contrainte alimentaire peut également être un vrai frein sur le long cours.

Le rôle du pharmacien est donc essentiel au comptoir surtout dans des contextes de recours à internet pour l'approvisionnement, mais aussi à cause des automédications fréquentes et pas toujours détectées.

Il peut utiliser des outils comme « **VIH.clic** » (58), un site internet créé par deux médecins généralistes, Dr Eléonore BERNARD et Dr Lucie CAMPAGNE, dans le cadre des travaux du COREVIH IDF NORD. Il permet d'apporter une aide à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au suivi des patients. Les informations publiées sur ce site reposent sur les recommandations nationales, mises à jour par le CNS (Conseil National du Sida et des hépatites virales).

Aujourd'hui, le pharmacien étend ses champs de compétences et va plus loin, notamment dans la gestion des comorbidités, qui sont plus marquées chez les patients porteurs du VIH.

En étant le professionnel de santé de proximité, il est un acteur présent pour repérer les situations à risque et orienter le patient vers des solutions adaptées.

À titre d'exemple, il peut proposer des substituts nicotiniques si le patient est fumeur, il peut transmettre des contacts spécialisés en fonction de la situation (association de patients pour lutter contre l'isolement, diététicienne pour le suivi alimentaire, etc..)

4- Les freins à la prise en charge : la sérophobie

Les représentations actuelles

Les idées reçues autour du VIH et du SIDA sont toujours très présentes, alors que les avancées thérapeutiques sont très importantes. Cela s'explique par une trop grande méconnaissance de la population (générale et professionnelle).

Elle peut conduire les patients à masquer leur séropositivité de peur d'être discriminés voire même conduire à un sous-dépistage lors d'expositions à des situations à risque.

Il est courant que l'entourage, même proche, ne soit pas au courant, ce qui renforce les risques d'isolement social et affectif. Renoncer à son métier par peur de la stigmatisation est aussi une conséquence non-négligeable. Plus de la moitié des patients ne révèlent pas leur séropositivité sur leur lieu de travail par crainte de discrimination. (59)

Les patients vont donc naturellement se tourner vers le professionnel de santé, notamment le pharmacien, avec des attentes et des craintes particulières vis-à-vis du contexte d'anonymat qu'il faut absolument prendre en compte.

Il y a une réelle importance à ce que le pharmacien établisse cette relation de confiance avec le patient afin de le rassurer et de l'accompagner dans son parcours. Cette relation est parfois difficile à se mettre en place et le pharmacien doit créer un contexte favorable pour éviter toute forme de discrimination.

À titre d'exemple, l'adhésion des patients aux ateliers d'ETP collectifs est compliquée par peur du regard des autres.

Adapter sa posture à l'officine

La vaccination des patients porteurs du VIH est une notion très importante que le pharmacien doit connaître. Au vu de l'immunodépression induite par la maladie, le patient est surexposé, il a un risque augmenté de contracter certaines infections et de développer des formes plus sévères, ce qui rend le suivi du calendrier vaccinal primordial surtout quand les défenses immunitaires sont altérées ou pas suffisamment restaurées.

Pour rappel, un patient, âgé de 5 ans et plus, ayant un déficit immunitaire sévère avec un taux de CD4 < 200/μL se verra contre-indiquer la vaccination des vaccins vivants atténués (fièvre jaune, rotavirus, ROR, varicelle). Sinon, pour tous les autres patients, ils peuvent être vaccinés normalement ou avec des schémas adaptés. À noter que le vaccin vivant atténué contre le BCG est contre-indiqué pour tous les patients séropositifs. (60)

Bien qu'elles soient généralement réalisées à l'hôpital lors du diagnostic et du suivi de la pathologie, les vaccinations peuvent être effectuées par le pharmacien d'officine dans le cadre de ses nouvelles missions d'où l'importance pour le pharmacien de se sentir à l'aise avec le geste de vaccination chez le « séropositif ».

Dans notre étude, un point positif ressort : la majorité des étudiants se sentent aptes à vacciner, avec seulement une réponse négative. Même si ce résultat reste à

nuancer à plus grande échelle, il confirme la bonne appropriation des nouvelles missions du pharmacien.

Cependant, une des questions sur la charge virale interpelle, car il semble que 58% des étudiants souhaitent connaître le statut virologique du patient qu'ils prennent en charge. L'importance accordée à cette donnée soulève des interrogations quant à sa finalité dans le cadre de la pratique officinale. En effet, elle peut s'inscrire dans une volonté de mieux comprendre la situation clinique du patient et d'adapter de façon sécuritaire la prise en charge (voir si le patient est équilibré et assidu avec son traitement par exemple), mais elle peut aussi se traduire par une défiance, parfois inconsciente, en lien avec la sérophobie.

Dans ce contexte, la charge virale pourrait devenir un facteur influençant la posture du pharmacien, pouvant se manifester par une communication altérée dans la qualité des échanges ou encore une attitude non-verbale plus en retrait. Des lors, il est légitime de s'interroger sur la prise en charge. Est-ce qu'elle resterait objective face un patient à charge virale détectable ?

Déconstruire les représentations sociales : la notion I=I

Le sentiment de peur et de honte lié à la découverte d'une séropositivité ne cesse d'augmenter chez les jeunes de 15 à 25 ans. En effet, selon le sondage annuel « OpinionWay » pour Sidaction, 90 % déclarent ressentir de la peur et 56% de la honte. Cette vision est particulièrement alimentée par une méconnaissance de certaines notions liées à cette pathologie. Ainsi, 77% des jeunes pensent encore que le virus du SIDA peut être transmis lors d'un rapport sexuel non protégé par une personne séropositive contrôlée sous traitement (61), traduisant une ignorance des données scientifiques actuelles.

Paradoxalement, l'OMS a récemment mis en avant une baisse préoccupante de l'utilisation du préservatif chez les jeunes, les exposant d'avantage au risque d'attraper une IST. (62)

Dans un objectif de déconstruire ces représentations, l'un des enjeux de la santé publique repose sur la compréhension et la diffusion au niveau mondial de la **notion Indétectable = Intransmissible (I=I)**.

Même si les étudiants de notre étude ne semblent pas connaître cet acronyme, comprendre sa signification est essentiel pour réduire la sérophobie et informer le grand public et les patients concernant le VIH.

Il contribue ainsi à montrer que, dans la majorité des situations, une personne avec une charge virale indétectable peut mener une vie comparable à celle de la population générale.

Toutefois, sa diffusion doit être nuancée, rappelant que l'absence de transmission du VIH dans ce cadre ne signifie pas une absence de risque global, notamment vis-à-vis des autres IST.

Avantages et limites de la notion I=I

Dans notre étude, 30 % des étudiants considèrent que l'exercice d'un métier par une personne vivant avec le VIH dépend du type de profession. Cependant, cette question ne précise pas le statut sérologique du patient, ce qui en limite donc l'interprétation.

Toutefois, selon l'article L1132-1 du Code du travail, « *Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement [...] ni faire l'objet d'une mesure discriminatoire [...] en raison de son état de santé* » (63) donc interdire l'accès à n'importe quel métier en raison de sa pathologie est considéré comme de la

discrimination. En effet, certains métiers peuvent être considérés à tort comme présentant davantage de risques, mais le statut virologique ne peut en aucun cas justifier un refus d'embauche.

Tout laisse à penser que certains métiers, impliquant des contacts directs avec le sang, ne sont pas accessibles lorsque l'on est séropositif en raison du risque de transmission. Cependant, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) précise que :

« Tout médecin, dès lors qu'il a une charge virale indétectable avec une RVS et bénéficiant d'une prise en charge conforme aux règles de l'art, peut poursuivre son activité professionnelle sans restriction » (63)

Cette recommandation affirme le principe « Indétectable = Intransmissible (I=I), selon lequel une personne présentant une charge virale indétectable ne transmet pas le VIH.

Au-delà du domaine professionnel, certaines spécificités réglementaires pour les personnes séropositives subsistent. Par exemple, dans le cas du voyage, certains pays imposent des restrictions particulières d'entrée sur le territoire.

Dans le monde, 48 pays refusent d'accorder un visa (séjour longue durée et/ou courte durée) pour les patients séropositifs. Parmi eux, on retrouve de grandes nations comme l'Australie ou encore la Russie. (64)

Ils argumentent ce choix comme utile pour la santé publique, mais rien ne prouve aujourd'hui que refuser d'accueillir un patient séropositif va stopper l'épidémie. Cela alimente la stigmatisation et la discrimination alors qu'une meilleure prise en compte du principe « Indétectable = Intransmissible » (I=I) pourrait contribuer à faire évoluer ces politiques et favoriser une mobilité internationale plus inclusive.

Seulement, cette notion a ses limites. D'un côté, elle ne s'applique pas si la charge virale n'est pas contrôlée et de l'autre, elle fonctionne pour la transmission sexuelle, mais pas pour la transmission sanguine. (65)

En effet, le virus n'est pas totalement éradiqué chez un patient indétectable, il circule en très faible quantité, mais il circule quand même ce qui rend, par exemple, le don du sang impossible ; il faudrait aussi traiter le receveur.

Les techniques actuelles de purification du sang ne sont pas assez développées pour éradiquer complètement le VIH d'une poche de sang.

Lorsque l'on interroge les étudiants au sujet des obstacles qui pourraient exister, la peur du virus semble encore concerner une partie même limitée des répondants (12%). On peut se demander pourquoi ? Est-ce qu'on a assez parlé du VIH en cours ? Est-ce que les médias ne relayent pas de fausses informations ? Si 12% des professionnels de santé pourtant formés ont cette vision, il est logique que la vision grand public soit altérée.

Finalement, le niveau de connaissances influence les représentations et alimente les comportements professionnels, parfois de manière inconsciente, et peut avoir un retentissement direct sur la qualité de la prise en charge du patient.

5- Vers une évolution positive

La prévention au sein de l'officine

Le pharmacien est le premier responsable de la délivrance optimale des antirétroviraux afin de permettre une bonne prise en charge des patients porteurs du VIH.

On a vu précédemment que le pharmacien avait un rôle essentiel, notamment en repérant les dysfonctionnements qui empêchent le patient d'obtenir une charge virale indétectable comme des oublis ou des sauts de prise en raison d'effets indésirables, ou même encore à cause d'interactions non prises en compte.

Mais il a également un rôle primordial en terme de prévention et d'information.

En effet, c'est un des enjeux majeurs pour l'avenir afin de changer durablement les mentalités, car la sérophobie est particulièrement délétère pour les PPVIH.

Le **bilan de prévention** est un cadre parfait de temps d'échange dédié à la prévention. Le pharmacien doit s'en saisir et ainsi aborder certains points notamment la sexualité, les comportements à risque avec les moyens de protection existants, ou encore les questionnements des jeunes autour du VIH et plus largement des IST. Ces actions doivent s'inscrire de façon précoce dans une démarche individualisée.

De façon plus simplifiée au comptoir, le pharmacien apporte déjà une forme de prévention lors de la dispensation de **préservatifs**, afin d'éviter de nouvelles infections.

Il intervient aussi, lors de la dispensation de la **prophylaxie préexposition (PrEP)**, qui est le traitement préventif du VIH pour les personnes plus facilement exposées au risque d'infection, en accompagnant le patient, en rappelant les modalités

de prise, en expliquant la nécessité d'un suivi régulier et le maintien des mesures de prévention combinées.

C'est aussi un acteur central dans la délivrance du **traitement post exposition (TPE)**, qui survient après un risque d'exposition au VIH, en orientant les patients vers les structures adaptées et en rappelant l'importance d'être pris en charge rapidement.

Enfin, il participe au dépistage par la dispensation des autotests VIH, en informant le patient sur leur bon usage, leurs limites et la conduite à tenir après avoir réalisé le test. Il est aussi important qu'il explique au patient qu'un résultat positif doit être confirmé au laboratoire et qu'un accompagnement est indispensable pour ne pas que le patient reste seul face à son résultat.

Faire disparaître la sérophobie dans le milieu pharmaceutique

L'objectif de ce travail était en mettre en avant le rôle primordial du pharmacien dans la prise en charge du patient porteur du VIH, tout en vérifiant son positionnement vis-à-vis de cette pathologie qui est encore bien trop discriminée. Un des enjeux aussi était d'explorer le niveau de sérophobie chez de jeunes pharmaciens afin de réajuster les savoirs, démystifier éventuellement les croyances et ainsi proposer des clefs pour améliorer la relation patient-professionnel.

Les propositions issues de cette réflexion sont les suivantes :

- Intégrer certaines **notions indispensables** dans les formations initiales comme la différence entre le VIH et le SIDA, expliquer le terme I=I et les conséquences sur le patient, son mode de vie et ses traitements.
- Parler des modes de transmission et de NON transmission comme le contact de peau à peau, la salive, etc.
- Donner des **outils**, des **contacts** facilement accessibles et fiables afin de mieux appréhender certains aspects de la prise en charge comme la gestion des comorbidités, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses.
- Intégrer des **formations continues** dédiées à la non-discrimination en santé : accueil non jugeant, respect de la confidentialité, accompagnement thérapeutique inchangé de par la pathologie, inclusion de témoignages de patient (avec leur consentement) afin de mettre en lumière leurs ressentis, rappeler les différents droits du patient (don du sang, voyage, métiers de la santé)

- Mettre en place des **messages clairs** au sein de l'officine comme par exemple la rédaction d'une charte contre la sérophobie afin de lutter contre les comportements sérophobes.

De manière plus générale à l'officine, il faudrait présenter le VIH comme une pathologie chronique comme les autres, et non comme une maladie honteuse, et **médiatiser positivement** les avancées autour du VIH.

Certains pays ont déjà mis en place certaines de ces actions.

Par exemple, l'agence de la santé publique du Canada a publié en 2023 un document portant sur des conseils de communication pour les professionnels de santé envers leurs patients, afin de sensibiliser sur le terme I=I. (72)

C'est une façon de donner la priorité à une approche centrée sur la communication afin de renforcer la qualité des échanges.

The figure displays three brochures from the Canadian Public Health Agency, titled 'PRÉVENIR LA TRANSMISSION DU VIH' (Preventing HIV Transmission). Each brochure includes the text 'Indetectable = Intransmissible (I = I)' and 'Conseils de communication pour les professionnels de la santé' (Communication advice for healthcare professionals).

- Brochure 1 (Left):** Titled 'Qu'est-ce que I = I ?' (What is I = I?). It explains that I=I means 'Indetectable = Intransmissible'. It states that if a person's viral load is undetectable (less than 200 copies/mL), they cannot transmit HIV. It also mentions that being on treatment helps prevent HIV-related infections and reduces the risk of complications. A graphic shows a 'Charge virale' (Viral load) decreasing to 'Indetectable'.
- Brochure 2 (Middle):** Titled 'Quelques astuces pour parler de I = I avec vos patients' (Some tips for talking about I = I with your patients). It provides advice on how to communicate this information. Key points include:
 - Parlez de I = I à TOUT LE MONDE** (Talk about I = I to EVERYONE): Encourage all patients, regardless of their HIV status, to know about I=I.
 - Soyez clair et constant** (Be clear and consistent): Use simple, consistent language. Avoid complex terms like 'charge virale' or 'réplication virale'.
 - Dites:** 'Il est impossible à transmettre' (It is impossible to transmit), 'Aucun risque de transmission' (No risk of transmission), 'I = I est basé sur des faits scientifiques' (I = I is based on scientific facts).
 - Ne dites pas:** 'Presque impossible à transmettre' (Almost impossible to transmit), 'Risque quasi nul' (Almost no risk), 'Je crois en I = I, mais utilisez un condom juste au cas' (I believe in I = I, but use a condom just in case).
 - Faites preuve d'empathie et évitez le langage stigmatisant** (Show empathy and avoid stigmatizing language): Avoid terms like 'séropositif' or 'séro-négatif'.
- Brochure 3 (Right):** Titled 'Soyez positif' (Be positive). It encourages healthcare professionals to be positive and reassuring. Key points include:
 - Soyez positif** (Be positive): Encourage patients to be positive and to take control of their health.
 - Concentrez-vous sur l'essentiel** (Focus on the essentials): Encourage patients to focus on the essentials of life, such as taking medication and staying healthy.
 - Soyez attentif à la diversité des parcours de vie** (Be attentive to the diversity of life paths): Recognize that patients have different experiences and needs.

Figure 23 : Document portant sur les conseils de communication pour les professionnels de santé par l'Agence de la santé publique du Canada

En France, la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS) (27) propose une « fiche contact » destinée à être complétée par le pharmacien. Cet outil vise à centraliser les coordonnées des différents centres et des professionnels de santé situés à proximité, notamment les numéros de téléphone et les horaires d'ouverture. Cette fiche peut être disposée dans l'officine à la visibilité de tout le personnel, afin de faciliter un accès rapide avec les interlocuteurs pertinents, et de permettre une prise en charge optimale et sécuritaire.

Réseau d'accompagnement dépistage / prise en charge VIH		
Structure	Coordonnées	Jours et heures d'ouverture
CeGIDD (ex CDAG et CIDDIST)		
Centre de planning familial le plus proche		
Laboratoire de biologie médicale (préciser si test VIH gratuit sans ordonnance ou pas?)		
Médecin(s) généraliste(s)		
Médecin(s) infectiologue(s) en ville		
Service hospitalier proposant consultations VIH		
URGENCES les plus proches proposant un traitement post-exposition au VIH		
Pharmacie hospitalière proposant des traitements ARV (et TPE)		
Réseau ville-hôpital VIH		
COREVIH		
Association(s) de soutien aux personnes infectées par le VIH		
CAARUD le plus proche		

Figure 24 : Exemple de "fiche contacts" à compléter par chaque pharmacien

CONCLUSION

L'évolution des thérapeutiques a transformé une maladie initialement mortelle et stigmatisante envers certaines populations, en une pathologie chronique contrôlable chez de nombreux patients. Grâce à l'indéfectibilité obtenue suite à la prise d'une thérapie ARV, les patients peuvent aujourd'hui vivre longtemps et en bonne santé.

La persistance des représentations sérophobes influence encore la prise en charge objective des patients, qui se retrouvent alors stigmatisés, même au sein du milieu médical. Dans ce contexte, la réussite thérapeutique ne repose pas uniquement sur une approche pharmacologique, mais également sur un accompagnement global du patient.

Le pharmacien s'inscrit alors comme un acteur central dans cette dynamique. En tant qu'acteur de proximité, il est un relais d'informations fiables. De par sa maîtrise, il contribue à déconstruire les perceptions collectives autour du VIH afin de renforcer la relation avec le patient. Il participe à l'identification de certains patients susceptibles d'échapper au parcours de soins, mais également aux actions de prévention, notamment à travers la dispensation et l'accompagnement des patients sous PrEP.

Néanmoins, certaines limites persistent. Le manque de connaissances spécifiques sur certains aspects du VIH façonne des représentations erronées qui influencent les comportements.

Le temps disponible à l'officine semble être aussi un frein à l'accompagnement, qui tend cependant de plus en plus à s'ouvrir, notamment grâce au développement des nouvelles missions du pharmacien.

Ces missions s'ancrent dans un objectif de renforcer encore la prise en charge du patient.

Par ailleurs, la prise en charge pluridisciplinaire du patient, impliquant la collaboration de différents professionnels de santé, est indispensable. Elle permet de renforcer les liens ville-hôpital, d'apporter un soutien global au patient et d'améliorer la qualité de l'accompagnement pour que le parcours de soins du patient soit le meilleur possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Edward R. Cachay, MD, MAS, Mayo Clinic, Arizona. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *MSD manuals*. [En ligne] Mai 2024. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/maladies-infectieuses/virus-de-l-immunodéficience-humaine-vih/infection-par-le-virus-de-l-immunodéficience-humaine-vih>.
2. Moisan, Alice. *Formes recombinantes inter-groupes M et O du VIH-1 : étude de leur potentiel réplicatif et de leur émergence in vitro/in vivo*. Sciences de la vie et de la santé , Université de Rouen. Normandie : s.n., 2019. p. 218, Thèse de doctorat.
3. Tanguy, Delphine. VIH et sida. *Planet vie*. [En ligne] 30 août 2025. <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/microbiologie/virologie/vih-et-sida>.
4. Goffard, Anne. *Infections par le VIH et syndrome viraux*. Université de Lille. Lille : s.n., 2022.
5. Infections à VIH. *Pilly*. [En ligne] 2023. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-169.pdf>.
6. Dufour, Caroline, et al. *The multifaceted nature of HIV latency*. Department of Microbiology, Infectiology and Immunology, Centre de Recherche du Centre Hospitalier, Université de Montréal. Canada : s.n., 2020. REVIEW SERIES: LATENCY IN INFECTIOUS DISEASE.
7. *Réservoirs cellulaires et tissulaires du VIH-1 : dynamique au cours de l'infection*. Trémeaux, Pauline, Rouzioux, Christine et Avettand-Fènoël, Véronique. 4, Paris, France : s.n., 2019, Virologie, Vol. 23.
8. Principales infections opportunistes. *Vihclic.fr*. [En ligne] 2019. <https://vihclic.fr/aides-consultation/infections-opportunistes/>.
9. ONUSIDA, UNAIDS -. *Rapport 2025 sur le VIH*. 2025.
10. VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2024. *Santé publique France*. [En ligne] 23 octobre 2025. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france.-bilan-2024>.
11. France, Santé publique. VIH et IST bactériennes dans les Hauts-de-France. Bilan 2023. *Santé publique France*. [En ligne] 28 novembre 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2024/vih-et-ist-bacteriennes-dans-les-hauts-de-france.-bilan-2023>.

12. Sénéjoux, Agnès. *Sexualité anale : des réponses médicales aux questions des patients*. CHP Rennes Saint Grégoire - 35000 Rennes : s.n., 2020.
13. Comment le VIH se propage. *U.S. Centers for disease control and prévention*. [En ligne] 25 novembre 2024. <https://www.cdc.gov/hiv/causes/index.html>.
14. Infection par le VIH. *eVIDAL*. [En ligne] 22 janvier 2026. https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/reco/details/1783/vih_infection_par_le/prise_en_charge.
15. HAS. *Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH*. 2024.
16. —. *Adaptation du traitement antirétroviral en situation d'échec virologique chez l'adulte vivant avec le VIH*. 2024.
17. Chloé, DEZ. *VIH et traitements injectables à longue durée d'action : un vrai changement pour les patients*. Université de Lille . Lille : s.n., 2024. p. 110, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie.
18. I=I ou "Indétectable=Intransmissible". *Crips île de France*. [En ligne] 06 octobre 2025. <https://www.lecrips-idf.net/ressources/ii-ou-indetectable-intransmissible/>.
19. Lavagne, Corinne, et al. *Science et développement durable : 75 ans de recherche*. [éd.] IRD Éditions. 2024. p. 221.
20. VIH/sida : une épopée du XXe siècle, quelques repères historiques. *AFRAVIH*. [En ligne] 2024. <https://www.afrapedia.org/vih/vih-sida-une-epopee-du-xxe-siecle-quelques-reperes-historiques>.
21. *Pneumonie de Pneumocystis -Los Angeles*. 16 mai 2001, Morbidity and Mortality Weekly Report.
22. *The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations*. Faria, Nuno R., et al. Oxford : s.n., octobre 3, 2014, National institutes of health.
23. *FDA approves two firsts in AIDS testing*. s.l. : UPI ARCHIVES, 1996.
24. Dépistage des IST et du VIH / sida en Hauts-de-France. *Agence Régionale de santé des Hauts-de-France*. [En ligne] 05 décembre 2025. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/depistage-des-ist-et-du-vih-sida-en-hauts-de-france>.
25. Dépister le VIH. *Assurance maladie* . [En ligne] 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/depistage>.
26. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Les problèmes éthiques posés par la commercialisation d'autotests de dépistage de l'infection VIH*. 2013. p. p.12.

27. Groupe médicaments/pharmaciens de la société française de lutte contre le SIDA. *RÔLES ET IMPLICATION DU PHARMACIEN DANS LA PRÉVENTION et LE DÉPISTAGE DU VIH EN 2022*. 2022.
28. *Stratégie nationale de santé sexuelle*. Comité d'élaboration de la stratégie nationale de santé.
29. Lert, France. Épidémiologie du VIH et des IST en France en 2024: stabilité pour le VIH, forte augmentation des IST. *VIH.org*. [En ligne] 25 novembre 2025. <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20251125/epidemiologie-du-vih-et-des-ist-en-france-en-2024-une-stabilite-au-niveau-national/>.
30. OMS. Préservatifs. [En ligne] 14 février 2024. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/condoms>.
31. Des préservatifs sans latex désormais gratuits pour les moins de 26 ans. *AMELI*. [En ligne] 31 mars 2025. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/des-preservatifs-sans-latex-desormais-gratuits-pour-les-moins-de-26-ans>.
32. Musial, Jeanne. *Journée de lutte contre le VIH et les IST*. Hauts-de-France : Dossier de presse, 2024.
33. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. *HAS*. [En ligne] 06 aout 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536524/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih.
34. Traitement préventif post-exposition au VIH. *HAS*. [En ligne] 6 aout 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536535/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih.
35. Direction générale de la santé . Les nouvelles trousse de prévention destinées à la réduction. *Ministère du travail, de la santé et des solidarités*. [En ligne] 01 février 2024. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/docdepresentationtrousses.pdf>.
36. *AIDES*. [En ligne] <https://www.aides.org/>.
37. *ENIPS*. [En ligne] <https://www.enipse.fr/>.
38. *SIDACTION*. [En ligne] <https://www.sidaction.org/>.
39. Pioche , Corinne, et al. Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C au sein des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en France. Bilan de quinze années de surveillance, 2001-2015. *Santé publique France*. [En ligne] 20 juin 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/activite-de-depistage-du-vih-et-des-hepatites-b-et-c-au-sein-des-consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-cdag-en-france.-bi>.

40. Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). *ARS Hauts-de-France*. [En ligne] 25 février 2025. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/centres-gratuits-dinformation-de-depistage-et-de-diagnostic-cegidd>.
41. Tourcoing, CH. Comité de coordination régionale de lutte contre les IST et le VIH en Hauts-de-France. *COREVIH Hauts-de-France*. [En ligne] <https://www.corevih-hdf.fr/app/uploads/2024/08/Plaquette-presentation-COREVIH-HDF.pdf>.
42. Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. *Organisation mondiale de la santé*. [En ligne] 2015. <https://www.emro.who.int/fr/asd/asd-infocus/hiv-basic-knowledge-and-stigma-reduction-in-health-care-settings.html?layout=blog>.
43. *Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation dans les milieux de santé*. s.l. : World Health Organization, 2015.
44. Mahajan, Anish, et al. *La stigmatisation dans l'épidémie de VIH/SIDA : une revue de la littérature et des recommandations pour la suite*. s.l. : Pubmed, 2008.
45. *Health short : "Gay men's" pneumonia*. Droits d'auteur BAR Media, Inc. [éd.] Inc Benro Enterprises. 14, San Francisco : s.n., 02 juillet 1981, Bay Area Reporter, Vol. 11, p. 34 sur 40.
46. Le SIDA aux USA en 1983. *Youtube*. [En ligne] 02 juillet 2012. <https://www.youtube.com/watch?v=QcC4G9la7Xc>.
47. *Prévention de l'éventuelle transmission du syndrome immunodéficitaire acquis [SIDA] par la transfusion sanguine*. Jacques ROUX pour la Direction Générale de la Santé. Circulaire du 20 juin 1983. 569.
48. *Une école ferme ses portes aux jeunes atteints du sida*. MacNeil, Christopher. 31 août 1985, Kokomo Tribune.
49. Roncier, Charles. États-Unis — Historique de l'interdiction de circuler. *VIH.org*. [En ligne] 17 novembre 2008. <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20081117/historique-de-linterdiction-de-circuler/>.
50. Géraldine Cornet Lavau, Ludivine Lopez. *Séropositifs : près de 40 ans de discrimination médicale*. [Archive INA]. Institut national de l'audiovisuel, 2019.
51. Roy, Albert Du. *Jean Marie Le Pen sur le Sida : le sidaïque est une espèce de lépreux*. [Archive INA]. Antenne 2, 1987.
52. Flaysakier, Jean Daniel. *Préservatifs à 1 franc : une "grande avancée" dans la lutte contre le Sida*. [Archives INA]. France 2, 1993.
53. RIVIERE, Jean-Philippe. Levée de l'interdiction de soins funéraires pour les personnes infectées par le VIH/Sida ou une hépatite B/C. *VIDAL*. [En ligne] 2017.

<https://www.vidal.fr/actualites/21753-levee-de-l-interdiction-de-soins-funeraires-pour-les-personnes-infectees-par-le-vih-sida-ou-une-hepatite-b-c.html>.

54. Santé publique France . Ouverture du don de sang aux hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2020, 8-9.

55. Cohn , Lilian , Chomont , Nicolas et Deeks, Steven. La biologie du réservoir latent du VIH-1 et ses implications pour les stratégies de guérison. *PubMed*. [En ligne] 08 avril 2020. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7219958/>.

56. VIH : troisième cas de probable guérison dans le monde après une greffe de moelle osseuse. *Institut Pasteur*. [En ligne] 20 février 2023. <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/vih-troisieme-cas-probable-guerison-monde-apres-greffe-moelle-osseuse>.

57. *Thérapie génique : L'approche CRISPR gagne du terrain contre le VIH*. CATIE, [éd.]. 3, Toronto : s.n., 03 août 2019, Traitement Actualités, Vol. 31.

58. Cherrid, Margot et Levasseur, Ophélie. *1984-2024 AIDES : 40 ANS DE LUTTE*. s.l. : Dossier de Presse, 2024.

59. Légifrance. Article 225-1 - Code pénal. [En ligne] 01/09/2022, 2022. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045391831.

60. AIDES. *La face cachée des discriminations*. 2016.

61. Défenseur des droits. *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité*. 2025.

62. Easy to read guides to HIV treatment, and sexual transmission and testing of HIV. *HIV i-base*. [Online] <https://i-base.info/guides/>.

63. Aide à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au suivi des patients VIH en ville. *VIHclic*. [En ligne] 2025 actualisation. <https://vihclic.fr/>.

64. Degroote, S, et al. *HIV disclosure in the workplace*. s.l. : Acta Clin Belg, 2014.

65. Delobel, Pierre. *Vaccination des personnes vivant avec le VIH*. CHU de Toulouse. s.l. : Haute autorité de santé, 2025.

66. Nicolas, Gateau. VIH : chez les jeunes, les idées reçues alimentent la sérophobie. *Sidaction*. [En ligne] 24 mars 2026. <https://www.sidaction.org/transversal/vih-chez-les-jeunes-les-idees-recues-alimentent-la-serophobie/>.

67. *Un nouveau rapport de l'OMS met en avant une baisse alarmante de l'utilisation des préservatifs chez les adolescents et un risque accru d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées*. Organisation mondiale de la santé. Copenhague : s.n., 2024.

68. Code du travail. *Légifrance*. [En ligne] 2022. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045391841.

69. Ordre national des médecins. *VIH, VHC, IST : Du constat de la nécessité de promouvoir de nouvelles actions de prévention et d'informations pour la santé publique*. 2019.
70. *HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey*. Lazarus, Jeffrey V, Curth, Nadja et Weait, M. 2, 2010, Vol. 13.
71. Can I Donate If...? *Clinical center*. [Online] <https://www.cc.nih.gov/bloodbank/can-i-donate>.
72. Agence de la santé publique du Canada. Prévenir la transmission du VIH : Indéfectable = Intransmissible (I = I) : Conseils de communication pour les professionnels de la santé. *Gouvernement du Canada*. [En ligne] 12 mai 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/prevenir-transmission-vih-indetectable-egale-intransmissible-conseils-de-communication-professionnels-sante.html>.
73. LEVY, JAY A. *Pathogenesis of Human Immunodeficiency virus infection*. Department of Medicine and Cancer Research Institut, University of California School of Medicine. San Francisco, California : s.n., 1993. MICROBIOLOGICAL REVIEWS.
74. Pialoux, Gilles. Antirétroviraux «long acting» en injection: plus qu'un nouveau mode d'administration? *Vih.org*. [En ligne] 4 février 2022. <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20220204/antiretroviraux-long-acting-en-injection-plus-quun-nouveau-mode-dadministration/>.
75. VIH : Prise en charge des personnes vivant avec le VIH. *Maformationofficinale.com*. [En ligne] <https://www.maformationofficinale.com/formation/vih-prise-en-charge-des-personnes-vivant-avec-le-vih-baal>.
76. Actions, Traitements, University of, Liverpool et Fundación, Huésped. Interactions médicamenteuses avec les traitements du VIH. *Actions Traitements*. [En ligne] 02 novembre 2023. <https://interactionactiontraitements.huesped.org.ar/>.
77. Sanga, Erica, et al. Processes and dynamics of linkage to care from mobile/outreach and facility-based HIV testing models in hard-to-reach settings in rural Tanzania. Qualitative findings of a mixed methods study. *Researchgate*. [En ligne] 2018. https://www.researchgate.net/figure/A-diagrammatic-illustration-of-the-linkage-to-care-process_fig2_329088701.
78. Autotest santé. Bon usage de l'autotest VIH AAZ. *Autotest santé*. [En ligne] 2018. <https://www.autotest-sante.com/fr/autotest-VIH-par-AAZ-139.html>.
79. Laboratoires NEPHROTEK. INSTI VIH. [En ligne] 2024. <https://nephrotek.fr/produit/insti-vih/>.

ANNEXES

Annexe I: Mode d'emploi du test VIH INSTI



INSTI™
Rapid test VIH 1/2

Rapidité d'utilisation et simplicité d'interprétation

Bras tendu le long du corps (position déclive), main au niveau de la taille

Conseils pour le prélèvement de sang total au bout du doigt

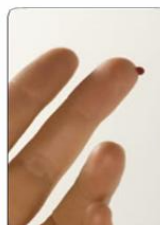
Prélèvement facilité par le lavage des mains à l'eau chaude



1 Identifier le test INSTI™
Piquer le doigt propre du patient et former une grosse goutte de sang suspendue.



2 Recueillir la première goutte de sang avec la pipette horizontale sans presser la poire de la pipette.



3 Presser la poire de la pipette pour vider le sang dans le flacon 1.



4 Rapprocher le flacon et homogénéiser par 2 inversions.

Former une nouvelle goutte de sang suspendue et la recueillir en approchant la pipette horizontalement de la goutte.

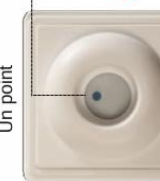
Répéter l'opération jusqu'à ce que le sang ait atteint le trait noir de la pipette.

Vider le contenu du flacon 1 dans la cupule et attendre que le liquide ait traversé la membrane.

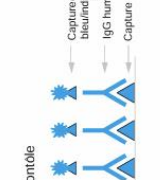
Homogénéiser par inversion le flacon 2 puis vider son contenu dans la cupule et attendre que le liquide ait traversé la membrane.

Répéter l'opération précédente pour le flacon 3 et lire le résultat du test immédiatement.

Lecture/Interprétation



Un point

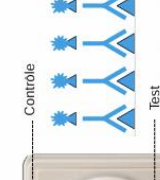


Deux points

Résultats ininterprétables



INDETERMINE



INVALIDE

Négatif



Positif



Recommandation : tout test ininterprétable doit être répété avec un nouvel échantillon sanguin en utilisant un nouveau test INSTI et de nouveaux accessoires.

43, rue de Bellevue - 92100 Boulogne Billancourt - 01 46 00 40 40

LABORATOIRES NEUROTEK
PARCE PLUS POUR LA SANTÉ

FR



autotest VIH AAZ

NOTICE D'UTILISATION

- autotest VIH® est un autotest de dépistage du VIH (virus responsable du SIDA) sur un prélèvement de sang obtenu au bout du doigt.
- Cet autotest est **fiable pour détecter une infection au VIH datant de plus de 3 mois**.
- autotest VIH® est un dispositif de diagnostic in vitro à usage unique.
- autotest VIH® est destiné à un usage par des profanes dans un cadre privé.
- Le temps nécessaire pour réaliser l'autotest est d'environ 5 minutes et le temps d'attente avant la lecture est de 15 minutes.
- Assurez-vous de disposer d'un minuteur.
- Lisez attentivement et complétez la notice d'utilisation avant de commencer le test.

ÉTAPE 1

1. Positionnez le support **G** sur une surface plane sans vibrations.
2. Retirez la dosette de diluant **C** située sur la partie haute de l'autotest **B**.
3. Introduisez-la avec votre doigt au fond du support **G**.

ÉTAPE 2 (LES ÉTAPES 2 ET 3 DOIVENT SE FAIRE DE FAÇON CONTINUE)

1. Lavez-vous les mains de préférence à l'eau chaude et séchez-les.
2. Ouvrez les sachets contenant la lingette désinfectante **H** et la compresse **I**.
3. Nettoyez le bout du doigt avec la lingette désinfectante **H** et attendez que votre doigt sèche.
4. Prenez l'autopiqueur **D** et enlevez son capuchon transparent. Appliquez sa face rouge sur votre doigt et appuyez fortement jusqu'à sentir la pénétration de l'aiguille.

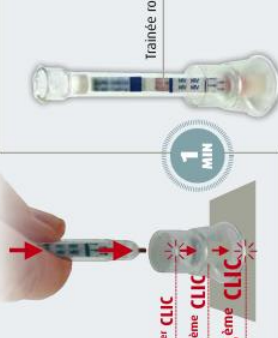
ÉTAPE 2 (suite)

5. Pressez délicatement le bout de votre doigt pour former une première grosse goutte de sang. Essuyez-la à l'aide de la compresse **I**.
6. Pressez à nouveau délicatement, sans trop appuyer, le bout du doigt pour former une nouvelle grosse goutte de sang.
7. Mettez l'autotest **B** pointe vers le bas en contact avec la goutte de sang comme indiqué ci-dessous (angle de 90°) jusqu'à ce que la pointe de l'autotest soit remplie de sang.

ÉTAPE 3

1. Munissez-vous d'un nouveau support **G** contenant la dosette de diluant **C**. Positionnez-le sur une surface plane sans vibrations.
2. Prenez votre autotest **B** en main pointe vers le bas. Introduisez-le fortement dans le support **G** afin de percer la dosette de diluant **C**.

ENFONCEZ TRÈS FORT VOUS CONSTATEZ 3 CRANS DE RÉSISTANCE



3. Observez l'apparition d'une trainée rose moins d'une minute après l'enfoncement.
4. Appliquez le pansement **E** sur votre doigt.

LE TEST EST EN COURS

⚠ Si la trainée rose n'apparaît pas dans la minute, ré-enfoncez fort pour introduire complètement l'autotest **B.**

L'autotest doit être maintenu vertical jusqu'à la fin de l'étape 4.

ÉTAPE 4

1. Notez l'heure et attendez 15 minutes avant de lire le résultat.

Interprétation des résultats au verso

15 MIN

Ne lisez pas au-delà de 20 min

CONTENU DU KIT



AAZ AV09-H (20190318) Notice d'utilisation autotest VIH®
Cette notice d'utilisation est disponible en plusieurs langues sur www.autotest-sante.com



Bonjour tout le monde,

Je suis Laïla RAVAUX, étudiante en 6ème année filière officine.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise un questionnaire ayant pour but de mettre en avant l'accompagnement du patient porteur du VIH au sein des officines, sous différents aspects.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez faire partie de la promotion de 6ème année officine 2024-2025.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse.

Ce questionnaire est à choix multiples avec quelques réponses ouvertes. Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Merci par avance pour votre participation, et en vous souhaitant bon courage pour le reste de cette année, futur(e)s collègues.

Bonne journée,

Laila RAVAUX

Partie A: Contexte de l'étude

A1. Votre stage de 6ème année d'officine se déroule :

En zone urbaine ☐

En zone rurale ☐



A2. Des personnes sous traitement VIH fréquentent-elles votre officine ?

Oui ☐

Non ☐

Ne sais pas ☐

A3. Si oui, à quelle fréquence ces patients se présentent-ils au comptoir ?

Tous les jours ☐

Toutes les semaines ☐

Tous les mois ☐

Tous les ans ☐

A4. Dans tous les cas, si la situation se présentait, vous sentiriez-vous à l'aise avec le VIH, les traitements et les conseils associés ?

Très mal à l'aise ☐

Mal à l'aise ☐

Assez à l'aise ☐

A l'aise ☐

Très à l'aise ☐

Partie B: Connaissances autour du VIH

B1. Sur votre niveau de connaissance sur le VIH et ses traitements, vous diriez qu'il est :

Très mauvais ☐

Médiocre ☐

Assez bon ☐

Bon ☐

Excellent ☐

B2. Quelle(s) est/sont vos sources d'informations privilégiées sur le VIH si vous en aviez besoin ?

Cours de fac ☐

Vidal, Thériaque, Claude Bernard ou autre base de données de médicaments ☐

IA type ChatGPT ☐

Source Institutionnelle type ANSM, HAS, Santé publique France ☐

Forum internet ☐

Site association patient ou informations grand public (Aides/Sida infos services...) ☐



Source scientifique spécialisée type VIH.org ☐

Autre (veuillez préciser) ☐

Autre (veuillez préciser)

B3. Quelles sont les domaines concernant le VIH sur lesquels vous seriez en difficulté pour échanger avec un patient/personne au comptoir ?

La physiopathologie ☐

Les effets indésirables ☐

Les interactions médicamenteuses ☐

Les modalités de prise ☐

Les règles hygiéno-diététiques ☐

Les données de transmission du virus ☐

Pas de difficultés ☐

B4. SI un jour, on vous pose une question sur les modes de transmission du virus HIV, vous diriez que vous les connaissez :

Pas du tout ☐

Assez bien ☐

Bien ☐

Très bien ☐

Parfaitement ☐

B5. Vers quelle(s) personne(s) vous tourneriez vous si vous aviez un doute suite à une question posée par un patient sur le VIH ?

Pharmacien de votre officine ☐

Médecin généraliste ☐

Médecin spécialiste ☐

Autre (veuillez préciser) ☐

Autre (veuillez préciser)



Partie C: Interactions avec le patient

C1. Avez-vous déjà réalisé (ou assisté à) un entretien pharmaceutique avec un patient VIH ?

Oui ☐

Non ☐

C2. Concernant la prise en charge initiale d'une nouvelle personne traitée par un traitement VIH, comment se passerait, d'après vous, le 1er approvisionnement dans votre pharmacie de ville ?

Sur présentation spontanée de l'ordonnance au comptoir ☐

Par appel téléphonique préalable ☐

Par mail préalable ☐

Par fax du médecin traitant/d'un spécialiste ☐

Par un autre moyen : ☐

Par un autre moyen :

C3. Comment jugez-vous l'accès à un espace de confidentialité dans l'officine où vous travaillez (pour parler du VIH) ?

Pas d'accès ☐

Accès existant mais inadapté ☐

Accès correct mais à améliorer ☐

Accès très satisfaisant et adapté ☐



C4. Quelle est d'après vous la source privilégiée d'information sur le VIH pour un patient ou une personne ?

- Médecin ☐
- Pharmacien ☐
- Association de patients ☐
- Forum ☐
- Site spécialisé ☐
- Autre (veuillez préciser) ☐

Autre (veuillez préciser)

C5. Les traitements « VIH » sont disponibles en Pharmacie Hospitalière ou de Ville au libre choix du patient ?

- Vrai ☐
- Faux ☐
- Ne se prononce pas ☐

C6. Toutes les personnes porteuses du VIH peuvent être vaccinées « normalement » ?

- Vrai ☐
- Faux ☐
- Ne se prononce pas ☐

C7. Une personne porteuse du VIH se présente à votre officine pour une vaccination DTP classique sur prescription, vous sentiriez vous « apte » à la vacciner ?

- Oui, sans hésitation ☐
- Oui, mais uniquement si je sais que sa charge virale est indétectable ☐
- Non, à cause du risque de contamination ☐

C8. Qu'est-ce que vous aborderiez en 1er (le plus important pour vous) lors du suivi d'un patient séropositif traité ?

- Le suivi psychologique ☐
- Les modalités d'administration de ses traitements ☐
- L'observance et/ou l'adhésion du patient ☐
- La gestion des effets indésirables ☐



Les interactions médicamenteuses ☐

Les risques de transmission du virus ☐

Partie D: Attitude

D1. Si vous deviez établir une alliance thérapeutique avec un patient « VIH » lors d'un entretien, vous penseriez que ça serait (de 1 à 5) :

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

D2. Quels seraient d'après vous les obstacles pour « gagner » l'alliance thérapeutique avec un patient « VIH » ?

Aucun obstacle ☐

Peur du virus ☐

Manque de compétences ☐

Posture du patient (fermé, mal à l'aise...) ☐

Manque de temps ☐

Locaux inadaptés ☐

Autre (veuillez préciser) ☐

Autre (veuillez préciser)

D3. Selon vous, comment la pathologie « VIH » est elle perçue par « le grand public » aujourd'hui ?

Considérée comme une maladie honteuse à part ☐

Considérée comme une IST comme une autre (syphilis, gono, chlamydia...) ☐

Considérée comme une pathologie chronique comme une autre (diabète, HTA...) ☐

D4. Auriez-vous un a priori à travailler avec une personne séropositive ?

Oui ☐

Non ☐



D5. Si vous preniez en charge un patient « VIH », connaître son statut virologique serait-il important pour vous ?

Oui ☐

Non ☐

D6. Connaissez-vous le terme I=I ou U=U (en anglais) pour le VIH ?

Oui ☐

Non ☐

D7. Si oui, pensez-vous qu'un patient I=I peut transmettre le VIH ?

Oui ☐

Non ☐

D8. Conseilleriez-vous à un patient porteur du VIH qui entretient une relation stable avec une personne séronégative d'avoir uniquement des rapports « protégés » ?

Oui si sa charge virale est détectable ☐

Oui dans tous les cas ☐

Non si sa charge virale est indétectable ☐

Non dans tous les cas ☐

Ne sais pas ☐

D9. Pensez-vous qu'un patient positif au VIH peut exercer une profession de santé, tout métier confondu ?

Oui ☐

Non ☐

Cela dépend du métier ☐

D10. Un patient séropositif vous informe qu'il veut voyager à l'étranger, pensez-vous qu'il peut voyager normalement dans tous les pays ?

Oui ☐

Non ☐

Ne sais pas ☐

D11. Si non, pour quelles raisons ?

Refus de visa pour les séropositifs ☐

Impossibilité d'accès aux soins pour les « séropositifs » dans certains pays ☐

Impossibilité de se traiter sur place ☐

Décalage horaire trop difficile à gérer ☐

Niveau de transmission du virus trop élevé dans certains pays ☐



Autre (veuillez préciser)



Autre (veuillez préciser)

D12. Que diriez-vous à un patient séropositif qui vous informait de son souhait de donner son sang ?

C'est impossible pour vous

☐

C'est possible si vous avez une charge virale indétectable

☐

C'est possible dans tous les cas parce que les techniques actuelles de transfusion éradiquent le VIH

☐

Ne sait pas

☐

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse: laila.ravaux.etu@univ-lille.fr

Nom : RAVAUX
Prénom : Laïla

Titre de la thèse : DE LA SÉROPHOBIE À LA PRISE DE CONSCIENCE, QUELLE PLACE POUR LE PHARMACIEN DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT PORTEUR DU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE ?

Mots-clés : VIH, pharmacien, prise en charge, sérophobie, enquête, officine

Résumé : Le VIH est aujourd'hui une pathologie qui touche toute la population, avec une espérance de vie rendue similaire à une personne séronégative si les traitements sont bien suivis.

Pourtant, en pharmacie, notamment au comptoir, le VIH ne semble pas abordé de la même manière que pour d'autres pathologies chroniques.

Est-ce lié à un manque de connaissances de la part des professionnels de santé ? À des craintes persistantes, des ressentis qui pourraient altérer la prise en charge ?

C'est ce que nous avons cherché à démontrer, à l'aide d'un questionnaire anonyme créé avec LimeSurvey, et distribué en ligne aux étudiants en 6ème année de pharmacie à Lille, promotion officine.

L'objectif était d'analyser leur attitude face aux personnes vivants avec le VIH au comptoir et plus précisément, de voir si la sérophobie, encore présente aujourd'hui, avait un impact direct ou indirect sur la prise en charge du patient vivant avec le VIH.

Les résultats de cette enquête mettent en lumière une sérophobie moins marquée qu'avant, traduisant une évolution positive des attitudes. Les connaissances sur le VIH restent quant à elle limitées, et constituent un frein majeur à une prise en charge optimale.

C'est pourquoi il est indispensable pour un pharmacien de toujours continuer à se former, à maîtriser les ressources à disposition, et à maintenir un lien avec les autres professionnels de santé afin de garder un rôle principal dans la prise en charge, allant de la prévention à la dispensation.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Thierry DINE, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille - Praticien hospitalier au CH de Loos – Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse et assesseur : Monsieur le Docteur Bruno FRIMAT, Maître de conférence associé en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Lille, Pharmacien hospitalier au CH de Lens

Membres extérieurs : Madame la Docteur Charlotte Szymkowiak, Pharmacienne adjointe, Pharmacie Cœur de Faches, Faches-Thumesnil