HAL
open science

Rôle du pharmacien dans la prévention des IST à l'officine

Aurélie Gaborit

To cite this version:

Aurélie Gaborit. Rôle du pharmacien dans la prévention des IST à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-02480758

HAL Id: dumas-02480758

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02480758v1

Submitted on 17 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Pharmacie
Aix*Marseille Université

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Le 31 Janvier 2020

PAR

Aurélie GABORIT

Née le 17 Mars 1994 à TOULON

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA PREVENTION DES IST A L'OFFICINE

JURY :

Président : Pr Philippe Piccerelle	Pharmacie Galénique
Membres : Dr Albert DARQUE	Praticien hospitalier
Dr Alix MAGNE	Pharmacien d'officine

Université d'Aix-Marseille – Faculté de Pharmacie – 27 bd Jean Moulin – CS 30064 - 13385 Marseille cedex 05 - France
Tél. : +33 (0)4 91 83 55 00 - Fax : +33 (0)4 91 80 26 12

Faculté de Pharmacie
Aix-Marseille Université

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

Doyen :	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Vice-Doyens :	M. Jean-Paul BORG, M. Philippe CHARPIOT, M. Pascal RATHELOT
Chargés de Mission :	M. David BERGE-LEFRANC, M. François DEVRED, Mme Caroline DUCROS, Mme Pascale BARBIER
Conseiller du Doyen :	M. Patrice VANELLE
Doyens honoraires :	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
Professeurs émérites :	M. José SAMPOL, M. Jean-Pierre REYNIER
Professeurs honoraires :	M. Guy BALANSARD, M. Jacques BARBE, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI,
Chef des Services Administratifs :	Mme Florence GAUREL
Chef de Cabinet :	Mme Sandrine NOURIAN
Responsable de la Scolarité :	Mme Myriam TORRE

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES	
BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
NUTRITION ET DIETETIQUE	M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.	
CULTURE ET THERAPIE CELLULAIRE	M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS	
ANGLAIS	Mme Caroline MONTET

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS	
BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Philippe CHARPIOT
BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN Mme Florence SABATIER-MALATERRE
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES	
BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Nathalie BARDIN Mme Dominique ARNOUX Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.	
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Sylvie COINTE

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS	
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Henri PORTUGAL Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES	
BOTANIQUE ET CRYPTOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)	
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.	
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO

ATER	
CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE
Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS	
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES	
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.	
PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Remerciements

Au président de mon jury, Mr Philippe Piccerelle, de me faire l'honneur d'avoir accepter la présidence de mon jury de thèse. Merci pour votre écoute, vos conseils, la transmission de votre savoir, et la disponibilité dont vous nous avez fait part tout au long de nos études de pharmacie.

A mon directeur de thèse, Mr Albert Darque, merci d'avoir adhérer à mon sujet de thèse, de m'avoir accompagné tout au long de sa réalisation, pour vos conseils et votre réactivité.

Au membre de mon jury, Mlle Alix Magne, qui est bien plus qu'un membre de mon jury, une véritable copine. Merci pour m'avoir transmis ton savoir et ton expérience. Merci pour ces moments (trop rares) travaillés ensemble. Que tu fasses parti de mon jury était une évidence, merci de l'avoir accepté.

A Vincent Théry, mon maître de stage de 6e année. Merci pour vos conseils, le partage de votre expérience professionnelle, et pour la confiance que vous m'avez permis d'acquérir.

A ma mère,
Maman, merci de m'avoir soutenu depuis le début et pour tous les sacrifices que tu as fait pour me permettre de faire des études. Merci d'avoir tout mis en œuvre pour que je réussisse. Je n'en serai pas là sans toi. J'espère te rendre fière.

A mon frère,
Merci pour ton soutien et ton amour fraternel, même si la pudeur retient trop souvent l'expression de nos sentiments. Je suis fière de toi.

A ma famille,
Tati Isa, mon parrain, ma marraine qui me manque, mais qui je suis sûre nous regarde, mes cousins et cousines, merci pour votre présence, votre soutien et votre bienveillance.

A Camille,
Merci pour ton amour et pour le soutien que tu m'apportes au quotidien. Chaque minute me prouve la différence qui existe entre les autres et toi. Tu me fais croire que tout est possible et croire en moi.

A Marie et Maïté,
Cette amitié qui est née pendant le stage de Supexam, continue encore aujourd'hui et n'est pas prête de se terminer. Merci d'avoir été là en Paces, je n'aurai pas tenu sans vous. Merci pour ces moments de rires, ces conseils, ces petits commérages et cette honnêteté qui font notre amitié. Merci d'être toujours là quand j'ai besoin.

A Anaïs,
Mon double, littéralement. La fac n'aurait pas été la même chose sans toi. Merci pour ta loyauté, ta franchise, et tous ces moments partagés : nos petits dej chez l'une ou l'autre improvisés, nos confidences, nos éclats de rires, ces soirées et cette complicité inexplicable. Même si Paris n'est pas si loin, tu me manques terriblement !

A toutes mes rencontres,
Le prep du love, Dounia et Jess, merci pour ce stage d'externe mémorable sur les airs d'Ed Sheeran et Enrique !
Florence, ma binôme, merci d'avoir rendu ces TPs plus agréables et pour ces soirées repas chez toi.
Sandra, merci pour ta joie de vivre et ta gentillesse.
Les filles de la pharmacie du marché, Alix, Justine et Aurélie.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.»

Table des matières

Table des figures **15**

Liste des abréviations **16**

Introduction **18**

Partie 1 : Étude de la population et des pharmaciens **19**

A. Objectifs de l'enquête **19**

I. Objectifs sur la population 19

II. Objectifs sur les officines 19

B. Matériel et méthode **20**

I. Lieux 20

1. Marseille et alentours 20

II. Critères d'inclusion de la population 20

III. Critères d'inclusion des pharmacies d'officines 21

C. Les questionnaires **21**

I. Pour la population 21

II. Pour les pharmaciens d'officines 24

D. Résultats **25**

I. Questionnaire de la population 25

1. Résultats 25

2. Analyse des résultats 32

II. Questionnaire des pharmaciens 33

1. Résultats 33

2. Analyse des résultats 38

Partie 2 : Généralités sur les IST et la prévention **40**

A. Les infections sexuellement transmissibles **40**

I. Chlamydia trachomatis 41

1. Epidémiologie(4) 41

2. Structure 41

3. Transmission 41

4. Clinique 42

5. Diagnostic 44

6. Traitements (11) 45

II. Neisseria Gonorrhoeae 45

1. Epidémiologie 45

2. Structure 46

3. Transmission 47
4. Clinique 47
5. Diagnostic 47
6. Traitements 48
III. Treponema pallidum 49
1. Epidémiologie (14) 49
2. Structure 50
3. Transmission 50
4. Clinique 50
5. Diagnostic 51
6. Traitements (17) 53
IV. Trichomonas vaginalis 54
1. Epidémiologie 54
2. Structure (5)(7) 54
3. Transmission 54
4. Clinique 55
5. Diagnostic 56
6. Traitements 56
V. Herpès simplex 57
1. Épidémiologie 57
2. Structure 57
3. Transmission (21) (20) 57
4. Clinique 58
5. Diagnostic 59
6. Traitements 60
VI. Candida albicans 60
1. Epidémiologie 60
2. Structure 60
3. Transmission 61
4. Clinique 61
5. Diagnostic 62
6. Traitements 62
VII. VIH 63
1. Définition 63
2. Classification 63
1.1 Famille 63
1.2 Différents types de VIH : type 1, type 2, groupe M, B, E, O 64
3. Structure (22) 65
4. Génome (8) 66

5. Épidémiologie (23)(24)(25)(26) 66
1.1 Dans le monde 66
1.2 En France 68
6. Transmission 71
1.1 La transmission sexuelle 72
1.2 La transmission par le sang 72
1.3 La transmission mère-enfant 73
7. Physiopathologie 73
1.1 Cycle de réplication : 73
1.2 Clinique et signes biologiques 76
8. Diagnostic (30) 78
9. Traitements disponibles (34) 80
B. Lutte contre les IST en France 82
I. Prévention 82
1. Les dispositifs médicaux de prévention 82
1.1 Le préservatif masculin 82
1.2 Les préservatifs féminins 84
1.3 La digue dentaire 84
1.4 Les moyens inefficaces (39) 84
1.5 Développement du remboursement 85
1.6 La PrEP (43) 86
2. L'État : rôle majeur dans la prévention 88
1.1 Par les campagnes et l'accessibilité à l'information 89
3. L'importance des associations 92
4. Formation dans les écoles (58) (59) 93
II. L'accessibilité au dépistage 94
1. Les CeGIDD Centres gratuits, d'information, de dépistage et de diagnotics 95
1.1 Qu'est ce qu'un CeGGID ? 95
1.2 Où les trouver ? 96
1.3 Déroulement du dépistage en CeGIDD (66) 97
2. Laboratoires 97
3. Les hôpitaux 98
4. Autotest 98
1.1 Principe 98
1.2 Pour les IST 99
1.3 Autotest VIH et TROD 99
5. Dépistage en pharmacie ? 102
III. Et en pharmacie ? (74) (75) 102
Partie 3 : Proposition de prise en charge de patient à risque ou touché par les IST 104

A. Constat **104**
B. Arbres décisionnels **104**
I. Dispensation de contraception d'urgence 105
II. Prise en charge d'un comportement à risque 106
III. Dispensation de contraceptif 107
C. Quelques adresses à connaître **108**
Conclusion **109**
Bibliographie **110**
Annexe 1 ..... **114**
Annexe 2 ..... **115**
Annexe 3 ..... **116**

Table des figures

Figure 1. Cycle de réplication de Chlamydia Trachomatis 42
Figure 2. Évolution de nombre de personnes atteintes de *N. gonorrhoeae* en France de 2004 à 2016 46
Figure 3. Évolution du nombre de cas de syphilis précoce par année en France 49
Figure 4. Diversité génétique des VIH 64
Figure 5. Représentation de la structure du VIH-1 65
Figure 6. Prévalence du nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans vivant avec le VIH dans le monde en 2016 67
Figure 7. Proportion des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral dans le monde en 2016 68
Figure 8. Nouvelles séropositivités VIH en France depuis 2010. 69
Figure 9. Pourcentage de découverte de séropositivité au VIH de la population en fonction des années en fonction de leur dépistage antérieur 70
Figure 10: Taux de découverte de séropositivité au VIH par région en France en 2016 71
Figure 11: Cycle de réplication du VIH-1 73
Figure 12. Évolution des marqueurs biologiques au cours de l'infection à VIH 76
Figure 13 : Stratégie de dépistage du VIH 79

Liste des abréviations

ADN : Acide désoxyribonucléique

AC : Anticorps

AIDES : Association française de lutte contre le VIH et les hépatites virales, créée en 1984

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites

ARN : Acide ribonucléique, essentiel dans le transport du message génétique et la synthèse des protéines

C. Albicans : Candida Albicans

CE : Corps élémentaire

CeGIDD : Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic

CI : Contre indication

CIAFU : Comité d'infectiologie de l'association française d'urologie

CR : Corps réticulé

C.T / C.Trachomatis : Chlamydia Trachomatis

EDEN : dispositif médical de prévention (préservatif) remboursé par la sécurité sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec les hommes

HSV : Virus de l'herpès simplex

IFI : Immuno Fluorescence Indirecte

Ig : Immunoglobuline

IM : Intramusculaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IV : Intraveineux

IST : Infection sexuellement transmissible

LCR : Liquide céphalo rachidien

MGG : May-Grünwald Giemsa, méthode de coloration

N.G : Neisseria Gonorrhoeae

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCR : Réaction en chaîne par polymérase, méthode d'amplification génique

PrEP : Prophylaxie PréExposition

RT : Transcriptase inverse

TME : Transmission mère-enfant

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic

UDI : Usager de drogue injectable

UNAIDS : ONUSIDA, programme de l'ONU destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU dans la lutte contre le VIH/Sida

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Les infections sexuellement transmissibles représentent un problème de santé publique au niveau mondial. D'après l'OMS, plus d'un million de personnes contractent chaque jour une IST dans le monde. La France n'est pas épargnée.

La recrudescence récente de ces infections semble évoquer un véritable souci de prévention et de dépistage, mais aussi de comportements à risques qui se développent.
En officine, le pharmacien se retrouve être le professionnel de santé le plus accessible à la population. Il est donc évident que notre rôle dans la prévention est essentiel pour sensibiliser la population et appliquer une politique de réduction des risques. La prévention se voit évoluer en proposant des mesures adaptées à chaque situation dont la population doit avoir connaissance. De même, le dépistage progresse. Conseiller ces nouveaux aspects en connaissance de cause permettrait une prise en charge adaptée à chacun.
Mais une distance entre le pharmacien et le patient au sujet de ces infections a pu être observée. Le malaise apparaissant à l'évocation de ce sujet entraine un défaut de conseils au détriment de la santé publique. Les raisons de ce manque de dialogue peuvent être liées à de nombreuses raisons : un manque de connaissance, le sujet jugé tabou, ou encore un désintéressement du sujet.

Mettre en évidence les connaissances, les comportements de la population et des pharmaciens afin d'évoquer les solutions présentes en France dans le but de pouvoir proposer une meilleure prise en charge du patient à l'officine est l'enjeu de cette thèse.
Il est essentiel de « faire un point » sur le terrain afin de progresser et adapter l'accès et le développement à la prévention et au dépistage.

Nous nous consacrerons dans un premier temps à l'étude qui a été réalisé sur la population et les pharmaciens, puis nous évoquerons les IST les plus courantes en officine ainsi que les moyens de prévention et de dépistage dont nous disposons. Enfin, nous évoquerons des solutions pour aider à une meilleure prise en charge.

Partie 1 : Étude de la population et des pharmaciens

Pour les besoins de cette thèse, nous avons réalisé deux enquêtes. La première a été effectuée sur la population ; la seconde sur les pharmaciens d'officine. Les questions posées ont été différentes pour les deux enquêtes.
À l'aide de l'application google forms, les questionnaires ont été créés pour les relayer sur internet, en plus de la version papier que je me suis appliquée à distribuer le plus possible.
Les informations récoltées à l'aide de ces deux supports ont été mises en commun pour obtenir les résultats.

A. Objectifs de l'enquête

L'ensemble de cette thèse a pour but de proposer une meilleure prise en charge du patient à risque ou touché par des infections sexuellement transmissibles. Ceci permettrait une orientation et des conseils adaptés au patient.

I. Objectifs sur la population

Dans un premier temps, l'objectif est d'évaluer les connaissances de la population concernant les IST et les structures existantes ayant pour fonction la prévention et le dépistage.
Dans un second temps, il s'agit d'analyser leurs comportements face à une situation de prise de risque.

II. Objectifs sur les officines

Le premier objectif du questionnaire soumis aux pharmaciens d'officines sur les IST était d'évaluer leurs connaissances sur le sujet. Le second était de connaître leur comportement ainsi que les conseils que ces derniers dispensent face à une personne en situation à risque.

L'objectif est de mettre en évidence et d'améliorer le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et le dépistage des IST.

B. Matériel et méthode

Les réponses aux questionnaires ont été récoltées du 15 décembre 2019 au 12 janvier 2020, dans la région de Marseille et ses alentours, en Bouches-du-Rhône, région Provence Alpes Côte d'Azur.

I. Lieux

1. Marseille et alentours

Les personnes représentatives de la population ayant répondu à cette enquête résident dans la région de Marseille, à Marseille même principalement, Aubagne ou encore Toulon.
Marseille, métropole de plus d'1,7 million d'habitants dotée d'une diversité culturelle importante regroupe une population hétérogène tant par les âges que par les différents milieux professionnels, culturels et sociaux, qui font d'elle une commune intéressante pour la réalisation de cette enquête.
Les professionnels sollicités sont des pharmaciens exerçant sur Marseille. Ces officines sont présentes dans le centre de Marseille (1er ,5e, 8e, 10e, 11e, 3e arrondissement), dans des quartiers hétéroclites.
Le recueil de réponses s'est déroulé sur un peu moins d'un mois, du 15 décembre 2019 au 12 janvier 2020.

II. Critères d'inclusion de la population

Un échantillon de 45 personnes a répondu au questionnaire de la population. Je me suis attachée à le faire remplir par des personnes de milieux sociaux et professionnels différents afin d'avoir des réponses variées et représentatives de la population. Hommes et femmes ont été conviés, sans qu'une stricte équité soit calculée. Des personnes de tout âge, de tout sexe, de toutes professions, et de milieux sociaux différents ont donc répondu à ce questionnaire.

Il a été nécessaire de réaliser des tranches d'âges afin de pouvoir délimiter la population cible :

- 14 – 20 ans
- 20 – 30 ans
- 30 – 40 ans
- 40 – 50 ans
- > 50 ans

III. Critères d'inclusion des pharmacies d'officines

Une vingtaine de pharmacies dont 25 pharmaciens ont répondu au questionnaire concernant les officines.
Ces pharmacies ont été choisies au hasard, sans critères d'inclusions déterminés hormis celui de leur ville de localisation : Marseille. Dans un souci de mixité des différents quartiers, les officines d'un maximum d'arrondissement ont été sollicitées.

C. Les questionnaires

I. Pour la population

Le questionnaire posé à la population comporte 21 questions. Il est séparé en 3 parties :

- Informations personnelles (genre, âge, situation professionnelle, orientation sexuelle)
- Connaissances générales sur les IST et le dépistage
- Comportement

1. Vous êtes : ☐ Une Femme ☐ Un Homme

2. Age : ☐ 14-20 ans ☐ 20-30 ans
☐ 30-40 ans ☐ 40-50 ans
☐ >60 ans

3. Situation : ☐ En recherche d'emploi ☐ Étudiant
☐ Salarié ☐ Autoentrepreneur/Libéral
☐ Retraité

4. Orientation sexuelle : ☐ Hétérosexuel ☐ Homosexuel
☐ Bisexuel

5. Parmi ces maladies, laquelle/lesquelles selon vous sont des infections sexuellement transmissibles (IST) ?

☐ Syphilis ☐ Mononucléose ☐ Chlamydia
☐ Papillomavirus ☐ VIH ☐ Trichomonose
☐ Herpès ☐ Paludisme ☐ Tétanos
☐ Hépatite : ☐ A
☐ B
☐ C

6. Existe-t-il une différence entre être séropositif et avoir le Sida ?

☐ Non ☐ Oui

7. Comment peut-on être contaminé par le VIH ? Quelles sont les voies de transmissions ?

☐ Lors de rapports sexuels ☐ Lors de préliminaires (sexe oral)
☐ Par voie sanguine ☐ Par contact avec la sueur d'une personne séropositive
☐ Par piqure d'insecte ☐ Par la salive (baisers)
☐ En buvant dans le même verre qu'une personne infectée
☐ Par la mère (femme enceinte, accouchement, lactation)

8. Aujourd'hui, il est possible de guérir du VIH/Sida.

☐ Vrai ☐ Faux

9. La pilule journalière ou la pilule du lendemain protège des IST.

☐ Vrai ☐ Faux

10. Le préservatif concerne uniquement les hommes.

☐ Vrai ☐ Faux

11. Une femme enceinte ne peut pas être porteuse d'IST ou du VIH.

☐ Vrai ☐ Faux

12. Je peux me faire dépister en étant mineur, sans l'autorisation de mes parents.

☐ Faux ☐ Vrai

13. Je suis obligé(e) d'aller chez le médecin pour avoir une ordonnance et pouvoir me faire dépister.

[] Faux [] Vrai

14. Il existe différents moyens/lieux pour se faire dépister :

[] Par prise de sang
[] Par test salivaire
[] Chez le médecin généraliste
[] Par autotests vendus en pharmacie
[] En laboratoire d'analyse
[] A l'hôpital
[] En pharmacie
[] Dans les CeGIDD (centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic)

15. Après une exposition à risque, je dois me faire dépister :

[] Uniquement du VIH
[] Du VIH et des IST les plus courantes
[] Uniquement des IST les plus courantes

16. Le dépistage de l'infection du VIH est utile et recommandé pour :

[] Les personnes ayant été exposées à un risque de contamination
[] Pour tous

17. Le test de dépistage du VIH est payant.

[] Faux [] Vrai

18. On peut avoir confiance en sa/son partenaire s'il n'a pas de signe visible de la séropositivité au VIH ni à d'autres IST ou s'il nous dit qu'il n'a aucune IST.

[] Oui [] Non

Après une conduite qualifiée à risque (relation sexuelle sans préservatif...) :

19. Estimez-vous nécessaire de vous faire dépister ?

[] Oui [] Non

19.1. Si Oui, combien de temps attendez-vous pour faire dépister ?

[] Immédiatement [] Dès le lendemain [] Dans la 1e semaine [] Après 1 semaine
[] Après 2-3 semaines [] 1 mois après [] 3 mois après
[] Je ne me fais pas dépister tant que je n'ai pas de symptômes

20. A qui allez-vous en parler ?

[] Personne
[] Des amis
[] Médecin
[] Ma famille
[] Pharmacien
[] CeGIDD

21. Avoir une IST, pour vous c'est :

[] Tabou
[] Sale
[] Gênant/Honteux
[] Cela arrive, il n'y a aucune honte

II. Pour les pharmaciens d'officines

Le questionnaire pour les officines se compose de 16 questions réparties en 3 parties :

- Connaissances générales sur les IST
- État des connaissances sur la prévention et les dispositifs de dépistage existants
- Comportement et ressenti face au sujet

1. Quelles sont les 3 IST les plus courantes (hors VIH et hépatites) ?
   ☐ Syphilis ☐ Gonocoque ☐ Trichomonose
   ☐ Chlamydia ☐ Papillomavirus ☐ Herpès génital

2. Quels sont les signes cliniques de Chlamydia Trachomatis ?
   ☐ Ecoulement clair chez l'homme, blanc chez la femme
   ☐ Cystalgie chez les 2 sexes
   ☐ Vésicules au niveau génital
   ☐ Odeur forte désagréable

3. Quelle est la complication la plus grave concernant Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, et Trichomonas Vaginalis ?
   ☐ Septicémie ☐ Salpingite
   ☐ Stérilité ☐ Pyélonéphrite

4. Quelle IST est asymptomatique dans 90% des cas chez les hommes ?
   ☐ Trichomonas vaginalis ☐ Herpès simplex
   ☐ Neisseria gonorrhoeae ☐ Chlamydia Trachomatis

5. Un patient vient à votre pharmacie, il évoque une prise de risque datant de la veille, quel conseil donnez-vous ?
   ☐ Aucun
   ☐ Je le conseille d'attendre 6 semaines avant de faire un test de dépistage
   ☐ Je le dirige vers l'hôpital le plus proche (lequel ?)
   ☐ Autre ?

6. Lors de la dispensation d'une pilule du lendemain, vous :
   ☐ Ne donnez aucun conseil
   ☐ Vous prévenez des risques d'EI et comment réagir
   ☐ Vous posez des questions sur les circonstances de l'événement, la régularité de la prise de la pilule du lendemain (occasionnelle ou récurrente) …
   ☐ Vous prévenez des risques d'IST et conseillez le dépistage

7. Combien de CeGIDD existe t-il à Marseille ?
   ……

8. Savez vous où se trouve le CeGIDD le plus proche de votre pharmacie ?
   ☐ Oui ☐ Non

8.1. Si oui, où ?
   ……

9. Existe-t-il des dispositifs médicaux de prévention pour les IST, remboursés par la sécurité sociale ?
   ☐ Oui ☐ Non

10. Disposez vous d'auto-test VIH en stock ?
    ☐ Oui ☐ Non

11. Possédez vous EDEN® en stock ?
    ☐ Oui ☐ Non

12. Est-t-il difficile d'aborder le sujet de la sexualité avec un patient ?
    ☐ Oui ☐ Non

13. Que ressentez vous à l'évocation du sujet avec votre patient ?
    ☐ Cela me met mal à l'aise
    ☐ Un désintérêt
    ☐ Je n'ai aucun problème à évoquer ce sujet

14. Réaliser des TROD en pharmacie :
    ☐ Ce n'est pas notre métier
    ☐ Pourquoi pas, je ne suis pas réfractaire
    ☐ C'est une bonne idée

15. Les autotests peuvent être utilisés :
    ☐ Dès le lendemain d'une prise de risque
    ☐ 6 semaines après une prise de risque
    ☐ 3 mois après une prise de risque

16. Le traitement post exposition doit être pris :
    ☐ Je ne sais pas ce que c'est
    ☐ Dans les 24h après une prise de risque
    ☐ Dans les 48h après une prise de risque
    ☐ Dans la première semaine après une prise de risque

D. Résultats

I. Questionnaire de la population

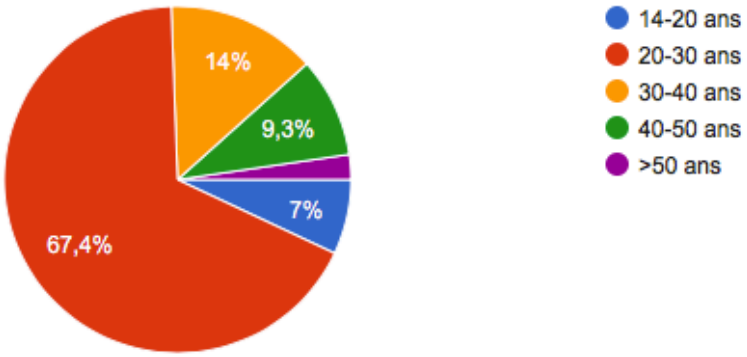
1. Résultats

Question 1 : Vous êtes :

45 personnes ont répondu à cette question : 21 hommes soit 46,7% et 24 femmes soit 53,3%

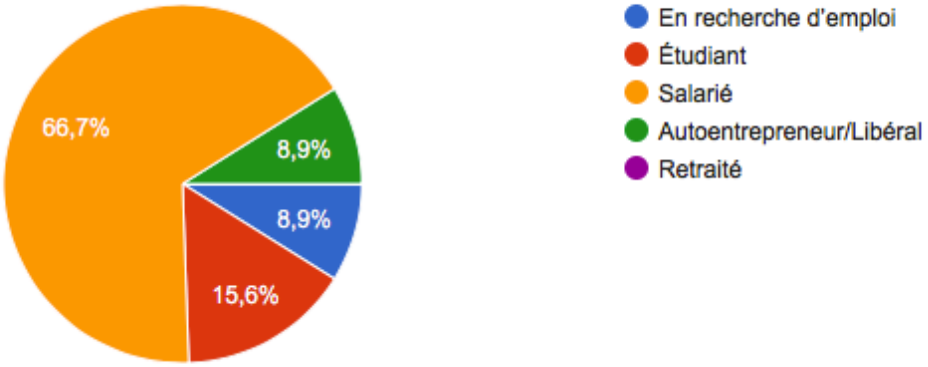
L'échantillon de la population est homogène.

Question 2 : Age :



43 personnes ont répondu à cette question.
La majorité des personnes ayant répondu se trouve dans la tranche des 20-30 ans : 67%.
La population générale est donc représentée.

Question 3 : Situation professionnelle :



Les différentes situations professionnelles sont présentes avec une majorité de salariés (66,7%).
Aucun retraité n'a été interrogé.

Question 4 : Orientation sexuelle :

Toutes les personnes ont accepté de répondre à cette question.

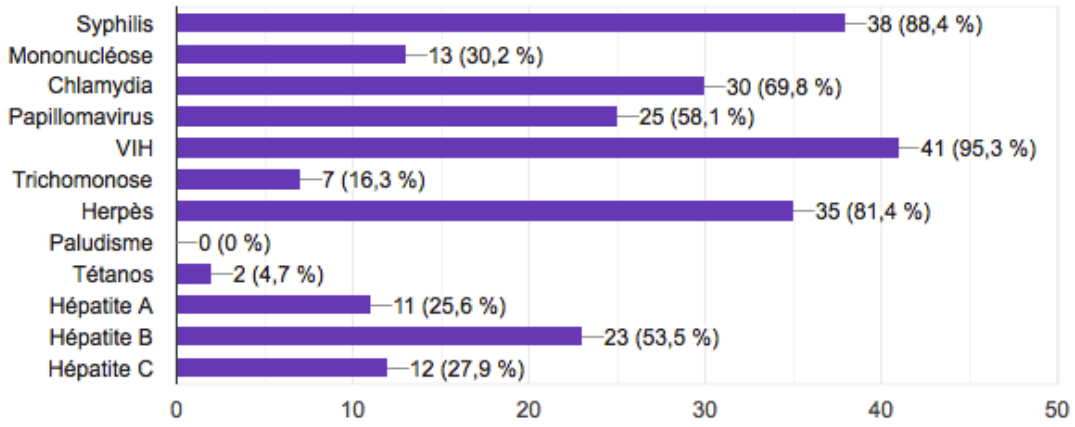
Hétérosexuels : 96%

Homosexuels : 2%

Bisexuel : 2%

Les différentes orientations sexuelles sont représentées, dont 100% de femmes hétérosexuelles et 90% d'hommes hétérosexuels.

Question 5 : Parmi ces maladies, laquelle/lesquelles selon vous sont des infections sexuellement transmissibles (IST) ?



Les IST les plus connues par la population sont l'herpès (81%), la syphilis (88%), et le VIH (96%) parmi celles qui sont proposées. En revanche, seulement 16% connaissent la trichomonose.

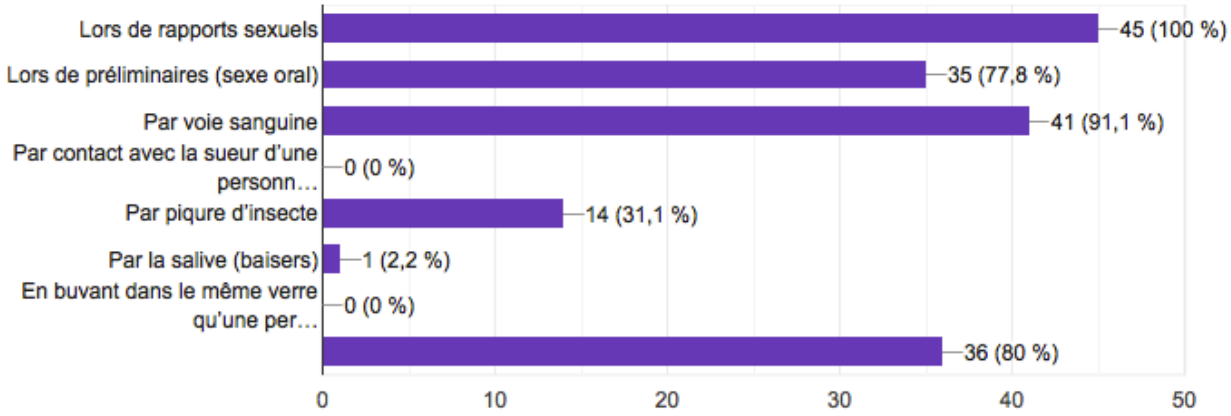
30% pensent à tort que la mononucléose est une infection sexuellement transmissible.

Question 6 : Existe-t-il une différence entre être séropositif et avoir le Sida ?

Non : 29,5% estiment qu'il n'y a aucune différence entre la séropositivité au VIH et le Sida, soit 13 personnes sur les 44 réponses reçues. *Cela montre un manque d'explication de cette pathologie et entre ces deux situations entrainant une confusion de la population*.

Oui : 70,5%

Question 7 : Comment peut-on être contaminé par le VIH ? Quels sont les voies de transmission ?



100% de la population sait que les rapports sexuels sont à risques de transmission. Mais environ 20% ignorent que lors de préliminaires ainsi que par la mère (femme enceinte ou allaitement), cette transmission est aussi possible.
Plus de 30% pensent que le VIH peut se transmettre par piqure d'insecte ce qui témoigne d'une méconnaissance sur les non-risques de transmission.

Question 8 : Aujourd'hui, il est possible de guérir du VIH/Sida.

Vrai : 20% estiment que cette affirmation est vraie, soit que le VIH ne tue plus dès lors qu'un traitement est dispensé.
Faux : 80% sont conscient que le VIH ne se guérit pas.

Question 9 : La pilule journalière ou la pilule du lendemain protège des IST.

100% des personnes ont réfuté cette affirmation.

Question 10 : Le préservatif concerne uniquement les hommes.

De même, la totalité de l'échantillon a contesté cette affirmation.

Question 11 : Une femme enceinte ne peut pas être porteuse d'IST ou du VIH.

Bien que 87% ont répondu que cette information était fausse, 13% estiment qu'une femme enceinte ne peut pas contracter d'IST ou le VIH pendant sa grossesse.

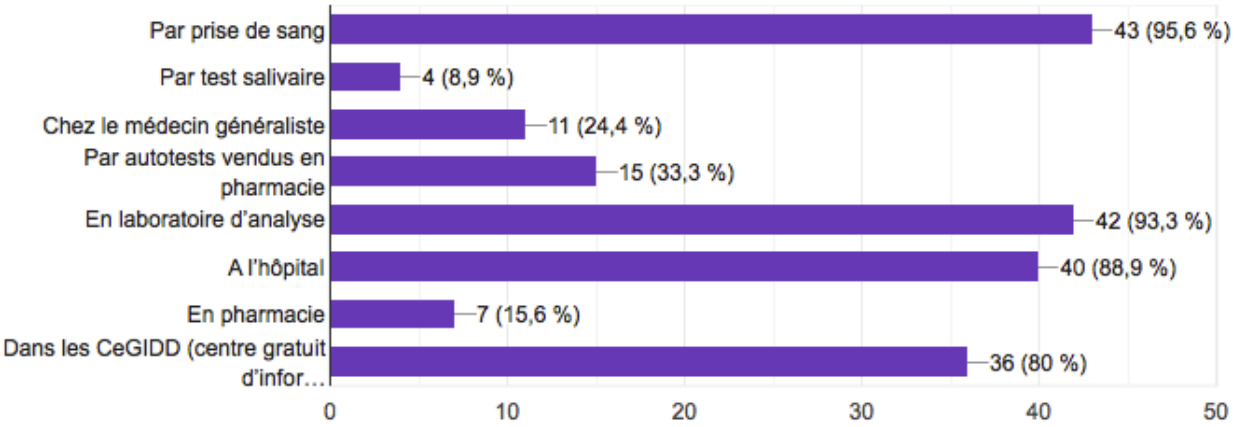
Question 12 : Je peux me faire dépister en étant mineur sans l'autorisation de mes parents.

Vrai : La grande majorité (91%) sait qu'il est possible aujourd'hui de se faire dépister sans autorisation parentale en étant mineur.
Faux : 9% restant témoignent d'un manque d'information sur la possibilité de l'offre de dépistage existant en France.

Question 13 : Je suis obligé(e) d'aller chez le médecin pour avoir une ordonnance et pouvoir me faire dépister.

Vrai : 4% pensent que le dépistage en France nécessite une ordonnance par le médecin pour avoir droit à un dépistage.
Faux : 96% ont répondu non, il n'est pas nécessaire d'aller chez le médecin pour avoir accès au dépistage.

Question 14 : Il existe différents moyens/lieux pour se faire dépister :



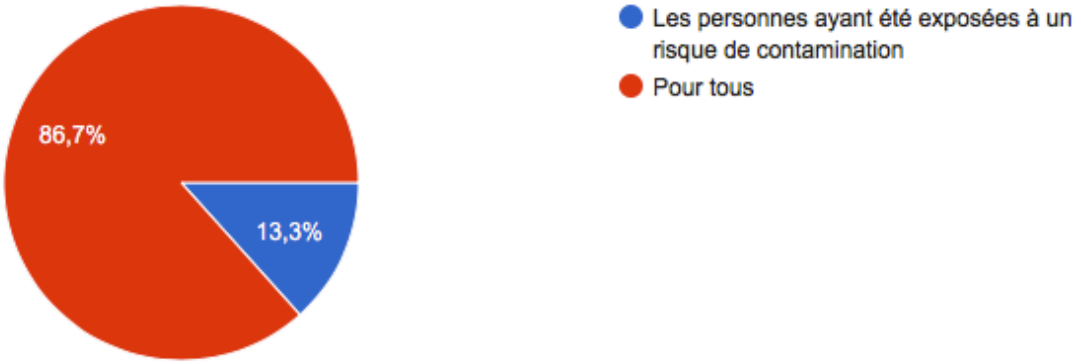
La majorité des possibilités de dépistage en France sont connues d'après les réponses obtenues, à savoir la prise de sang (96%), en laboratoire d'analyse (93%), à l'hôpital (89%), ainsi que les CeGIDD (80%).

En revanche, il est à noter que seuls 33% semblent connaître l'existence des autotests VIH vendus en pharmacie.

Question 15 : Après une exposition à risque, je dois me faire dépister :

100% des réponses ont été « du VIH et des IST les plus courantes ».

Question 16 : Le dépistage de l'infection du VIH est utile et recommandé pour :



13% des personnes ayant répondu pensent que seules les personnes ayant été exposées à un risque de contamination doivent se faire dépister. La notion de situation à risque étant très subjective, certaines personnes ne se pensent pas « à risque » et n'iront donc pas se faire dépister de leur propre initiative.

Question 17 : Le test de dépistage du VIH est payant.

11% confirment cette affirmation.

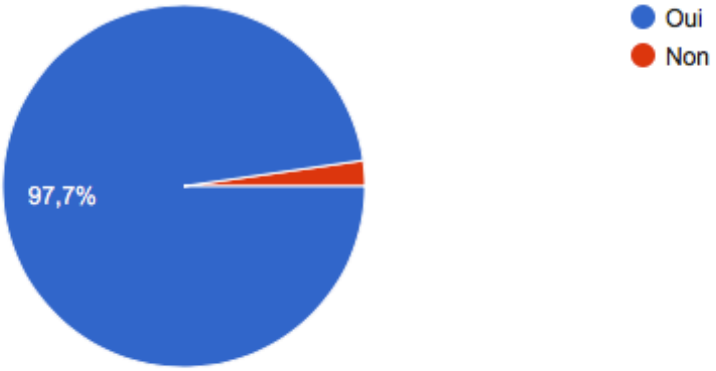
89% réfutent cette affirmation.

Question 18 : On peut avoir confiance en sa/son partenaire s'il n'a pas de signe visible de la séropositivité au VIH ni à d'autres IST ou s'il nous dit qu'il n'a aucune IST.

Non : La très grande majorité (98%) ne fait pas confiance à son partenaire.

Oui : 2% estiment que si aucun signe n'est visible, il n'y a aucun risque de transmission d'IST.

Question 19 : Après une conduite qualifiée à risque (relation sexuelle sans préservatif...) : Estimez-vous nécessaire de vous faire dépister ?

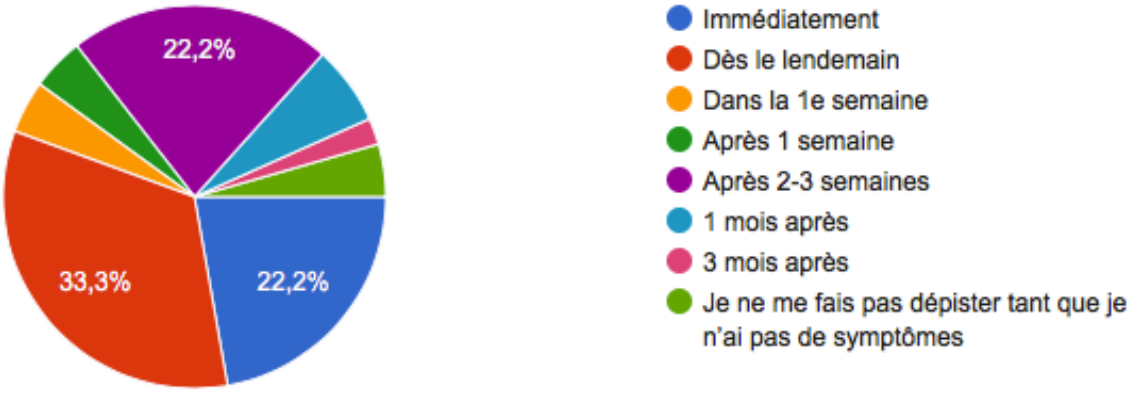


44 personnes ont répondu à cette question.

Non : 2% ne se font pas dépister après une conduite qualifiée à risque.

Oui : 98% jugent nécessaire de se faire contrôler.

Question 19.1 : Si Oui, combien de temps attendez-vous pour faire dépister ?



On observe une disparité dans les réponses.

Immédiatement et dès le lendemain : 55%, une majorité se ferait donc dépister rapidement.

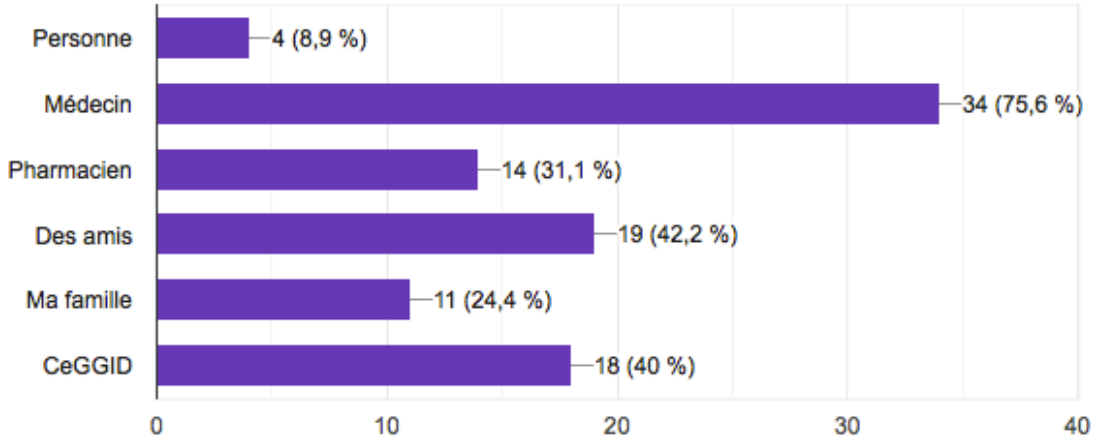
Après 2-3 semaines : 22% des personnes interrogés.

1 mois après : 7%.

Plus de 80% n'attendent pas plus d'un mois pour se faire dépister à la suite d'une prise de risque.

Je ne me fais pas dépister tant que je n'ai pas de symptômes : 4% en revanche, n'iront pas se faire dépister.

Question 20 : À qui allez-vous en parler ?

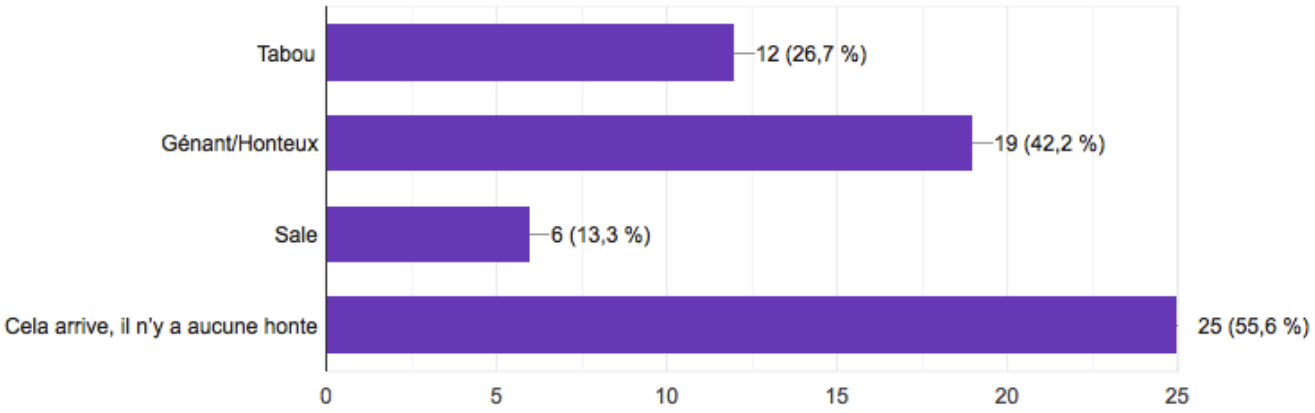


9% ne parleraient de cette situation à personne, et seulement 40% à des Cegidd qui sont des structures conçues pour cela.

31% seulement parleraient de ce sujet à son pharmacien.

Le médecin (76%) ainsi que les amis (42%) sont les principaux interlocuteurs vers qui la population se tournerait pour parler d'une infection sexuellement transmissible.

Question 21 : Avoir une IST pour vous c'est :



55% estiment qu'il n'y a aucune honte à avoir une IST.

27% que cela est tabou, 42% que cela est gênant/honteux et 13% que cela est sale. En outre, la majorité de la population évoque un malaise à évoquer ce sujet.

2. Analyse des résultats

Cette étude montre qu'un manque de connaissance de la population sur le sujet des IST est évident. Certaines, touchant les deux sexes, restent peu connues vis à vis du VIH bien qu'elles soient courantes, comme *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* ou encore le papillomavirus.

Pour presque 30%, il n'y a aucune différence entre être séropositif et avoir le sida. Un abus de langage fait depuis des années associant les deux états pourrait biaiser les connaissances de la population ainsi qu'un manque de communication sur la réelle différence entre les deux situations pourraient être à l'origine de cette ignorance.

De même, la guérison du VIH est mentionnée par 20%. Rappeler que le VIH ne se guérit pas est important pour tenter de limiter les comportements à risque dus à cette croyance. Bien que les voies de transmission soient pour la plupart connues, plus de 20% ignorent encore celle du sexe oral même si elle est plus faible que pour les rapports intra sexuels ou anaux. Mettre un accent sur les différents moyens de contamination permettrait peut-être une réduction des risques par des comportements qui seraient plus attentifs.

Les possibilités de prévention et de dépistage existant en France restent elles aussi insuffisamment connues. 9% ignorent les possibilités existant pour les mineurs, 4% estiment qu'il est obligatoire de passer par un médecin pour avoir accès au dépistage, et 11% ignorent la gratuité du dépistage du VIH. De même, les autotests présents en pharmacie sont trop peu connus avec seulement 33%.

J'ai pu, lors de la remise du questionnaire à une jeune fille en classe de 3e, faire face à sa méconnaissance totale sur le sujet qui l'a amenée à ne pas savoir répondre à une seule question. Nous avons eu une longue discussion dans laquelle elle m'a indiqué avoir eu une intervention sur l'éducation sexuelle dans son collège, mais durant laquelle très peu d'élèves écoutaient par gêne sur le sujet et l'absence de séparation fille/garçon. De plus, aucune communication dans le cercle familial n'étant faite pour des raisons diverses (religions, milieu social), cela accentuait sa gêne. Elle n'a pourtant pas été avare de questions et a montré un véritable intérêt à en savoir plus sur ce sujet.

Les infections sexuellement transmissibles restent un sujet « tabou », « honteux », comme en témoignent les réponses. Une difficulté à communiquer sur ce propos de peur d'être jugé et par un sentiment d'intrusion de l'intimité entraîne un certain manque de connaissance empêchant de disposer de toutes les armes nécessaires pour s'en protéger.

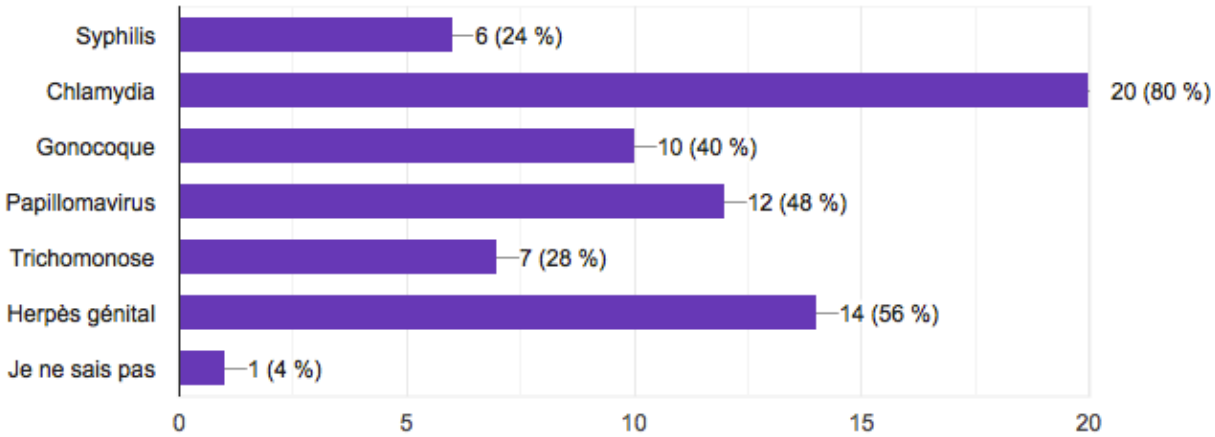
Le pharmacien a un rôle à jouer dans cette prévention et ce dépistage. 30% de la population parlerait à son pharmacien en cas de risque pris. Il est important de favoriser cet échange et de l'intensifier.

J'ai pour cela réalisé un questionnaire pour les pharmaciens afin de faire un point sur leurs connaissances des IST, leurs comportements et leur avis sur l'implication dans la prévention.

II. Questionnaire des pharmaciens

1. Résultats

Question 1 : Quelles sont les 3 IST les plus courantes (hors VIH et hépatites) ?



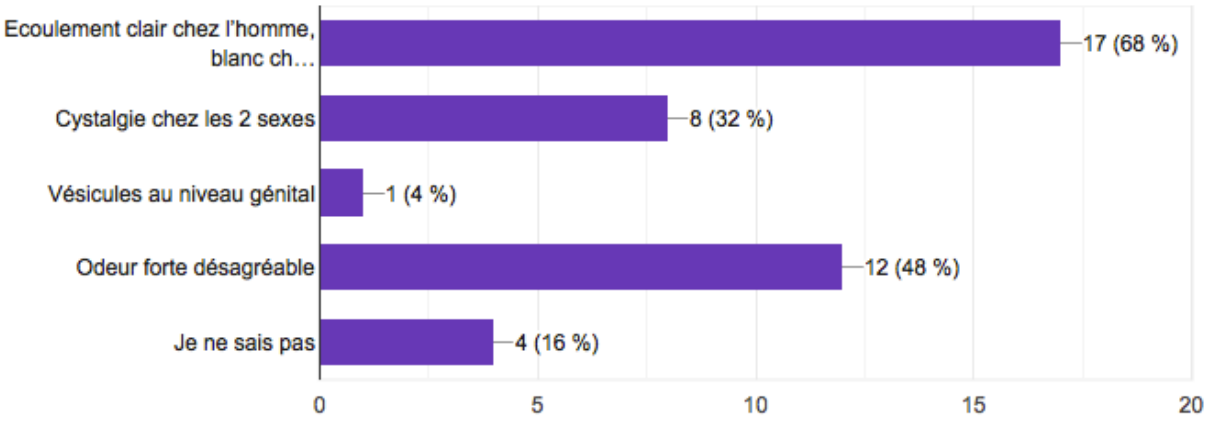
Pour les pharmaciens ayant répondu au questionnaire, les IST les plus courantes sont :

Chlamydia trachomatis : 80%. C'est l'IST la plus citée et la plus courante.

L'herpès génital : 56%

Papillomavirus : 48%

Question 2 : Quels sont les signes cliniques de *Chlamydia trachomatis* ?

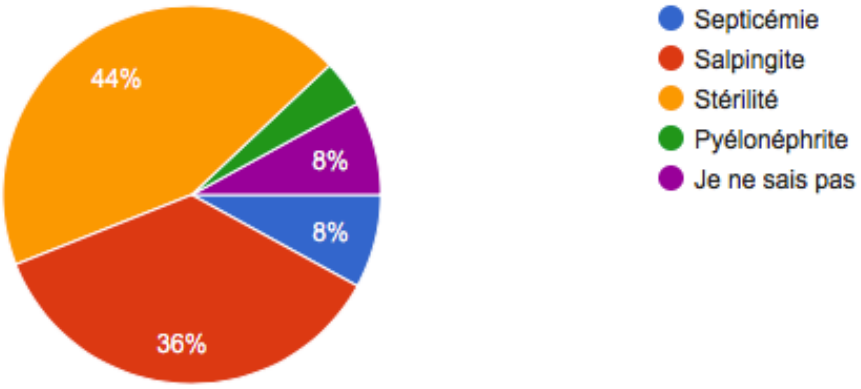


Écoulement clair chez l'homme, blanc chez la femme : 68% reconnaissent les signes cliniques de *C. Trachomatis*.

Odeur forte désagréable : 48%, ce signe clinique est présent pour *Trichomonas vaginalis*.

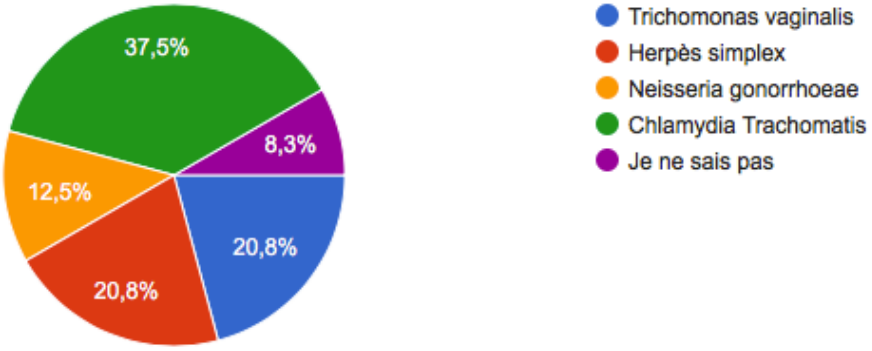
Je ne sais pas : 16% ignorent les signes cliniques de Chlamydia.

<u>Question 3 : Quelle est la complication la plus grave concernant *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, et *Trichomonas vaginalis* ?</u>



Salpingite (36%) et stérilité (44) ont été les complications les plus choisies parmi les 25 pharmaciens ayant répondu au questionnaire.

<u>Question 4 : Quelle IST est asymptomatique dans 90% des cas chez les hommes ?</u>



Les 24 réponses récoltées pour cette question ont été hétérogènes.

37% Chlamydia, 21% Herpès et Trichomonas. Bien que seuls 8% ont répondu ne pas savoir, la disparité des réponses montrent une incertitude.

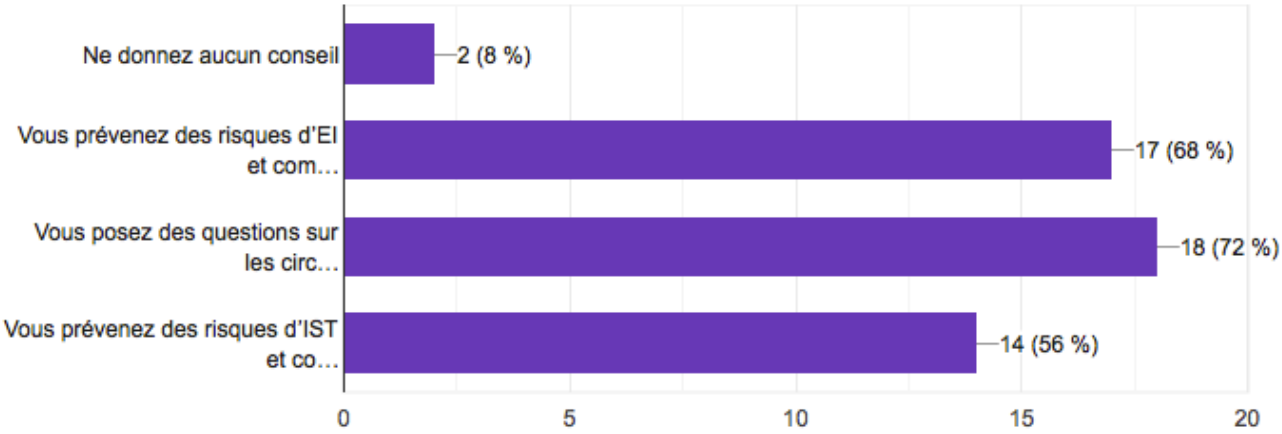
Question 5 : Un patient vient à votre pharmacie, il évoque une prise de risque datant de la veille, quel conseil donnez-vous ?

Je le dirige vers l'hôpital le plus proche : 68% des pharmaciens, soit la majorité donnerait ce conseil devant un patient ayant eu une prise de risque la veille.

Attendre 6 semaines avant d'effectuer un dépistage serait conseillé par 24%.

Parmi les 8% représentant « autre ? », soit 2 pharmaciens, un a précisé qu'elle dirigerait le patient vers un CeGIDD, aucune précision n'a été faite par le second.

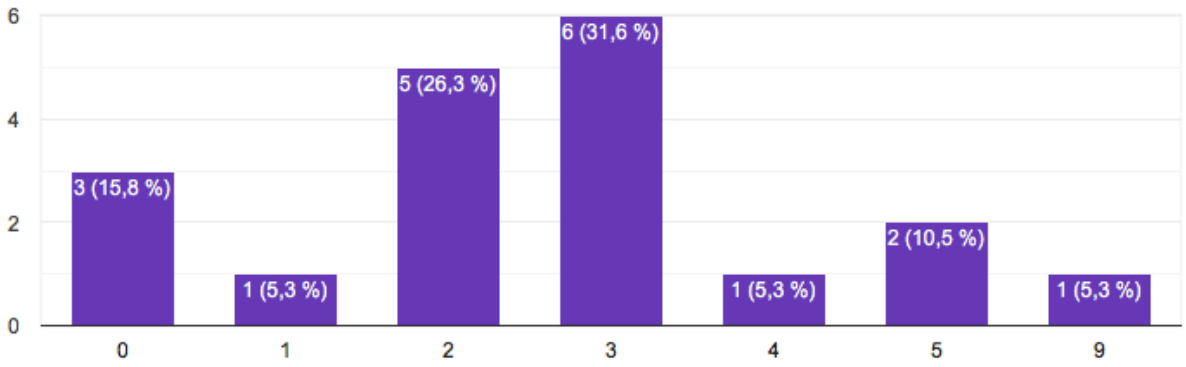
Question 6 : Lors de la dispensation d'une pilule du lendemain, vous :



72% des pharmaciens posent des questions sur les circonstances de l'événement, la régularité de la prise de cette contraception, pouvant donner lieu à des conseils de prévention.

Mais trop peu préviennent des risques d'IST et conseillent le dépistage : seulement 56% des personnes interrogées ; 8% ne donnent aucun conseil.

Question 7 : Combien de CeGIDD existe t-il à Marseille ?



Les réponses à cette question ont été variées, de plus, un certain nombre de pharmaciens m'ont demandé la signification de « CeGIDD » montrant une méconnaissance des structures de prévention et de dépistage disponibles en France. 6 pharmaciens se sont abstenus de répondre à cette question.

Seulement 32% savent qu'il existe 3 CeGIDD à Marseille.

Question 8 : Savez vous où se trouve le CeGIDD le plus proche de votre pharmacie ?

Non : 64% ne savent pas situer le CeGIDD le plus proche de leur pharmacie.

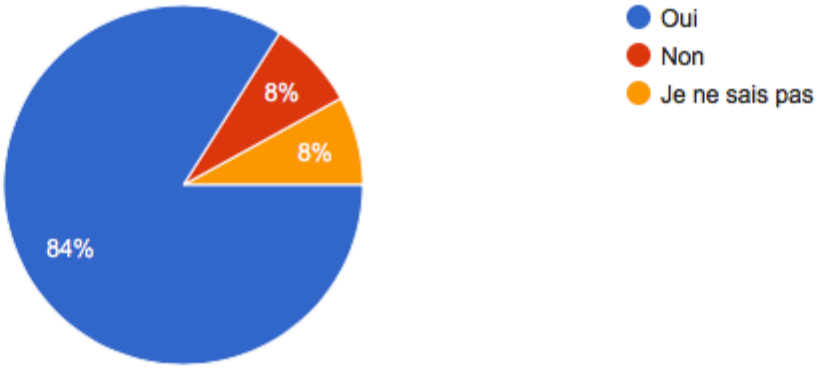
Oui : 36% estiment connaître la localisation du centre le plus proche.

Question 8.1 : Si oui, où ?

11 professionnels ont répondu, soit 44%. On remarque une incohérence avec le pourcentage de pharmaciens ayant répondu positivement à la question précédente.

Parmi les réponses, 4 ont su donner une adresse exacte et 2 situer de manière approximative.

Question 9 : Existe-t-il des dispositifs médicaux de prévention pour les IST, remboursés par la sécurité sociale ?



La majorité sait qu'il existe des dispositifs de prévention remboursés par la sécurité sociale (84%). Certains pharmaciens ignorent ce fait : 8% ont répondu non, 8% ne pas savoir.

Question 10 : Disposez vous d'Auto-test VIH en stock ?

56% disposent d'autotest VIH en stock dans leur officine.

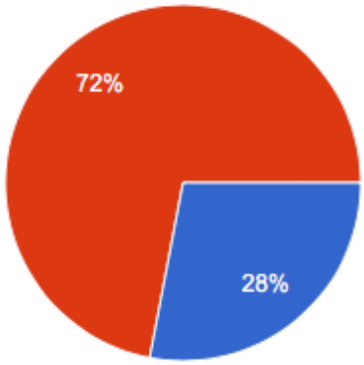
44% n'ont pas de stock d'autotest VIH.

Question 11 : Possédez vous EDEN® en stock ?

88% possèdent Eden®, préservatif remboursable, en stock dans leur officine.

12% n'en disposent pas sur place.

Question 12 : Est-t-il difficile d'aborder le sujet de la sexualité avec un patient ?



Bien que 72% n'émettent pas de difficultés à aborder le sujet de la sexualité avec un patient, 28% estiment en avoir.

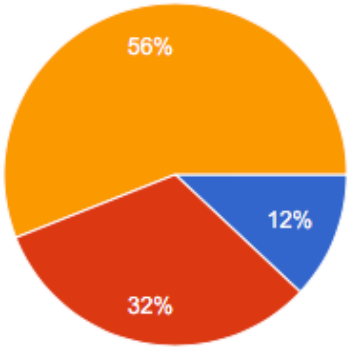
Question 13 : Que ressentez vous à l'évocation du sujet avec votre patient ?

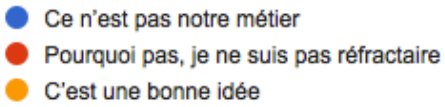
1 abstention pour cette question.

« Cela me met mal à l'aise » représente 17% des réponses, contre 83% de « Je n'ai aucun problème à évoquer ce sujet ».

Aucun pharmacien n'a montré de désintérêt (0%) pour ce sujet.

Question 14 : Réaliser des TROD en pharmacie :





56% estiment que la réalisation de TROD en pharmacie est une bonne idée, la majorité semble être favorable, accompagné de 32% de pharmaciens non réfractaire.

En revanche, 12% estiment que ce n'est pas notre métier.

Question 15 : Les autotests peuvent être utilisés :

12% suggèrent une utilisation dès le lendemain d'une prise de risque.

36% qu'il faut attendre 6 semaines après.

52% que 3 mois d'attente sont nécessaires pour une utilisation efficace.

Question 16 : Le traitement post exposition doit être pris :

Un faible pourcentage ne semble pas connaître le traitement post exposition (4%).

88% conseilleraient une utilisation rapide avec 60% dans les 24h et 28% dans les 48h après une prise de risque.

8% pensent qu'il faut recevoir le traitement dans la semaine suivant le risque.

2. Analyse des résultats

Cette étude nous montre que les officinaux disposent des connaissances IST, bien qu'elles semblent se confondre entre elles.

On note une fragilité sur la prise en charge de certaines situations. En effet, bien que la majorité des pharmaciens orientent le patient correctement, ce n'est pas suffisant. Une trop grande parie encore ne dispense pas les conseils les plus adaptés aux situations :

- 24% conseillent d'attendre 6 semaines avant un test de dépistage à la suite d'une prise de risque avérée, des structures pour prendre en charge le patient le plus rapidement dans ces situations particulières existent.
- Seulement 56% pensent à évoquer les IST et conseiller un dépistage à la suite d'une délivrance de contraception d'urgence.

On observe un manque de connaissance des officinaux sur les structures et moyens de prévention et de dépistage à disposition en France. Le nombre de CeGIDD est majoritairement ignoré ainsi que leurs localisations. De même, 16% pensent qu'il n'existe pas ou ignorent

l'existence d'un dispositif médical remboursé, chiffre qui coïnciderait avec les 12% qui ne possèdent pas EDEN en stock. Les autotests VIH ne sont pas présents chez 44% des officinaux ayant répondu à l'étude. Après discussion, il a été énoncé que le dispositif a été retiré des stocks pour deux raisons principales : la population ne connaît pas ce produit le plus souvent, et son prix est beaucoup trop élevé. Cependant, les modalités d'utilisation ne sont pas connues : 48% le conseilleraient avant les 3 mois d'attente à la suite du rapport à risque nécessaire pour que l'autotest soit efficace.

Une proportion non négligeable émet une gêne à aborder ce sujet. En effet 28% ont une difficulté à l'évoquer et 17% sont mal à l'aise lors d'un échange avec le patient. Il nous appartient cependant à nous, pharmaciens, de montrer au patient que la retenue sur cette question n'a pas lieu d'être, afin le de mettre en confiance.

Enfin, les officinaux se montrent ouverts à l'évolution de la prévention en pharmacie avec 88% pour la réalisation de TROD VIH en pharmacie. La pharmacie de demain sera composée de nouvelles missions comme cette dernière, et il est important de disposer de pharmaciens volontaires.

À la suite de l'analyse de ces deux questionnaires, deux faits peuvent être mis en évidence : les deux parties ont un manque de connaissance sur les possibilités de prévention et de dépistage mis en place en France et ont une difficulté à aborder le sujet des infections sexuellement transmissibles.

Il est important de parler de prévention et de dépistage, mais pour cela revenons sur ce qu'est une IST et leurs caractéristiques. Du fait du nombre élevé d'IST existantes, il a été nécessaire de se concentrer sur les plus fréquentes. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Herpès simplex*, *Trichomonas vaginalis* et *Candida albicans* font l'objet de cette étude.

Les infections urinaires ne seront pas traitées, car bien que touchant à la sphère génitale, elles ne sont respectivement pas transmissibles et nécessiteraient un développement approfondi à elles seules. Il en sera de même pour les hépatites.

Partie 2 : Généralités sur les IST et la prévention

A. Les infections sexuellement transmissibles

Une infection est une pénétration suivie d'une multiplication de bactéries, parasites ou virus pathogènes dans le corps humain. Les IST, « infections sexuellement transmissibles », se transmettent principalement lors de rapports sexuels (1).

On utilise le terme d'IST plutôt que de maladies sexuellement transmissibles (MST) du fait de la prévalence élevée des formes asymptomatiques, qui entretiennent la transmission(2). L'appellation MST laisse entendre qu'il y a déjà la présence de symptômes, alors que « IST » incite au dépistage en absence de symptômes.

Les IST peuvent se transmettent par de multiples voies, lors de transfusions sanguines, de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement, mais la majorité se transmettent par contact cutané lors de rapport sexuel, vaginal, anal ou oral. (3)
Les plus fréquentes sont l'herpès génital (HSV 2), les chlamydioses, la gonorrhée, la trichomonase, ainsi que la syphilis mais aussi les candidoses bien que non assimilées à des IST dans la littérature.
On observe une recrudescence des IST dans le monde depuis quelques années, ainsi : 357 millions de personnes contracteraient une des quatre IST d'origine bactérienne précédemment citées : chlamydiose, gonorrhée, syphilis ou trichomonase
En ce qui concerne l'herpès génital, plus de 500 millions de personnes seraient atteintes.
Ces données recueillies sur le site de l'OMS publiées en juin 2019 concernent la population au niveau mondial mais en France, ces chiffres sont eux aussi en perpétuelle augmentation.

I. Chlamydia trachomatis

1. Epidémiologie(4)

Chlamydia trachomatis est l'une des bactéries la plus fréquemment impliquée dans les IST. D'après l'enquête effectuée par LaboIST auprès des laboratoires de biologie médicale privés et publics, chez les plus de 15 ans :
Chlamydia trachomatis a été diagnostiquée chez 267 097 personnes en 2016, soit 491/100 000 habitants, représentant une augmentation d'un facteur de 3,4 par rapport à 2012. Dans notre région PACA le taux standardisé estimé serait entre 518 et 804/100 000 habitants. On observe une prédominance chez les femmes (592 versus 380/100 000 chez les hommes), et plus particulièrement chez les 15-24 ans du sexe féminin.

2. Structure

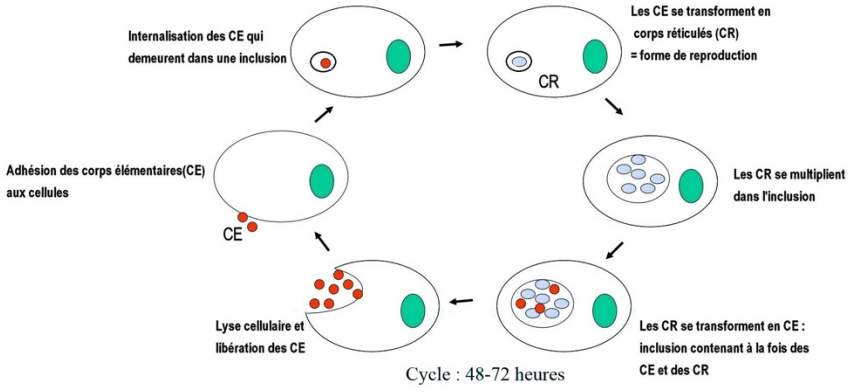
Cette bactérie d'origine humaine, à multiplication intracellulaire stricte obligatoire (5), se développe dans les cellules épithéliales dont celles du col utérin. Au niveau de sa structure, c'est un bacille gram –, immobile (6), composé de 15 sérotypes (7) et différents sérovars :

- A, B et C responsables du trachome ;
- D à K responsables des IST et troubles oculaires ;
- L1, 2 et 3 responsables de lymphogranulomatose vénérienne. (8)

Il y a plusieurs sérovars ; ceux responsables d'IST, de D à K, sont ceux responsables d'infections urogénitales qui nous intéressent.

3. Transmission

La transmission de cette bactérie est directe. Elle s'effectue de manière interhumaine par différentes voies : la voie sexuelle, contact direct, et par voie materno-fœtale, lors de l'accouchement, qui est un contact indirect.
Son cycle bactérien est complexe de par son développement à l'intérieur de la cellule hôte.



https://microbiologiemedicale.fr/chlamydia/

Figure 1. Cycle de réplication de Chlamydia Trachomatis

Cette bactérie sphérique de petite taille, 300 à 500 µm, appelée corps élémentaire (CE), sans activité métabolique, pénètre dans les cellules épithéliales de la cellule hôte. Elle subit des modifications de structure, pendant lesquelles on la nomme corps intermédiaire, conduisant à une bactérie plus grande, de 800 µm : le corps réticulé (CR). Il y a multiplication de ce corps réticulé par division binaire dans la vacuole, qui grossit jusqu'à former une inclusion intra cytoplasmique renfermant plusieurs corps réticulés. Il y a ensuite différenciation en 36-48h de ces corps réticulés en corps élémentaires, qui par éclatement de la cellule vont aller coloniser d'autres cellules épithéliales et recommencer ainsi le cycle.

4. <u>Clinique</u>

C. Trachomatis est responsable de nombreuses complications graves chez la femme et chez l'homme. Chez les deux sexes, le portage est souvent asymptomatique, ce qui augmente le risque de transmission (portage inconnu de la personne). De ce fait, ces infections représentent un problème de santé publique

L'incubation est variable, pouvant aller de quelques jours à quelques mois, mais les premiers symptômes, s'il y en a, apparaissent en moyenne 3 semaines après la contamination.

Chez l'homme :

L'urétrite (non gonococcique) généralement subaigüe est l'infection la plus courante due à CT : entre 20 et 50% des cas. Elle se manifeste, quand il y a des symptômes, par un écoulement, clair, visqueux, peu abondant, parfois accompagné d'un prurit, voire de brûlures urétrales.

Il existe plusieurs complications chez l'homme dues à cette bactérie du fait de l'absence de signes cliniques :

- L'épididymite : inflammation aigüe ou chronique de l'épididyme (partie génitale masculine permettant la maturation, le stockage et le transit/cheminement des spermatozoïdes) presque toujours associé à une inflammation du testicule, qui prend alors le nom d'orchi-epididymite.
- La prostatite.

Chez la femme :

La cervicite est la forme la plus fréquente des infections à CT. L'endocol étant le site de réplication de la bactérie, cette cervicite est appelée endocervicite. Dans 50 à 90% des cas elles sont asymptomatiques. Il est néanmoins possible d'observer des leucorrhées blanches voire jaunes, accompagnées de cystalgies, de pollakiurie et d'une dyspareunie. La salpingite est la complication majeure de cette maladie si elle n'est pas soignée, pouvant entraîner grossesses extra utérine ou encore stérilité tubaire. Il est aussi possible de contracter une endométrite ou encore une bartholinite.

Le syndrome de Fitz-hugh-Curtis, ou périhépatite, dont 80% des cas sont une complication de CT consiste en une extension de l'infection à la région hépatique par les trompes et l'abdomen, provoquant un foie douloureux accompagné de fièvre.

On retrouve le syndrome de Fiesinger-leroy-Reiter, complication possible chez les deux sexes, qui consiste en une atteinte oculaire, urétrale et articulaire. Plus précisément, on retrouve une conjonctivite, une urétrite ainsi qu'une atteinte synoviale douloureuse des articulations des genoux.

Les sérovars L1 à L3 sont responsables de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas Fabre. Plus fréquente chez les hommes homosexuels, elle est transmise lors de rapports sexuels non protégés. Cette maladie systémique à tropisme ganglionnaire évolue en différents stades. Son incubation de 3 à 30 jours laisse ensuite place à un stade primaire caractérisé par des lésions cutanéomuqueuses génitales, indolores, transitoires. Puis le stade secondaire laisse place à l'atteinte ganglionnaire au niveau inguinal, indolore, qui deviendra inflammatoire, accompagné de fièvre, frissons, arthralgie, et myalgie ainsi qu'un écoulement au niveau pénien, vaginal ou anal. Enfin le stade tertiaire laisse place à des lésions destructrices, accompagné de troubles au niveau lymphatique : une difficulté de drainage et un lymphœdème. (9)(5)(7)(8)

5. Diagnostic

De nombreuses techniques sont disponibles pour détecter CT aujourd'hui. (10)
Ces techniques peuvent être :

- Directe :
    - Détection des antigènes
    - Culture cellulaire
    - Amplification génique
- Indirecte :
    - Sérologie

Prélèvements : D'une manière générale, l'important est que le prélèvement contienne les cellules bactériennes, et respecte les conditions de transports qui sont strictes. En effet il est nécessaire qu'il soit transmis au laboratoire immédiatement après le prélèvement sous température contrôlée (4°C ou congélation), sur un milieu de transport convenable afin d'assurer la viabilité de la bactérie.
Il existe différents modes de prélèvements :

- À l'aide d'un écouvillon (en coton, alginate ou dacron) ou par grattage à l'aide d'une curette au niveau de la muqueuse pour recueillir des cellules épithéliales bactériennes.
    - Chez l'homme : prélèvement au niveau endo-urétral, à proximité du méat urinaire 1 à 2 cm
    - Chez la femme : prélèvement au niveau de l'endocol et de l'urètre
- Recueil du 1er jet d'urine sur les urines du matin

Le choix de la technique se définit selon les caractéristiques de l'infection.
L'infection génitale est symptomatique : on préfèrera chez la femme un prélèvement endocervical sous spéculum ; chez l'homme un prélèvement urétral ou un 1er jet d'urine.
L'infection est asymptomatique : le recueil urinaire chez les deux sexes est possible ainsi que l'écouvillonnage vulvovaginal chez la femme.

Examen direct :

- PCR (polymerase chain reaction) : cette méthode d'amplification génique a pour but d'identifier le génome bactérien. Elle permet l'amplification d'une séquence d'ADN cible in vitro dont cette dernière est spécifique de l'ADN recherché.

- Recherche de l'antigène LPS chlamydien par immunofluorescence (mise en évidence des CR ou CE par fluorescence) ou ELISA (technique immunoenzymatique).
- Culture cellulaire : culture sur deux milieux appropriés possibles.

Examen indirect :

- Sérologie : consiste en la mise en évidence des anticorps circulants. L'interprétation est souvent difficile car le taux d'Ac est peu élevé.

6. Traitements (11)

Une infection génitale par *Chlamydia trachomatis* doit être traitée au plus tôt afin d'éviter les complications possibles vues précédemment et de diminuer le risque de transmission à d'autres partenaires.

Les recommandations pour les infections non compliquées sont la prise d'antibiotiques au choix parmi :

- Doxycycline per os : 100 mg x2/j per os pendant 7 jours
- Ou Azithromycine : 1g per os en dose unique

L'efficacité thérapeutique de ces traitements est équivalente. La seule différence repose sur la posologie qui pour l'Azithromycine est moins contraignante.

Les partenaires des personnes contaminées doivent se faire dépister afin d'être traités eux aussi.

À la fin des traitements, l'abstinence ou les rapports protégés sont recommandés pendant 7 jours.

La Doxycycline est contre indiquée chez la femme enceinte. On préférera donc la prise d'Azithromycine.

Si le stade de l'infection est jugé compliqué, il existe d'autres traitements qui seront prescrits en deuxième intention :

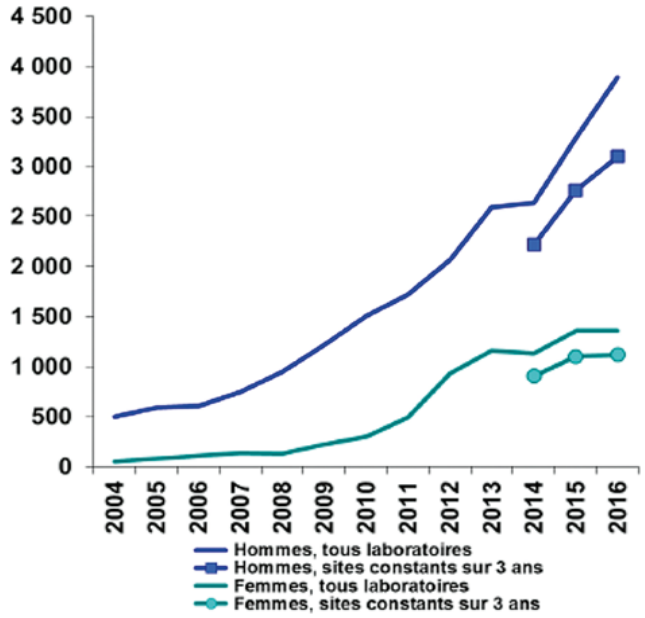
- Érythromycine : 500mg x4/j pendant 7 jours
- Ou Ofloxacine : 200mg x2/j pendant 7 jours

II. Neisseria Gonorrhoeae

1. Epidémiologie

L'infection à gonocoque a été diagnostiquée chez 49 628 personnes en France en 2016. Ceci représente une augmentation d'un facteur de 3,3 par rapport à 2012 avec un taux estimé de 91/100 000 habitants. Cette infection est prédominante en revanche chez les hommes, en

particulier chez les 15-24 ans sur tout le territoire, avec un taux de 131 contre 55/100 000 chez les femmes.



https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/infections-sexuellement-transmissibles-hors-papillomavirus/

Figure 2. Évolution de nombre de personnes atteintes de *N. gonorrhoeae* en France de 2004 à 2016

Les HSH sont majoritairement concernés par cette pathologie puisqu'une augmentation de 127% du nombre de cas ces deux dernières années a été relevé, représentant 69% des personnes touchées. Mais les hommes et femmes hétérosexuelles sont tout autant concernés puisqu'ils représentent respectivement 40% et 20%. L'atteinte qui est essentiellement génito-urinaire est dans 13% des cas une coinfection avec le VIH.(12)

2. Structure

C'est une bactérie aérobie strictement humaine. Sa structure de diplocoque gram (-) et son absence de capsule font d'elle une bactérie très fragile et sensible aux variations de température. (7)

Cette infection est bénigne si le diagnostic est précoce. Elle peut se retrouver à divers endroits de l'organisme. Majoritairement, on la retrouve au niveau génital, mais elle peut aussi se trouver au niveau ano-rectale, pharyngée, ou encore ophtalmique chez les nourrissons naissant de mère porteuse, pouvant entrainer une ophtalmie purulente voir une cécité. (8)

3. Transmission

La transmission est presque toujours sexuelle, mais peut dans certains cas se transmettre lors de rapports oro-génitaux s'il y a un portage pharyngé de cette bactérie.
Son fort pouvoir pathogène serait dû à la présence de phospholipides, de lipopolysaccharides et de protéines formant la membrane externe de la paroi de cette bactérie composée de peptidoglycannes. La virulence serait quant à elle due à la présence de pili jouant un rôle important dans la fixation aux cellules hôtes. (12)

4. Clinique

L'incubation est contagieuse de 2 à 7 jours jusqu'à 3 semaines.
Chez l'homme : Il s'agit essentiellement d'une urétrite symptomatique aigüe. On observe une inflammation de l'urètre provoquant des brûlures à la miction (« chaude pisse ») ainsi qu'une rougeur et un prurit au niveau du méat. Un écoulement urétral souvent abondant, appelé goutte matinale, est un des signes cliniques qui le différencie de CT de par son aspect purulent (blennorragie), pouvant être blanchâtre ou jaunâtre.
C'est la 2e cause d'urétrite aigüe après CT. On observe des complications identiques à CT à savoir un risque d'épididymite ou de prostatite si cette pathologie n'est pas traitée à temps, avec un risque de stérilité.

Chez la femme : Dans 70% des cas, la pathologie, qui est chronique, est asymptomatique chez les femmes. On la découvre lors d'un examen de contrôle ou lors du diagnostic du partenaire. De manière exceptionnelle, cette pathologie prend un aspect aigu avec une infection du tractus génital bas le plus souvent, avec leucorrhée, dysurie, et métrorragie. Il peut s'agir d'une cervicite, urétrite relativement discrète, rectite, vulvite ou encore vaginite.
On retrouve ici aussi chez la femme, des complications similaires à celles de CT si la pathologie n'est pas découverte et donc pas traitée, comme un risque de salpingite et bartholinite avec risque de stérilité tubaire.
Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis est dû dans les 20% des cas à *Neisseria*.

5. Diagnostic

Le diagnostic est à réaliser avant tout traitement. En parallèle, il faut toujours rechercher une infection à CT (et vice versa), car dans 15 à 40% des cas ces il y a coinfection.

On distingue différents moyens de diagnostic, mais les techniques sont uniquement directes :

- Direct :
    - Examen microscopique
    - Culture
    - PCR

Prélèvement : Cette partie est essentielle, car il va falloir « recueillir un nombre de bactéries suffisant », ce qui entraine souvent plusieurs prélèvements à différents sites afin d'augmenter de manière significative la sensibilité.

La bactérie étant très fragile en milieu extérieur du fait de son autolysine, il est préférable d'effectuer le prélèvement au laboratoire, ou à défaut, de le conserver dans un milieu de transport spécifique, milieu Stuart, le temps de l'acheminement qui doit se faire le plus rapidement possible.

Chez l'homme, selon si l'urétrite masculine présente :

- Un écoulement purulent : le prélèvement se fera sur un écoulement urétral spontané majoritairement, au niveau du méat ou à l'extrémité de l'urètre antérieur, le matin avant la première miction.
- En l'absence d'écoulement, le diagnostic s'effectuera sur le premier jet d'urine à distance de la dernière miction d'au moins 2 à 3h.

Chez la femme :

- Prélèvement au niveau de l'endocol, en le laissant quelques instants au niveau de l'urètre. Il est aussi possible de prélever au niveau des glandes de Bartholin.

Dès lors qu'il y a présence d'écoulement il faut que le prélèvement s'effectue à l'écouvillon, sans qu'il y ait eu désinfection et après au moins de 2h sans que le patient n'ait uriné.

Biologie moléculaire : la PCR est très utile afin d'identifier de manière rapide s'il y a risque de plusieurs IST en même temps. En revanche, elle ne se substitue pas à la culture qui va nous permettre d'accéder à l'antibiogramme et donc pouvoir déterminer le traitement le plus adapté.

6. Traitements

Pour les infections à gonocoque non compliqué, le traitement de 1ere intention est :

- Ceftriaxone : 500mg en IM ou IV en dose unique
- Si la voie parentérale est impossible : Cefixime 400mg per os en prise unique

La co-infection Chlamydia-Neisseria étant très courante, il faut toujours associer au traitement de Neisseria celui de Chlamydia par précaution.
Les règles à appliquer pour Chlamydia sont identiques ici, à savoir dépister et traiter le ou les partenaires, abstinence ou précaution à prendre jusqu'à 7 jours après la fin du traitement.
Il est nécessaire de faire un contrôle clinique de la guérison 7 jours après le traitement pour s'assurer de son efficacité. (13)

III. Treponema pallidum

1. Epidémiologie (14)

La syphilis touche quant à elle, 10 personnes sur 100 000 habitants en Europe, ce chiffre datant de 2012 d'après le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). On observe cependant en France une augmentation des cas, avec 4000 à 5000 nouvelles contaminations par an d'après le syndicat national français des dermatologies vénérologues, avec une prédominance chez les hommes (95% des cas) en particulier chez les homosexuels (83% des hommes). Cette pathologie touche en revanche des personnes d'âges plus murs, avec une moyenne de 32 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes.

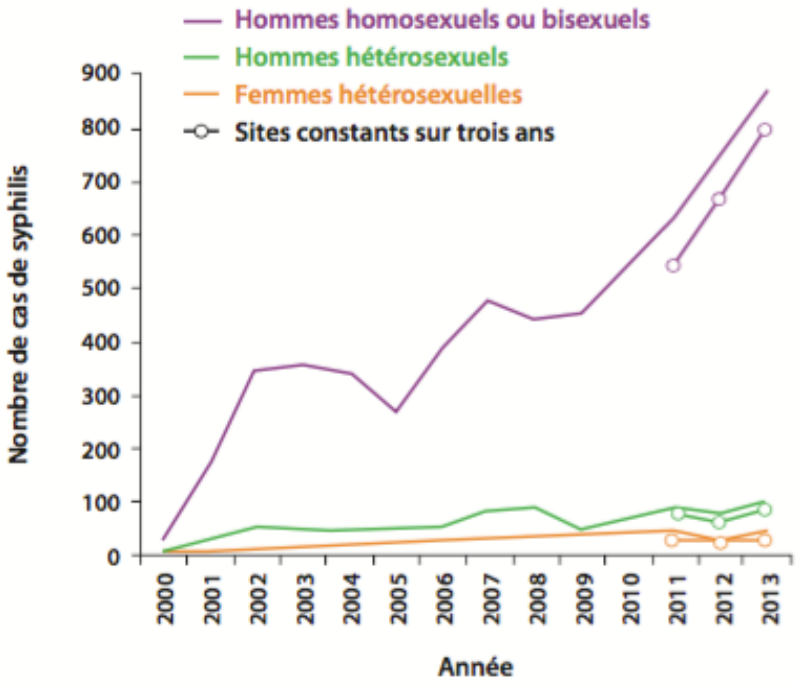


Figure 3. Évolution du nombre de cas de syphilis précoce par année en France

2. Structure

L'agent de la syphilis est une bactérie, le tréponème pâle, de la famille des Spirochetaceae. (8) Cette maladie systémique contagieuse, strictement humaine (7), ubiquitaire et à transmission vénérienne est due à *Treponema pallidum* subspecies pallidum : un spirochète. Ce microorganisme spiralé, flagellé, à spires régulièrement espacées, d'environ 10 µm de longueur pour 2 µm de large, vivant en aérobie (5) est très mobile par ondulation de par sa forme hélicoïdale. (15)

3. Transmission

La contamination s'effectue principalement par contact direct. La voie principale de transmission est la voie sexuelle, par contact avec le chancre génital ; la voie non sexuelle regroupe tous les contacts avec une lésion cutanéo-muqueuse syphilique. Une troisième voie, la voie transplacentaire à partir du 4e mois de grossesse est responsable de la transmission de la mère à l'enfant pouvant ainsi engendrer une syphilis congénitale. (16)(17)

4. Clinique

L'incubation est silencieuse le plus souvent et dure en moyenne 3 semaines. L'expression de la clinique se déroule en plusieurs phases, ayant chacune leurs caractéristiques :

- Phase primaire, durant laquelle se développent les lésions typiques
- Phase secondaire, éruption généralisée sous différentes formes
- Phase tertiaire, atteinte des organes

Phase primaire.

Elle dure de 3 à 6 semaines. Cette phase se caractérise par la présence d'un chancre, lésion typique de la syphilis. C'est une ulcération dont la localisation se situe au point d'inoculation, qu'il soit génital, anal ou buccal. Cette lésion est rosée, arrondie, sur une base indurée, laissant suinter une sérosité claire mais indolore. Elle régresse de manière spontanée sans laisser de cicatrice en l'espace de quelques semaines.

Des adénopathies satellites sont aussi présentes. Uniques ou multiples, elles sont volumineuses, dures, mobiles, et peu sensibles ou inflammatoires.

La présence d'un chancre syphilitique et d'adénopathies satellites ont une valeur diagnostique.

Phase secondaire.

Environ 2 mois après le contage, soit 6 semaines après le chancre, la phase secondaire apparaît. Il s'agit d'une dissémination de la bactérie par la voie hématogène. Cette maladie systémique peut alors provoquer un certain nombre de signes cliniques, dont des manifestions cutanées très contagieuses :

- Roséole : ce sont des macules très polymorphes, très contagieuses, rosées, situées au niveau du tronc, mais non prurigineuses. Elles disparaissent en 1 à 2 mois.
- Plaques muqueuses : érosions souples, qui ne sont pas douloureuses bien que rouges vives et suintantes, situées au niveau buccal principalement.
- Syphilides : ce sont des papules fermes, brunes avec une collerette de desquamation périphérique au niveau des paumes et des plantes de pieds, elles sont elles aussi non prurigineuses mais très contagieuses.
- Polyadénopathies toujours présentes

Un certain nombre de signes généraux relevant d'un syndrome infectieux accompagnent cette phase secondaire comme une fièvre modérée, des céphalées, mais aussi une possible hépatite avec ictère, une faible leucocytose, voir une alopécie possible.

Ces signes disparaissent généralement de manière spontanée au bout de 2 ans.

Phase tertiaire.

Cette phase apparaît plusieurs années après, 2 à 10 ans après le contage, chez 15 à 20% des sujets touchés par la syphilis et non soignés.

Les lésions qui peuvent apparaître sont peu ou pas contagieuses, et sont responsables d'atteintes neurologiques (neurosyphilis), cardio vasculaire (insuffisance aortique), ou encore osseuses et cutanéo-muqueuses (gommes : lésions dermo-hypodermiques fermes qui se ramollissent et s'ulcèrent ; tubercules : nodules fermes rouges vifs).

Il existe une phase de syphilis latente, lorsque la bactérie est présente dans l'organisme mais ne s'exprime pas. Il n'y a alors aucun symptôme.

5. Diagnostic

Le diagnostic de *Treponema pallidum* se fait par :

- Examen direct : Examen microscopique
- Examen indirect : Sérologie

Il faut savoir que cette bactérie n'est pas cultivable.

Prélèvement : Le prélèvement s'effectue au niveau des lésions cutanéomuqueuses lors des phases primaire ou secondaire. Aucun traitement local ne doit avoir été appliqué sur ces lésions les 2 à 3 jours qui précèdent.

On nettoie la plaie avant de prélever la sérosité par raclage avec un vaccinostyle (stylet métallique à usage unique destiné à faire des prélèvements de colonies bactériologiques ou des scarifications).

Examen direct : La coloration de Gram va révéler une bactérie Gram négative.

Il est aussi possible d'utiliser la coloration de Fontana-Tribondeau pour détecter ce tréponème, mais cette coloration est peu sensible et peu spécifique.

On peut également rechercher cette bactérie par immunofluorescence, qui permet un diagnostic précis, cette technique étant très sensible.

Examen indirect :

La sérologie est l'examen de référence, les anticorps pouvant être détectés dès la phase primaire.

Il est cependant nécessaire de faire 2 examens à 3 semaines d'intervalle.

Elle s'effectue sur du sérum ou du LCR.

En France, aucune distinction n'est faite entre les anticorps dus aux tréponèmes de la syphilis et ceux non vénériens. Une sérologie positive confirme donc le diagnostic de syphilis.

Il existe plusieurs tests :

Un test sérologique à antigène non tréponémique :

- VDRL : Veneral Disease Reagent Laboratory : réaction de KLINE

Il représente les variations liées à l'activité de l'infection, c'est à dire qu'il est positif en cas de syphilis non traitée mais se négative s'il y a guérison. Sa positivité est possible à partir de 2 semaines après l'infection. C'est le marqueur d'une syphilis ACTIVE et de l'efficacité thérapeutique si traitement.

- FTA-abs (Fluorescent treponemal antibody absorption)

Il confirme un dépistage positif ou douteux. En général, il est positif quelques jours après le chancre mais peut l'être dès son apparition. Il le reste après la guérison.

- TPHA (*Treponema pallidum* haemagglutination assay)

Ce dernier est le témoin d'une infection mais pas de l'activité infectieuse, c'est à dire qu'il va rester positif après la guérison. C'est le MARQUEUR de l'infection.

Il est positif très rapidement, 10 jours après le début d'apparition du chancre, presque au même moment que le FTA.

De par ces différents tests, l'interprétation des résultats de la sérologie peut être complexe.
On utilise pour cela un tableau récapitulatif :

VDRL	**TPHA**	**FTA**	Interprétation
-	-		Absence de tréponème. Pas de syphilis ou en incubation.
++	-	-	Faux positif
-	+	+	Syphilis généralement traitée. Syphilis tertiaire.
+ à +++	+		Syphilis active ou suivi de syphilis traitée tardivement.

6. Traitements (17)

En cas de syphilis primaire, secondaire, ou latente le traitement recommandé est :

- Pénicilline G sous forme retard : Benzathine benzylpenicilline Extencilline® : 2,4 MUI en une injection intra musculaire.
- Si CI ou allergie : Doxycycline 200mg/j pendant 14 jours

En cas de syphilis tardive ou latente de plus de 1 an, il s'agira du même traitement que pour une syphilis primaire, Extencilline®, mais à raison de 3 injections IM au même dosage que précédemment, à 1 semaine d'intervalle chacune. Si contre-indication, la prise de Doxycycline se fera pendant 28 jours toujours au dosage 200 mg/j.
Il est nécessaire d'effectuer un suivi thérapeutique afin de pouvoir confirmer la sensibilité au traitement. Le succès de ce dernier est affirmé par la décroissance puis la négativation du VDRL.

IV. Trichomonas vaginalis

1. Epidémiologie

La trichomonose serait la première cause d'IST dans le monde. En 2008, l'OMS a estimé l'incidence de l'infection à 276,4 millions de nouveaux cas/an. (18) Le pathogène se retrouve majoritairement chez les personnes ayant une activité sexuelle importante avec un grand nombre de parenaires. Il est montré une prédominance chez les femmes âgées de 21 à 25 ans. On observe effectivement une sensibilité des femmes, car l'organisme est retrouvé chez 85% des femmes ayant un partenaire mâle infecté, contre 30 à 40% des hommes ayant une relation avec une partenaire femme infectée. (8)

2. Structure (5)(7)

Ce parasite est un protozoaire ovalaire, dont 4 flagelles antérieurs, une membrane ondulante et un axostyle lui permettent d'être mobile à l'état frais. Cet agent pathogène de 10 à 20 µm, est strictement humain, fréquent et ubiquitaire.
Il n'existe que sous sa forme végétative soit trophozoïte, forme sous laquelle se fait la contamination, et ne forme jamais de kyste. Il est retrouvé au niveau de la cavité vaginale chez la femme, et du sillon balano-préputial ou des glandes urétrales chez l'homme. Très sensible, il meurt rapidement dans le milieu extérieur, et ne peut survivre qu'une à deux heures sur une surface humide, mais jusqu'à 24h dans les urines ou le sperme. Pour se développer d'une manière optimale, il est nécessaire que la température soit aux alentours de 35-37°C, avec un pH de 5,5 à 6, en anaérobie. Lors des maladies urogénitales dont il est responsable, il est souvent associé à *Candida albicans*.

3. Transmission

La transmission s'effectue dans un milieu humide uniquement, ce qui fait des rapports sexuels la principale voie de transmission. C'est sous la forme végétative (trophozoïte) que la pathologie est inoculée. L'infection peut aussi se propager par contact avec du linge humide, des objets de toilette, les sièges des WC de par la présence d'humidité qui permet à ce protozoaire de survivre, bien qu'il soit sensible à la dessiccation.

4. Clinique

L'incubation de cette pathologie se passe sous 7 à 10 jours. Les manifestations cliniques à la suite de cette contamination peuvent être très différentes suivant le sexe du patient.

Chez la femme :

Le pH alcalin de la cavité vaginale favorisant la prolifération du parasite, la clinique est très souvent bruyante : la vulvo-vaginite est l'expression aigüe de cette pathologie. Elle se manifeste par des leucorrhées spumeuses, jaunes vertes, continuelles et nauséabondes associées à un prurit vulvaire avec des sensations de brûlure, des dyspaneuries voire parfois une cystite.

L'examen au spéculum va être très douloureux et difficile de par une muqueuse inflammatoire associée à un piqueté hémorragique typique.

25 à 50% des femmes sont asymptomatiques avec un pH vaginal ainsi qu'une flore normale. Parmi les 50% de femmes qui développeront des symptômes, il est possible que des complications apparaissent, notamment des annexites, endométrite, la stérilité ou encore l'érosion cervicale.

Il existe des périodes à risques, c'est à dire qui vont favoriser le développement de la trichomonose chez la femme, notamment la période post menstruelle ainsi que la ménopause du fait de l'élévation du pH vaginal.

Chez l'homme :

L'infection est souvent asymptomatique ou pauci asymptomatique. Elle se manifestera uniquement par une goutte de sérosité matinale. Elle se localise au niveau des glandes urétrales ou du sillon balano préputial.

Les signes cliniques sont peu nombreux. Lorsqu'il y en a, ils s'expriment à travers une urétrite subaigüe avec écoulement plus ou moins purulent. Il est possible que des complications comme des prostatites ou épididymites apparaissent mais cela reste très rare. Les complications pouvant apparaître sont comme les IST traitées précédemment, de type prostatite, épididymite, ou encore infertilité.

Cette absence de signes cliniques favorise la transmission multiple et donc la dissémination de la maladie.

Notons que la trichomonose est associée à un risque accru de transmission et contamination du VIH.

5. Diagnostic

Pour ce parasite, le diagnostic est basé principalement sur des examens directs.
De par sa fragilité, l'examen de ce parasite, en particulier les prélèvements doivent se faire avec précaution. Ces derniers doivent s'effectuer avant tout traitement au risque de fausser les résultats.

Prélèvements :
Chez la femme, le prélèvement doit se faire avant la toilette. Il s'agit de prélever de la glaire cervicale au niveau de la paroi vaginale, du col, sur un écouvillon stérile imprégné au préalable de sérum physiologique.
Chez l'homme, le prélèvement sera urétral. Il faut prélever une goutte de sérosité matinale avant la première miction.
Il est aussi possible que le premier jet d'urine avant la toilette soit utilisé comme échantillon afin d'effectuer le diagnostic.

Examens :

- À l'état frais, c'est à dire pour les prélèvements vaginaux et urétraux, l'examen direct extemporané indispensable est le microscope à fond noir. Cet examen qui doit être réalisé rapidement est indispensable. Il permet de mettre en évidence les trophozoïtes.
- Un frottis séché peut également être réalisé. Les parasites vont apparaître avec un cytoplasme bleu et le noyau rouge qui permettra de les identifier (coloration MGG).
- Pour améliorer la sensibilité du diagnostic, la mise en culture est réalisée. (19)
- Les prélèvements urinaires peuvent eux, être analysés sur le culot après centrifugation.

6. Traitements

La prise unique d'un antibiotique suffit à guérir cette pathologie. Le métronidazole, tinidazole ou secnidazole par voie orale ont montré leur efficacité.
Quelques règles sont à respecter pour assurer l'efficacité : les deux partenaires doivent être traités en même temps et éviter les rapports sexuels jusqu'à guérison.

V. Herpès simplex

1. Épidémiologie

L'OMS déclare que l'Herpès génital HSV 2 concernait en 2012 417 millions de personnes dans le monde avec une dominance chez les femmes (267 millions)(20). Ce chiffre en perpétuelle augmentation lui aussi, touche entre 15 et 20% de la population française chez l'adulte (2). La primo infection à HSV 2 s'effectue souvent lors des premiers rapports sexuels. (7) Aujourd'hui en France, il est estimé à 2 millions le nombre de cas diagnostiqués par cette affection au niveau génital d'après herpès-info.fr. Il est fort possible qu'un plus grand nombre soit atteint sans en avoir conscience.

2. Structure

Ce virus dont le réservoir est strictement humain, appartient à la famille des Herpesviridae (5), et à la sous famille des alphaherpesviridae. Son ADN bicaténaire, c'est à dire double brin, raison pour laquelle la réplication s'effectue au niveau intranucléaire, est linéaire. Il est englobé d'une capside icosaédrique, de 150-200 µm et d'une enveloppe lipoprotéique avec glycoprotéines, le rendant ainsi fragile et sensible à l'éther ou encore aux détergents.

3. Transmission (21) (20)

L'HSV se transmet par contact cutanéomuqueux direct, principalement par voie sexuelle (HSV 2), mais aussi par les baisers, la salive, pour HSV 1, en peri-partum, ou simplement si lésions cutanées. La transmission par passage transplacentaire est aussi possible mais plus rare. Le virus pénètre par voie locale, c'est à dire au niveau de la peau et des muqueuses. Il se multiplie dans les cellules épithéliales ainsi que dans les terminaisons nerveuses sensitives où il va migrer jusqu'au corps cellulaire du neurone sensitif qui innerve le territoire de réplication par voie centripète (axonale rétrograde). Il s'en suit une phase de latence, pendant laquelle le génome circule sous forme d'épisome ; il persiste sans se répliquer. Les Herpès se situent chacun dans des ganglions qui leurs sont propres, HSV2 se trouve alors dans les ganglions lombo-sacrés. Puis la phase de réactivation s'instaure par des facteurs qui la favorisent. Ils peuvent être physiques (UV), physiologiques (stress) ou encore hormonaux ou immunitaires. Dans cette phase, le virus migre dans le sens antérograde jusqu'à atteindre le territoire cutanéo-muqueux initial. C'est l'excrétion locale du virus.

4. Clinique

L'*Herpès Simplex* de type 2 a une incubation en moyenne de 7 jours.
Il existe une phase de primo infection, de latence et enfin, une phase de récurrence.

La primo infection n'est pas automatiquement symptomatique. En effet, une majorité (entre 60 à 90%) des cas est asymptomatique. Ce n'est cependant pas pour autant que l'excrétion virale n'a pas lieu. Cette dernière a lieu pendant la phase de primo infection pendant 13 à 15 jours.
Les cas symptomatiques sont souvent douloureux. Chez la femme, ils se caractérisent par une vulvo-vaginite aigüe, forme typique pour cette pathologie. Une fièvre brutale pouvant être associée à des malaises ou des céphalées sont les premiers symptômes. Des adénopathies inguinales sensibles apparaissent, ainsi qu'une éruption vésiculeuse en bouquet aigüe très douloureuses pouvant s'étendre jusqu'à l'anus accompagnent ensuite ces premiers symptômes.
Chez l'homme, la primo infection symptomatique est moins bruyante. En effet, elle se traduit par une balanoposthite (inflammation de la muqueuse du gland et du prépuce de l'homme) accompagnée d'une éruption de vésicules en bouquet ici aussi, au niveau du pénis. Les signes généraux sont quant à eux atténués.
Ces ulcérations, pouvant être associées à des lésions cutanées de proximité (périnée, fesses) cicatrisent spontanément en 15 à 20 jours.

La phase de latence est une période durant laquelle le virus ne va pas s'exprimer cliniquement bien qu'il soit toujours présent chez le sujet. Il se situe/ se « stocke » au niveau des ganglions lombo-sacrés.

Enfin, il s'agit de la phase de récurrence. Les personnes infectées ne subiront pas toutes cette phase de réactivation. La symptomatologie se situe au niveau des muqueuses génitales et fessières. Elle est cliniquement moins intense que la phase de primo infection, avec tout d'abord une absence de signes généraux. Elle associe des prodromes composés de prurit, sensation de brûlure, puis des vésicules toujours en bouquet mais dont l'érosion et la guérison s'effectuera en environ 7 jours.

5. Diagnostic

Le diagnostic de cette IST se base surtout sur la clinique, les vésicules étant très caractéristiques. Mais ceci reste très limité pour confirmer la contamination par le HSV 2.
Pour cela, le diagnostic de certitude se base sur :

- Des examens directs :
    - Biologie moléculaire : PCR
    - Immunodiagnostic : Recherche d'antigènes viraux par Elisa
    - Culture
    - Cytodiagnostic de Tzanck
    - Microscopie électronique
- Des examens indirects :
    - Sérologie
    - Recherche d'AC spécifiques par Elisa ou IF

Tout d'abord, l'examen va s'effectuer à partir d'un écouvillonnage des lésions cutanéo-muqueuses ou sanguin.

Examens direct :

- Biologie moléculaire : On va rechercher le génome viral par PCR afin de discriminer HSV1 et HSV2. Rapide, cette technique est surtout utilisée pour les atteintes méningées du LCR.
- Immunodiagnostic : Les antigènes viraux vont être recherchés à l'aide d'anticorps marqués par Elisa ou immunofluorescence. Cette méthode est rapide, mais pour qu'elle soit sensible, il faut que la richesse cellulaire du prélèvement soit importante.
- Culture : c'est la méthode de référence. La confirmation se fera ensuite, ainsi que le typage HSV1 ou HSV2.
- Cytodiagnostic de Tzanck : Il s'agit de réaliser un frottis permettant de rechercher les effets cytopathogènes et mettre ainsi en évidence des inclusions intra-nucléaires caractéristiques.
- Microscopie électronique : elle affirme l'appartenance au groupe herpès.

Examens indirects :

- Sérologie : utile lorsque la première sérologie s'effectue lors de la primo infection, et la deuxième 15 jours plus tard afin de montrer une séroconversion des IgG, une

augmentation des AC significative. Elle est utile pour connaître le statut des femmes enceintes ainsi que des immunodéprimés.

- Il est aussi possible de rechercher des AC spécifiques IgG ou IgM anti-HSV-2 à l'aide d'ELISA.

6. Traitements

Pour traiter un herpès génital, la prise d'un antiviral par voie orale est nécessaire :

- Aciclovir
- Valaciclovir

Si l'infection par herpes virus est encore à la phase de primo infection, la durée du traitement s'étendra sur 10 jours. En revanche, s'il s'agit d'une récurrence, 5 jours suffisent à traiter.
Ces traitements permettent de réduire la durée des symptômes de la réactivation virale, mais ils ne préviennent pas les récidives.

VI. Candida albicans

1. Epidémiologie

L'expression de *Candida albicans* au niveau de la sphère génitale appelé vulgairement « mycose » n'est pas rare. Elle est plus courante chez les femmes que chez les hommes ; 75% des femmes auront une vulvo-vaginite dans leur vie dont une sur quatre sera récidivante ; contre une rare proportion de balanite et balanoposthite chez les hommes. Parmi tous les champignons existants, 80% des infections à levures communautaires sont dues à C.Albicans.

2. Structure

Ce champignon est une levure, non capsulée mesurant 6-8 µm. Commensale, et présente de manière naturelle dans les muqueuses digestives et génitales, c'est une levure opportuniste qui peut donc devenir pathogène avec la présence de facteurs favorisants. Elle est unicellulaire, ne comporte pas de capsule. Sa reproduction asexuée par bourgeonnement produit des pseudomycéliums, des filaments vrais ou des levures.

3. Transmission

Le développement de Candida peut être dû à des facteurs liés à l'hôte comme la transpiration, l'humidité, une surcharge pondérale, une immunodépression, le stade Sida, à un trouble endocrine, mais aussi à des facteurs externes comme une antibiothérapie, une chirurgie...
La transmission peut être d'origine

- Exogène : transcutanée, sexuelle, aérienne, materno-fœtale
- Endogène, plus courante, à partir du tube digestif : par contigüité vers les voies génitales, respiratoires ou la peau ; par voie hématogène ; par souillure fécale si patient alité.

Cette dissémination superficielle s'effectue par une adhésion suivie d'une multiplication entrainant une filamentation des levures qui sont à l'origine des lésions.
Dès que la sphère génitale est touchée, il est évident que cette affection est transmissible de par son caractère opportuniste. Un rapport avec une personne présentant une candidose génito-urinaire est susceptible d'être contaminant.

4. Clinique

Les candidoses génitales peuvent prendre différents aspects selon le sexe de la personne :

- Vulvo vaginite : Elles apparaissent plus souvent chez la femme jeune, en activité sexuelle. Il y a présence de leucorrhée abondante, de couleur blanchâtre et aspect caillé avec une odeur aigrelette. Un prurit intense, des brûlures et une dyspareunie se font sentir.
- Balanite ou balanoposthite : Rare, on observe une inflammation accompagnée de douleurs de la verge et d'un érythème prurigineux de la muqueuse de manière fréquente souvent associé à une urétrite. Un enduit blanchâtre est parfois présent au niveau du sillon balano prépucial.

La clinique est bruyante, et ne laisse aucun doute sur une atteinte des muqueuses.
Elles ne sont pas « classées » parmi les IST, leur origine étant endogène, mais le fait d'être ou d'avoir un partenaire atteint fait de ce dernier un partenaire contaminant devenant un facteur favorisant au développement d'une candidose.

5. Diagnostic

Le diagnostic nécessite un examen au spéculum pour les femmes, qui laissera apparaître un enduit blanchâtre accompagné d'une muqueuse érythémateuse et œdémateuse en cas de vulvo-vaginite.

Un prélèvement, qui sera non stérile doit être réalisé avant tout traitement. 2 écouvillons doivent être utilisés après avoir été humidifiés à l'eau distillée stérile.

Plusieurs étapes sont nécessaires pour diagnostiquer *Candida albicans* :

- Examen direct : Après prélèvement, on doit y observer des pseudomycéliums avec bourgeonnements qui détermineront la présence de levure.
- Culture : Plusieurs milieux sont disponibles pour observer la croissance de ce champignon.
    - Milieu de Sabouraud + chloramphénicol ou gentamycine
    - Milieu chromogène, c'est à dire un milieu sélectif des levures
    - L'incubation doit être de 24-48h à 25-30°C pour les prélèvements superficiels.
- Identification : des techniques conventionnelles de moins en moins utilisées laissent la place à des techniques plus modernes :
    - Ensemencement sur milieu chromogénique.
    - Spectrométrie de masse
    - Biologie moléculaire

6. Traitements

Les candidoses génitales sont traitées simplement bien que la durée du traitement puisse être plus ou moins longue.

- Nystatine ou Imidazolés : application en topique durant 3 à 14 jours

S'il y a échec thérapeutique à la suite de ce traitement, il est envisagé de suivre un traitement de Fluconazole 150 mg par voie systémique en prise unique.

Il est recommandé d'éviter tout rapport ou de se protéger pendant le traitement et jusqu'à guérison complète.

VII. VIH

1. Définition

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine, pandémie aujourd'hui mondiale qui n'épargne aucun pays a été découvert en Juin 1981.
Devant la constatation de cas groupés de pneumonies à Los Angeles aux États-Unis chez des jeunes hommes homosexuels préalablement sains, le CDC (Centers for Disease Control) décide d'en faire une publication. Plusieurs cas d'affections très rare, en particulier la maladie de Kaposi, sont alors diagnostiqués à cette même période chez des jeunes de cette même population un peu partout aux États-Unis, de San Francisco à New York, pour ensuite être signalés dans d'autres pays du monde. (8)
Liées par un déficit de l'immunité cellulaire, ces pathologies s'étendent aux consommateurs de produits injectables, mais aussi à des personnes recevant des transfusions ou encore à des enfants nés de mères atteintes de ce virus non identifié à l'époque. Il est alors évident qu'un agent d'origine infectieuse transmissible par voie sanguine mais aussi sexuelle pouvant provoquer un important déficit immunitaire en est la cause.
C'est en 1983 que le virus est mis en évidence par F. Barret-Sinoussi, baptisé alors le lymphadenopathy associated virus LAV. Il sera plus tard rebaptisé Virus de l'Immunodéficience Humaine.

De nombreuses théories tentent d'expliquer l'origine du VIH, mais celle admise par la communauté scientifique est celle de l'origine simienne.

2. Classification

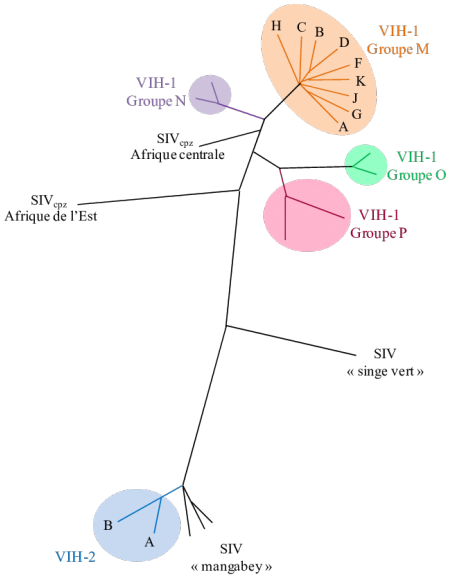
1.1 Famille

Le VIH appartient à la famille des Retroviridae, caractérisée par son mode de réplication : une rétrotranscription permettant de transcrire un ARN simple brin en ADN bicaténaire grâce à une enzyme particulière : la reverse transcriptase.
Il appartient à la sous-famille des Orthoretrovirinae et au genre des Lentivirus. Ces virus sont d'évolution lente.

1.2 Différents types de VIH : type 1, type 2, groupe M, B, E, O

Le VIH présente une variabilité génétique importante, une grande diversité du fait de nombreuses recombinaisons circulantes liées aux erreurs d'incorporations de nucléotides ou d'acides aminés.

Il existe 2 types de VIH : le type 1 et le type 2. Le VIH 1 est répandu dans le monde entier, et le VIH 2 principalement en Afrique de l'Ouest.



https://www.researchgate.net/figure/Diversite-genetique-du-VIH-Sont-represente-les-4-groupes-du-VIH-1-M-N-O-et-P-les-9_fig4_278382613

Figure 4. Diversité génétique des VIH

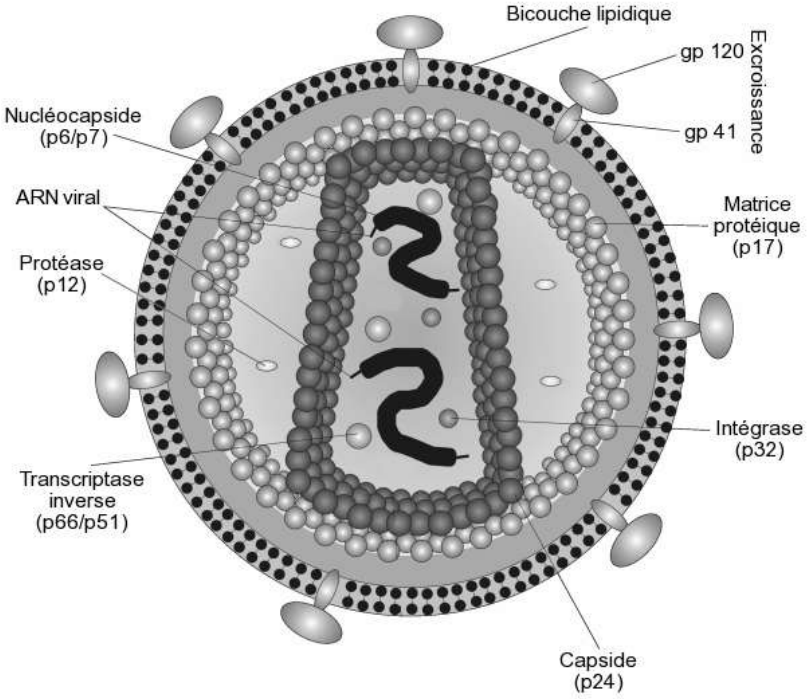
Le VIH 1 est lui-même composé de trois groupes : M (major), N, (non-M non O), O (Outlier). Le groupe M est celui retrouvé en majorité et responsable des pandémies dans le monde. Il est lui-même composé de 9 sous types non recombinants (purs) : A, B, C, D, F, G, H, J, K ; à partir desquels sont apparus des sous types recombinant appelés CRF (circulating recombinant form) dus à une recombinaison génétique de plusieurs sous types du VIH 1 lors d'une infection d'une seule et même personne. Le sous type B est celui majoritaire dans les pays industrialisés comme l'Europe de l'Ouest et aux USA. Le sous type non B, ainsi que certaines formes recombinantes circulantes sont retrouvées dans la région de l'Asie principalement.

Le VIH 2 est lui aussi classé en 7 sous-types distincts : A, B, C, D, E, F, G.

3. Structure (22)

Les rétrovirus se présentent sous la forme de particules sphériques. Leur taille varie de 80 à 100 nanomètres.

Le VIH est constitué d'une enveloppe externe d'origine cellulaire, composée d'une double couche de phospholipides comportant deux glycoprotéines importantes : gp120 située sur la partie externe et gp41 transmembranaire.



https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-sida-vaincre-vih-1696/page/4/

Figure 5. Représentation de la structure du VIH-1

Cette enveloppe est tapissée à l'intérieur par une matrice comportant une protéine de la matrice p17. Elle entoure une capside de forme conique composée par la protéine p24.

Cette capside renferme le génome viral : ARN viral constitué de 2 simples brins identiques, ainsi que les enzymes nécessaires à la réplication de ce rétrovirus :

- La reverse transcriptase, caractéristique des rétrovirus
- L'intégrase, permettant l'intégration de l'ADN viral dans l'ADN de la cellule hôte
- La protéase, nécessaire à l'activation de précurseurs polypeptidiques après clivage

4. Génome (8)

Le génome du VIH composé d'un ARN simple brin sera rétrotranscrit en ADN double brin lors de son entrée dans la cellule hôte. Aux deux extrémités de l'ADN viral se trouve une séquence de taille variable : LTR (Long Terminal Repeat) permettant l'intégration du génome viral ainsi que l'expression des gènes grâce aux éléments promoteurs qu'elle contient.
9 gènes composent le VIH, dont 3 principaux communs à tous les rétrovirus :

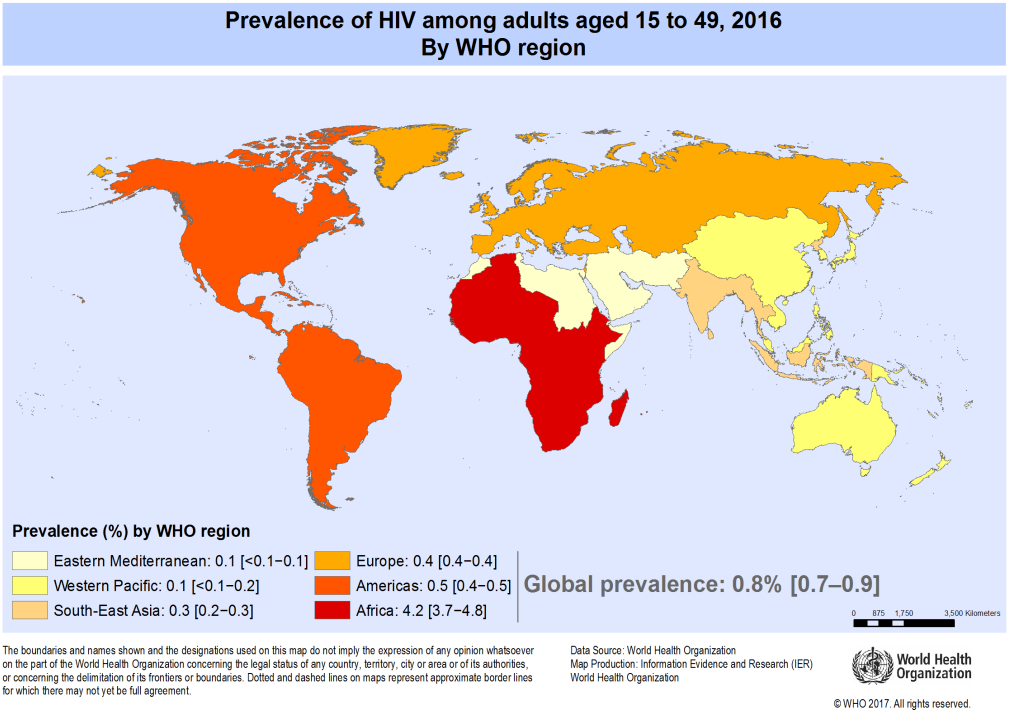
- GAG
- POL
- ENV

Ces gènes sont des gènes de structures codant respectivement pour les protéines internes du virion (p7, p17, p24), les différentes enzymes virales (intégrase, protéasen et RT), et pour les glycoprotéines d'enveloppe (gp120 et gp41).
Les 6 autres gènes sont des gènes de régulation, ils vont permettre de réguler l'expression des protéines virale, et de ce fait, la réplication du virus.

5. Épidémiologie (23)(24)(25)(26)

1.1 Dans le monde

En 2017 dans le monde, près de 36,9 millions de personnes vivaient avec le virus de l'immunodéficience humaine dont 1,8 millions d'enfants (<15 ans).
940 000 personnes en sont décédées des suites d'une ou des complications liées au VIH cette année-là. Bien que le nombre de décès diminue chaque année ; les chiffres étaient de 1,9 million de décès en 2004 et 1,4 million en 2010, cette maladie est toujours meurtrière. Depuis le début de sa découverte l'épidémie a fait plus de 35 millions de morts dans le monde.
Actuellement, il a été estimé qu'en 2017, environ 75% des malades connaissent leur statut VIH. Près de 9,4 millions ignorent donc leur contamination.
Bien que les nouvelles infections aient nettement diminué depuis plusieurs années (3,4 millions en 1996), une moyenne de 1,8 millions de personnes a été nouvellement infectée cette même année 2017.



https://www.who.int/data/gho/map-gallery-search-results?&maptopics=fdbb2f39-7b8f-4672-ac34-c879e52023fb

Figure 6. Prévalence du nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans vivant avec le VIH dans le monde en 2016

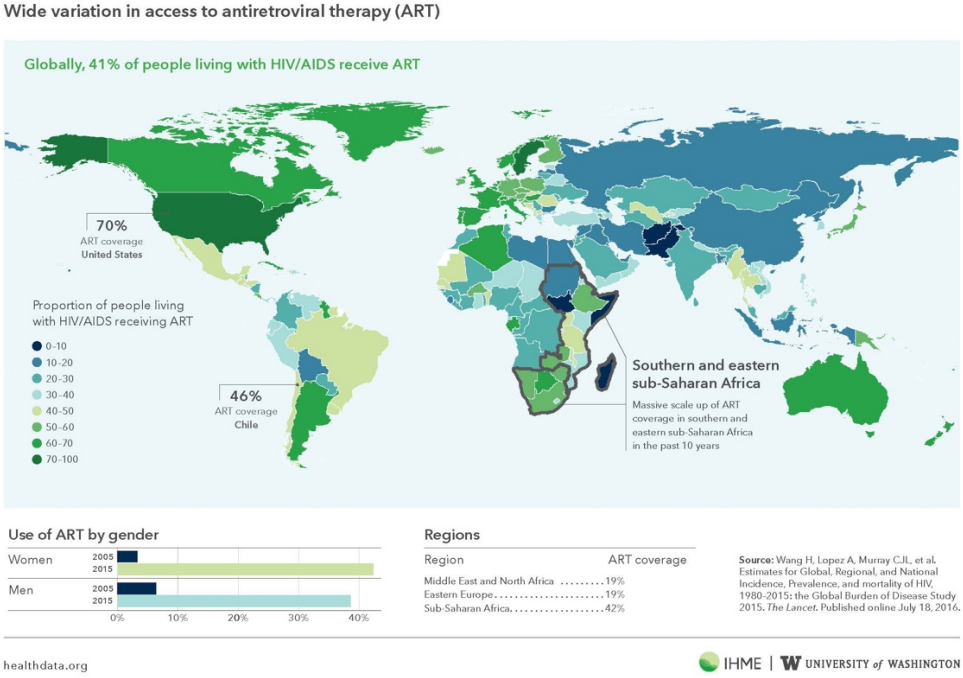
C'est en Afrique sub-saharienne que l'on trouve le plus grand nombre de victimes, avec 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH en 2017, ce qui fait du VIH, la première cause infectieuse de décès dans cette région. On y trouve plus de deux tiers des nouvelles infections survenant dans le monde.

Il existe des populations « clés » qui sont plus à risque de contracter cette maladie. Il s'agit :

- Des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) : 27 fois plus de risque de contracter le VIH
- Les consommateurs de drogues par voie injectable : 23 fois plus de risque de contracter le VIH
- Les professionnels du sexe : 13 fois plus de risque
- Les personnes transgenres
- Les détenues vivant en prison

Ces populations qui sont généralement exposées à des problèmes d'ordre social ou encore juridique augmentent de ce fait leur vulnérabilité par rapport au VIH. L'accès au dépistage ainsi

qu'aux traitements antirétroviraux en sont aussi diminués. L'OMS estime que 47% des nouvelles infections se sont produites chez des personnes de ces populations clés en 2017.



https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sida-quels-sont-les-pays-les-plus-touches-par-le-vih_118784

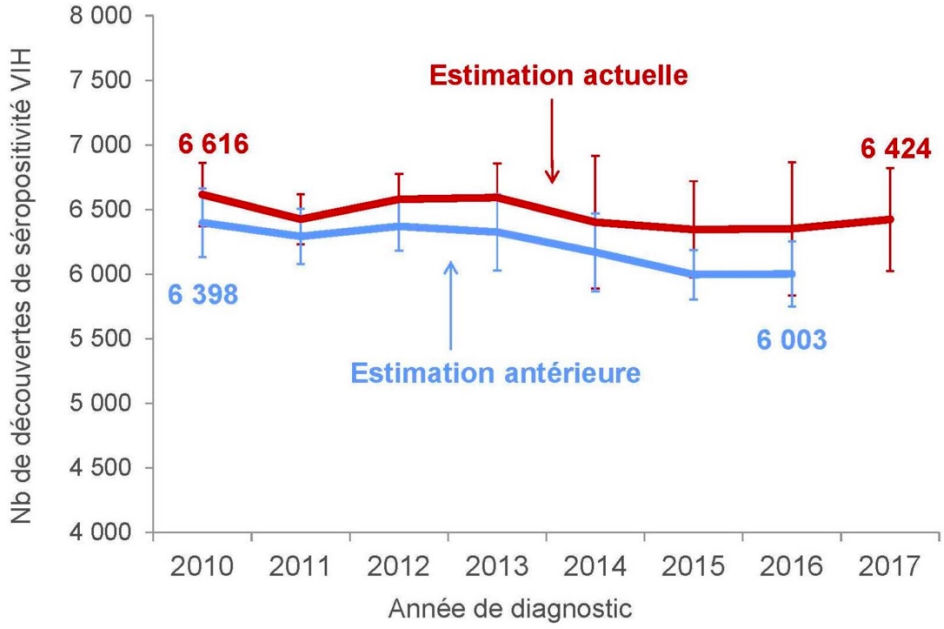
Figure 7. Proportion des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral dans le monde en 2016

Cela nous fait aborder le sujet des traitements antirétroviraux. 21,7 millions ont eu accès au traitement la dernière année recensée soit 59% de toutes les personnes vivant avec le VIH. Bien qu'il y ait une augmentation de 2,3 millions depuis 2016, les chiffres restent trop faibles et prouvent l'inégalité de l'accès. Seuls 52% des enfants de 0 à 14 ans y ont eu accès.

1.2 En France

En France, les chiffres officiels de 2016 estiment à 172 700 le nombre de personnes infectées. Plus de 6000 nouvelles contaminations ont été recensées cette même année.

D'après les derniers chiffres de 2017 publiés en mars 2019, environ 6400 personnes ont découvert leur séropositivité. Ce chiffre reste donc stable depuis 2010.



https://vih.org/20190328/stabilite-des-chiffres-du-vih-en-france/

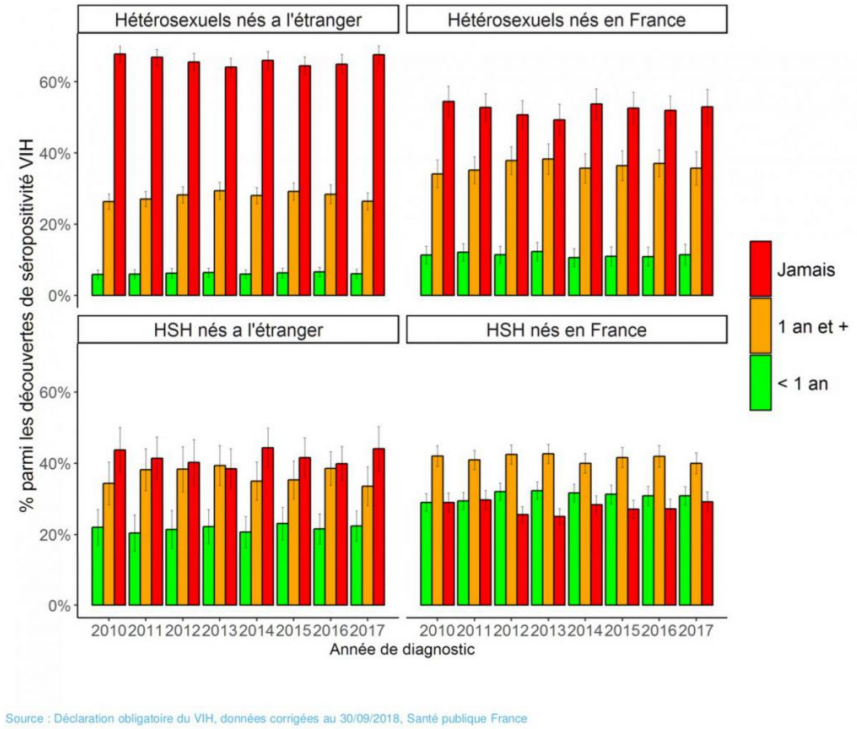
Figure 8. Nouvelles séropositivités VIH en France depuis 2010.

Bien que ce chiffre reste important, on observait une diminution progressive chaque année qui laissait de l'espoir en 2016. En effet, une diminution globale de 5% des découvertes de séropositivité par rapport à l'année 2013 avait été constatée. Cette diminution, encore plus importante chez les hétérosexuels étant de 9%. En revanche, elle restait stable chez les HSH, soit 44% des nouveaux séropositifs.

En 2017, la population principale touchée par ces nouvelles contaminations est celle des hétérosexuels avec 56%. Mais la population la plus sensible reste les homosexuels en particulier les HSH comme vu précédemment avec 41% des nouvelles séropositivités, ainsi que les hétérosexuels nés à l'étranger (dont ¾ sont d'origine d'Afrique Subsaharienne) qui représentent 75% des découvertes de cette catégorie. Les usagers de drogues injectables (UDI) représentent quant à eux 2%.

Il n'y a pas une tranche d'âge plus touchée qu'une autre de manière significative bien que plus l'âge augmente, plus la proportion d'infections récentes diminue. En effet, les personnes de moins de 25 ans représentent 11% en 2016, et celles de plus de 50 ans 20%. L'âge ne protège pas du risque de contamination.
Un point important est l'augmentation du nombre de dépistage en France.

Plus de 5,6 millions ont été effectué par les laboratoires d'analyse médicale de ville et hospitaliers confondus en 2017. C'est une augmentation de 12% depuis 2010. Mais ce chiffre reste toujours insuffisant.



https://vih.org/20190328/stabilite-des-chiffres-du-vih-en-france/

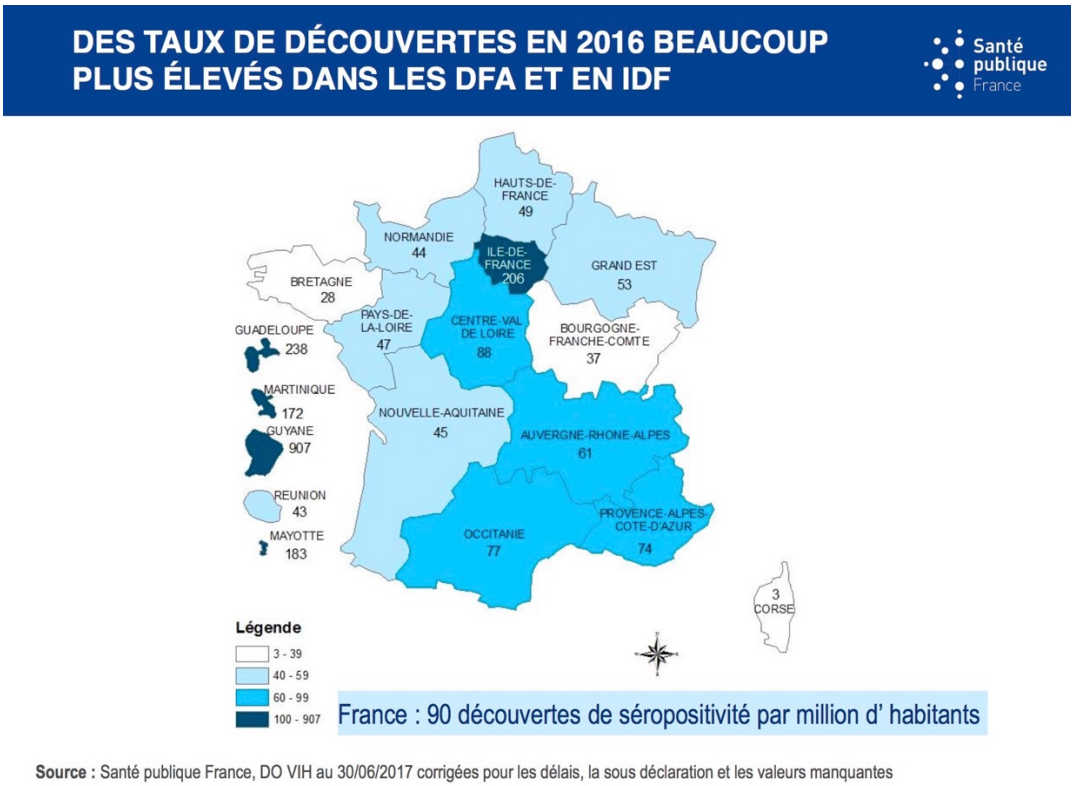
Figure 9. Pourcentage de découverte de séropositivité au VIH de la population en fonction des années en fonction de leur dépistage antérieur

En effet seulement 31% des découvertes de séropositivité concernent des infections récentes c'est à dire datant de moins de 6 mois avant le diagnostic. En conséquence, la majorité (69%) des personnes découvrent leur séropositivité plus de 6 mois après leur contamination, dont 30% à un stade avancé contre 18% en 2016.

Bien que le nombre de dépistages augmente chaque année, ceux de la population cible principale c'est à dire les HSH restent trop faible. 33% des personnes de cette population ayant découvert leur séropositivité nouvellement déclarent ne jamais avoir été testés auparavant. Les dernières recommandations de Mars 2017 d'après la HAS sont pourtant d'un dépistage tous les trois mois pour les HSH. (27)

En ce qui concerne les hétérosexuels nés à l'étranger qui eux représentent 75% des découvertes de séropositivité dans cette catégorie, 68% n'ont jamais été testés.

En bref, plus de la moitié des nouvelles contaminations (52%) concernent des personnes qui n'ont jamais été testées auparavant en 2017, contre 43% en 2016.



https://vih.org/dossier/les-chiffres-du-vih-sida-en-2017/

Figure 10: Taux de découverte de séropositivité au VIH par région en France en 2016

En 2016, les principales régions touchées par le VIH étaient les territoires français d'outre-mer principalement : la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique ; ainsi que l'Ile-de-France. L'estimation région par région des données de 2017 n'a pas encore été publiée à ce jour.

6. Transmission

Le VIH peut être contenu en quantité importante dans trois liquides biologiques : le sang, le sperme, et les sécrétions vaginales.

De cela découlent les trois voies de transmission de ce dernier :

- Sexuelle (horizontale)
- Sanguine (horizontale)
- Maternelle (mère-enfant) (verticale)

Le risque de la contamination dépend de la voie de transmission, mais aussi de la quantité de virus appelée « charge virale », du type de virus ainsi que du terrain génétique de l'hôte. En effet, certaines personnes seraient naturellement protégées par l'absence de l'expression de CCR5 dans leur organisme.

1.1 La transmission sexuelle

C'est la transmission majoritaire dans la maladie du VIH. En effet, tout rapport sexuel avec un personne infectée, traitée ou non, est à risque potentiel de contamination. Tous les types de rapports sont concernés : hétérosexuels, homosexuels, ou encore oro-génitaux. De même, que la pénétration soit vaginale, anale, avec ou sans éjaculation. Un seul contact peut être suffisant pour transmettre la maladie, le virus étant présent dans le sperme, les sécrétions vaginales, et le liquide séminal.

Il existe cependant des facteurs augmentant le risque de transmission. En effet, les rapports anaux, la présence de lésions génitales, de saignements dus à des rapports traumatisants ou au cycle menstruel, la coexistence d'une IST, ainsi qu'une charge virale élevée, sont associés à un risque plus élevé de contamination.

En revanche, la transmission sexuelle du virus est réduite considérablement si l'infection du partenaire est contrôlée par un traitement antirétroviral suivi de manière rigoureuse. Le risque infectieux est alors diminué de 92%.(2)

1.2 La transmission par le sang

Les transfusions sanguines ainsi que les transplantations représentent depuis toujours un risque de transmission du VIH. Bien que le risque soit aujourd'hui quasi nul depuis la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine, obligeant des sérologies et le dépistage lors des dons du sang et d'organes, le scandale de l'affaire du sang contaminé dans les années 80 et 90 a fait de nombreuses victimes, et a été vécu comme un véritable drame sanitaire. Plus de 2000 personnes ont été contaminés.

Actuellement, le risque de transmission par voie sanguine concerne principalement les usagers de drogues injectables à travers le partage de matériel d'injection contaminé par du sang. Il existe des mesures de préventions avec la mise à disposition de matériel à usage unique (Stéribox) disponible dans les pharmacies ou des distributeurs échangeurs présents un peu partout dans les villes de France. Ces mesures sont majoritairement bien reçues et utilisées par les UDI puisque ces kits sont souvent demandés en pharmacie.

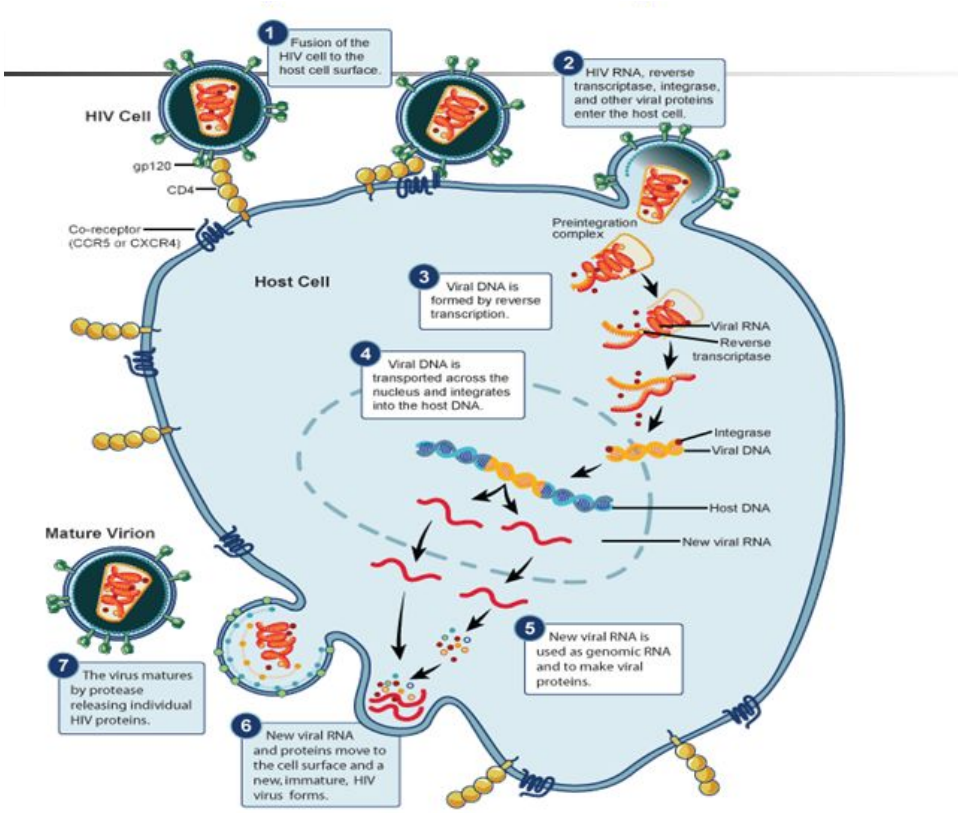
Le personnel soignant peut être victime d'accident professionnel d'exposition au sang (AES) lors de soins quotidiens, selon le stade clinique du malade et de sa charge virale.

1.3 La transmission mère-enfant

Il est possible que l'enfant à naître soit contaminé par la mère en cas de primo-infection pendant la grossesse, ou lors de la période périnatale, c'est-à-dire lors de l'accouchement ou l'allaitement. L'enfant peut en effet être en contact avec du sang ou des sécrétions génitales de la mère. La charge virale élevée ainsi que le stade Sida lors de la grossesse sont des facteurs augmentant le risque de TME. Aujourd'hui, il est recommandé aux femmes enceintes séropositives d'avoir un suivi médical rigoureux et un traitement antirétroviral équilibré afin de minimiser les risques de transmissions au fœtus au maximum.

7. Physiopathologie

1.1 Cycle de réplication :



https://slideplayer.fr/slide/10710607/

Figure 11: Cycle de réplication du VIH-1

1.1.1. Cellules cibles

Les cibles du VIH sont les cellules portant le récepteur CD4 à leur surface, ce récepteur ayant une forte affinité avec celui du virus. Ces cellules vont être impliquées dans l'entrée de ce rétrovirus dans l'organisme ainsi que dans sa dissémination. Les populations cellulaires infectées sont principalement les Lymphocytes T CD4, auxiliaires et mémoires. Les cellules présentatrices d'antigènes CPA telles que les monocytes, les macrophages, les cellules dendritiques, les cellules de Langerhans ; ainsi que les cellules microgliales du cerveau sont elles aussi sensibles au VIH. Ces CPA ainsi que les LT CD4 mémoires vont jouer un rôle de réservoirs viraux. Mais les ganglions, organes lymphoïdes vont être le principal réservoir.

Ces derniers ne sont pas les seuls organes touchés. La rate, le thymus ainsi que l'intestin le sont également. C'est l'altération de ces organes qui va engendrer de nombreuses conséquences dramatiques pour l'organisme, notamment la diminution voire l'arrêt de la régénération des LT CD4 par le thymus.

1.1.2. Réplication virale

Le cycle de réplication du VIH s'effectue en plusieurs étapes : reconnaissance et fixation, fusion, décapsidation, rétrotranscription, intégration, transcription, traduction et maturation des virions. Elles vont mettre en jeu la particule virale ainsi que la cellule cible.

Pour que l'interaction se fasse, il est nécessaire d'avoir des récepteurs et co récepteurs dont CCR5, présent sur les macrophages et le CXCR4 présent sur les LTCD4.

- Reconnaissance et fixation du virus

Cette étape nécessite la reconnaissance par le virus de récepteurs et corécepteurs présents sur la surface cellulaire. Le récepteur gp120 situé sur l'enveloppe du VIH va rentrer en contact avec le récepteur CD4 de la cellule hôte. Il y a ensuite un changement conformationnel de gp120 permettant la reconnaissance par les corécepteurs CCR5 ou CXCR4 avec ce dernier. CXCR4 est présent sur les LTCD4 et CCR5 sur les macrophages et les LT mémoires, tous deux sont reconnus par le VIH 1.

- Fusion

Cette reconnaissance va permettre de démasquer gp41 qui va pouvoir, par rapprochement du virus à la cellule, entrer à son tour en contact avec la membrane de cette dernière. C'est la fusion. Il y a fusion des membranes des deux cellules, puis pénétration de la nucléocapside à l'intérieur du cytoplasme de la cellule hôte.

- Décapsidation

Il y a dégradation de la capside icosaédrique pour libérer les enzymes ainsi que le contenu génomique dans le cytoplasme cellulaire.

- Rétrotranscription

À partir de l'ARN viral, la transcriptase inverse va synthétiser l'ADN bi caténaire pro viral. La RT étant peu fidèle, il est possible que lors de cette étape, des erreurs de copies se produisent. C'est l'origine de la variabilité génétique du VIH.

- Intégration

Cet ADN va entrer dans le noyau de la cellule hôte, puis être intégré au sein de son génome grâce à l'intégrase virale. On a alors l'ADN pro viral, c'est à dire présent à l'état latent. Il peut rester silencieux pendant une période plus ou moins longue et être transmis.

- Transcription

Le provirus va être transcrit dans un premier temps en ARN génomique par l'ARN polymérase de la cellule hôte. Cette synthèse est sous le contrôle de tat, protéine de régulation virale. Cet ARN sera incorporé dans les particules virales.

Il y a aussi synthèse de l'ARN messager viral. Il va migrer hors du noyau vers le cytoplasme pour être épissé en plusieurs ARN messagers qui vont coder pour les protéines constitutives du virus.

- Traduction

L'ARN génomique est traduit par les ribosomes en une protéine qui correspond aux gènes gag et pol, qui sera clivée par une protéase en précurseur gag et pol, lui-même encore clivé.

Les protéines virales sont synthétisées à partir de l'ARN messager qui codent pour des précurseurs spécifiques qui après maturation donneront des protéines. Les protéines d'enveloppe sont elles aussi synthétisées à partir de cet ARN. La protéine ENV une fois traduite, va être clivée pour donner gp120 et gp41 qui s'implantera sur la membrane du nouveau virion.

- Assemblage et bourgeonnement

Le polypeptide GAG-POL se lie à l'ARN viral et initie l'assemblage de la protéine GAG dans une nucléocapside qui bourgeonne à partir de la membrane plasmique. Il y a formation de la nucléocapside hélicoïdale qui protège le nucléoïde, lui-même constitué à partir de 2 molécules d'ARN et des protéines de structure internes.

L'interaction entre cette structure et la membrane plasmique de la cellule infectée induit la formation du bourgeon viral.

Après cette phase de bourgeonnement, la lyse cellulaire provoque la libération des nouveaux virions.

- Maturation

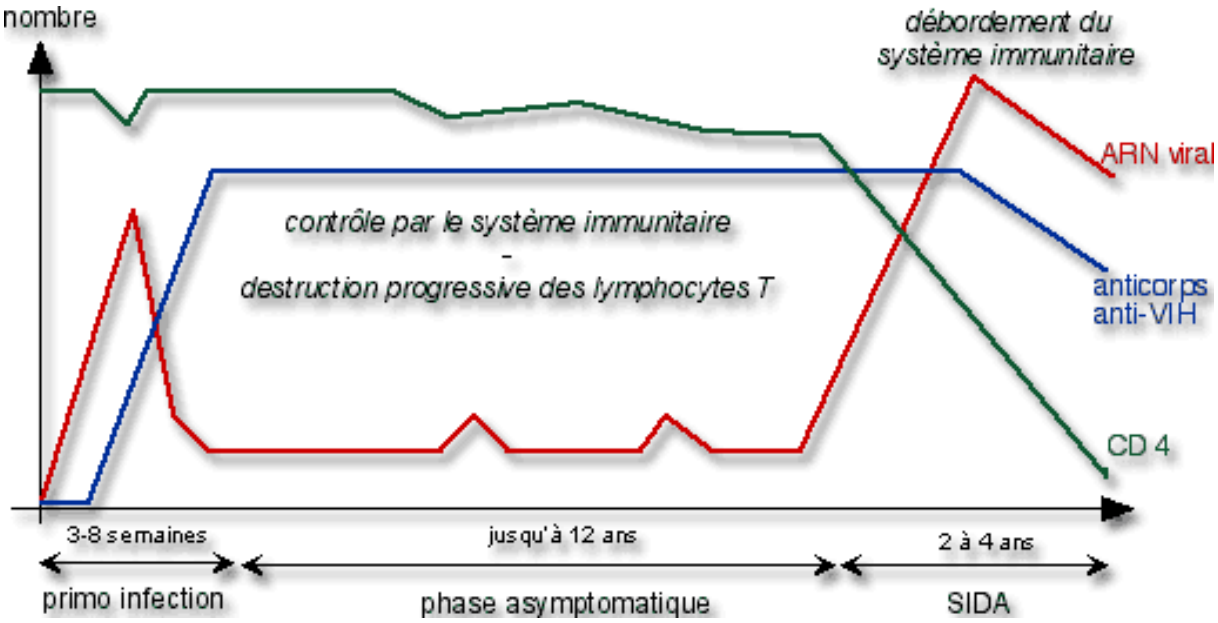
Les protéines virales sont initialement produites sous forme de précurseurs : elles ne sont pas fonctionnelles mais ont la capacité de s'assembler à la surface de la cellule infectée, ce qui donne lieu au bourgeonnement et à la production de particules virales immatures.
La protéase effectue un découpage des différentes protéines à des sites bien précis, les sites de clivage. Il s'ensuit un réassemblage de la particule virale, spontanément par l'intermédiaire de domaines d'interaction spécifique portés par les protéines structurales. Le virus devient infectieux.

1.2 Clinique et signes biologiques

Il existe 3 stades cliniques dans la pathologie du VIH :

- Primo infection
- Phase chronique asymptomatique
- Sida

Toutes possèdent des signes cliniques différents. Leur survenue varie en fonction du système immunitaire de la personne infectée.



https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01456818/document

Figure 12. Évolution des marqueurs biologiques au cours de l'infection à VIH

1.1.1. Primo infection (28)

La primo infection se situe peu après la contamination. Elle correspond à la phase d'invasion du virus dans l'organisme.

Dans 50 à 80% des cas, des symptômes surviennent 10 à 15 jours après l'entrée du virus. Ces symptômes sont peu spécifiques et se rapprochent d'un syndrome viral aigu plus ou moins sévère. Les signes les plus fréquents sont :

- la fièvre
- des adénopathies superficielles, cervicales, axillaires ou inguinales
- des céphalées
- de l'asthénie
- des sueurs nocturnes
- des éruptions cutanées, de type maculeux ou maculopapuleux
- des ulcérations cutanéo-muqueuses buccales ou génitales
- des troubles digestifs (diarrhées, douleurs abdominales)

Elle dure en moyenne deux semaines.

Sur le plan biologique, c'est durant cette période que la réplication virale est intense et que la charge virale du VIH est à son maximum. Des troubles hématologiques et hépatiques peuvent être visibles, notamment une thrombopénie associée à une neutropénie et une lymphopénie. Il est ensuite possible d'observer une hyper lymphocytose qui va caractériser un syndrome mononucléosique. La lymphopénie concerne principalement les LT CD4 et CD8, dont le rapport CD4/CD8 est inférieur à 1. Une augmentation progressive des CD8 puis des CD4 est visible discrètement en fin de primo infection bien que la déplétion reste majeure.

1.1.2. Phase chronique asymptomatique (29)

La phase asymptomatique est la phase chronique de l'infection. Elle est biologiquement active, mais cliniquement asymptomatique ou encore latente. C'est lors de cette phase que la multiplication virale est la plus forte (sans traitement). Sa durée est variable, entre 1 et 8 ans, mais peut aller jusqu'à 12 ans. Cette durée va dépendre du patient, de son état général, de facteurs génétiques, ainsi que de son système immunitaire.

Il existe peu de signes cliniques lors de cette phase. On retrouve néanmoins un syndrome de lymphadénopathie généralisé persistant avec des adénopathies toujours situées au niveau cervicales, axillaires ou inguinales.

Au niveau biologique, des anticorps anti-VIH sont détectables dans le sang et vont définir le caractère séropositif du sujet. On observe aussi des lymphocytes T cytotoxiques dirigés contre les cellules infectées, mais une diminution progressive des LT CD4. Le système immunitaire reste actif afin d'essayer de combattre le virus, tandis que la virémie continue de se multiplier.

1.1.3. Phase Sida

Le stade SIDA est acquis à la fin de la phase asymptomatique. Il n'y a pas de période définie pour cette phase, mais les personnes sans traitement à ce stade ne vivent que peu de temps.
Elle va se caractériser au niveau clinique par la survenue d'infections opportunistes du fait d'une diminution importante de la réponse immunitaire. Les principales infections vont être :

- Des affections cutanéo-muqueuses : d'origine fongique et/ou virale touchant la peau, les parties génitales ou encore la sphère buccale
- Des troubles gynécologiques : cancer, condylomes, vulvovaginites, IST
- Une grande perte de poids et un affaiblissement général conduisant à un état cachectique
- Des troubles respiratoires : La pneumonie à Pneumocystis jirovecii, la tuberculose
- La toxoplasmose
- Une possible atteinte du système nerveux : encéphalopathie, neuropathie
- Sarcome de Kaposi

Le système immunitaire subi une déplétion profonde avec une diminution de l'immunité cellulaire importante : les CD4 sont inférieurs à 200 par mm3. La charge virale explose. Les infections opportunistes se développent face à un corps qui ne peut plus se défendre.

8. Diagnostic (30)

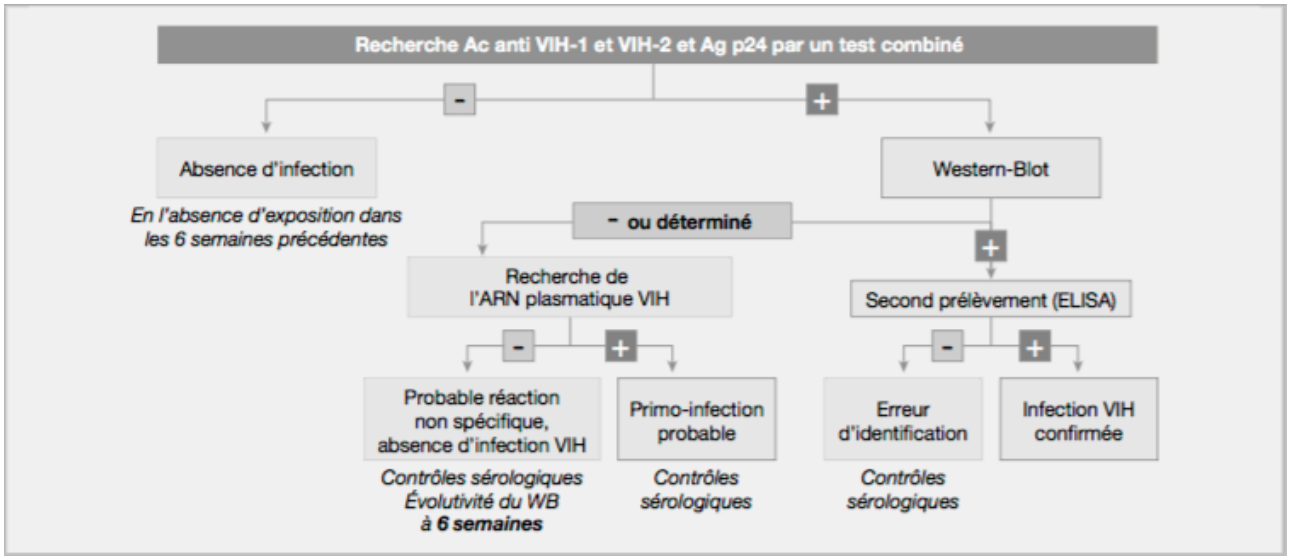
Le diagnostic du VIH repose sur un ensemble de test définis préalablement. Il est nécessaire lors de toute prise de risque mais aussi lors de contrôle régulier pour s'assurer d'une non infection. On retrouve des tests (31) :

- Diagnostic direct : détection du virus
  - Antigénémie p24 : détectable environ 15 jours après la primo infection
  - Génome viral :
    - ARN plasmatique : détectable dès le 10e jour après la contamination
    - ADN proviral
  - Isolement viral par culture
- Diagnostic indirect : réponse de l'hôte à l'infection
  - Anticorps anti-VIH : détectables 22 à 26 jours après la contamination

Le « schéma » d'un diagnostic se déroule en trois étapes :

- Un test de dépistage ELISA combiné

- Si positif : un test de confirmation VIH-1 et VIH-2 par un western-blot ou un immuno-blot sur le même prélèvement
- Si positif : un test de dépistage sur un second prélèvement



http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-165-nb.pdf

Figure 13 : Stratégie de dépistage du VIH

- Test de dépistage ELISA : fonctionnement (30)

Le diagnostic initial de l'infection repose sur l'utilisation d'une méthode sérologique indirecte permettant la détection d'anticorps dirigés contre les antigènes viraux grâce à un test ELISA. Il s'agit d'une réaction entre les anticorps du sérum d'un sujet infecté et des antigènes viraux déposés dans des puits d'une microplaque ELISA. C'est la méthode de référence.

Plusieurs Ag sont fixées sur la paroi des puits en plastique. On ajoute le sérum du patient avec des Ac spécifiques du VIH. On lave avec une solution tampon, on les révèle par l'utilisation d'un Ac anti Ac humain. Les Ac sont dirigés contre la fraction fc des Ac humains et sont couplés avec une enzyme. On ajoute le substrat qui, si les AC anti VIH sont présents, va se colorer afin de permettre de mettre en évidence les AC anti VIH.

Si le test de dépistage est positif ou douteux, il est nécessaire d'effectuer un test de confirmation.

- Test de confirmation : Western Blot ou Immuno Blot

Le but est de confirmer la séropositivité au VIH. Elle n'est établie que lorsque le résultat de l'analyse est positif, permettant ainsi de préciser la spécificité VIH-1 ou VIH-2.

Il s'agit d'un Western Blot lorsque les protéines utilisées sont des protéines natives, et d'un Immuno Blot lorsque ce sont des protéines recombinantes ou synthétiques.

Les protéines virales vont être préalablement séparées par électrophorèse puis transférées sur une membrane. S'il y a présence d'anticorps spécifiques, une réaction enzymatique se manifestant par l'apparition d'une bande colorée au niveau de la protéine virale reconnue apparaitra.
Les critères de positivité du test sont la présence d'au moins trois bandes dont au moins deux correspondent à des glycoprotéines d'enveloppe.
Lorsque le résultat de confirmation est positif, un second prélèvement doit être effectué afin qu'une nouvelle analyse de dépistage soit réalisée. C'est le résultat positif du second prélèvement qui permettra d'affirmer définitivement l'infection.

- Les autotests : principe, disponibilité (32) (33)

Depuis septembre 2015, une nouvelle possibilité d'orientation diagnostique est accessible à la population. Les autotests VIH sont disponibles en pharmacie sans ordonnance. Ils concernent les personnes ayant eu une prise de risque ou une exposition accidentelle datant de plus de trois mois, mineurs compris.
Ils permettent de détecter les anticorps anti VIH-1 et VIH-2 produits après une infection, à l'aide de la technique d'immunochromatographie. Si ces derniers sont présents, ils se fixeront aux antigènes VIH-1/2 fixés sur le support test. Le complexe antigène-anticorps sera révélé par l'apparition d'une deuxième bande colorée, la première correspondant à une réaction de contrôle afin d'assurer la bonne fonctionnalité du test. Si le test se révèle positif, il est nécessaire de le confirmer par un test en laboratoire.

- Notion de charge virale/virémie

La quantification de l'ARN plasmatique viral, appelée charge virale est le marqueur le plus pertinent concernant l'évolution de la maladie. En effet, il s'agit du nombre de copies ou de molécules de virus présent dans le corps. Sa valeur est donc corrélée à la dégradation du système immunitaire. Plus cette dernière est élevée, plus le taux de LTCD4 est faible. L'objectif des traitements est donc d'atteindre une charge virale dite « indétectable », soit moins de 50 copies de virus par mL. Il est recommandé de quantifier la charge virale régulièrement, trois à quatre fois par an afin de suivre l'évolution de la maladie.

9. Traitements disponibles (34)

Il existe 6 classes d'antirétroviraux agissant contre la propagation du virus dans l'organisme. Chaque classe ayant un mode d'action précis :

- Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (INNTI)
- Inhibiteurs nucléosidiques ou nucléotidiques de la réverse transcriptase (INTI)
- Inhibiteurs de la protéase
- Inhibiteurs de fusion
- Inhibiteurs de l'intégrase (INI)
- Les anti CCR5

Leur prescription initiale doit se faire par un médecin spécialiste hospitalier puis le suivi se fait conjointement avec un généraliste.

L'objectif est de rendre la charge virale indétectable (<50 copies/mL) et de maintenir un taux de lymphocytes T CD4>500/mm3.

Une trithérapie est composée d'une combinaison de trois molécules comportant :

2 INTI + un 3e agent (INNTI ou INI ou IP).

Le choix de la combinaison thérapeutique et de la posologie dépendra du rythme de vie de la personne afin de favoriser son observance mais aussi de la présence de mutations ou non sur le test génotypique de résistance réalisé au préalable.

Il existe des trithérapies sous forme combinée permettant une seule prise par jour favorisant ainsi l'observance bien qu'elles n'aient pas démontré d'efficacité supérieure aux formes non combinées.

B. Lutte contre les IST en France

I. Prévention

La prévention, par définition, est l'ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger. (35)Selon l'OMS, c'est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. (36)Elle est distinguée en 3 types : primaire, secondaire et tertiaire allant des moyens de mises en œuvre pour éviter l'apparition des pathologies jusqu'au moyens thérapeutiques.
Limiter l'incidence des IST et du VIH est aujourd'hui crucial, et il est pour cela nécessaire d'agir en amont au niveau préventif. L'important, à l'aide d'information, d'accompagnement, et d'écoute pour la personne, est de limiter les comportements sexuels à risque.
Il est important de rappeler le matériel de prévention existant ainsi que les actions effectuées dans notre pays afin de comparer avec les connaissances réelles de la population sur ce sujet/de pouvoir conseiller et renseigner au mieux la population.

1. Les dispositifs médicaux de prévention

1.1 Le préservatif masculin

Il est le principal dispositif médical utilisé pour se protéger de toute contamination sexuelle.
Il en existe plusieurs modèles ; et plusieurs tailles sont disponibles afin que chacun puisse trouver celui qui lui correspond. Ils détiennent une date de péremption qui figure sur l'emballage, de même que la norme CE-EN 600.
Leur grande majorité est composée de latex. En cas d'allergie à ce dernier composant, il en existe à base d'autres matériaux comme le polyuréthane. L'inconvénient au niveau économique et social est qu'ils sont plus onéreux, ce qui peut rendre leur accès compliqué. De plus, l'efficacité de protection de ces derniers a un taux de rupture plus élevé que les préservatifs en latex. Il existe également des préservatifs en membrane naturelle, mais le diamètre des pores dont ils sont constitués les rend perméables au VIH et VHB. Ils ne sont donc pas recommandés en prévention des IST.

Il existe des règles d'utilisations à respecter afin que l'efficacité du produit soit au maximum. En effet, une mauvaise utilisation peut entraîner des déchirements ou encore des glissements, ce qui ne garantirait plus une protection contre les IST et le VIH. (37)

Il est donc nécessaire de respecter certaines règles, qu'il est bon de rappeler au patient :

- Pour chaque rapport sexuel, utilisez un nouveau préservatif. Chacun est à usage unique !
- Ne pas mettre 2 préservatifs à la fois
- Certaines personnes sont allergiques au latex, il en existe sans, demandez à votre pharmacien
- La plupart des « accidents » sont dus à une mauvaise utilisation et mise en place : entraînez vous à le mettre seul ou à deux avant de passer à la pratique
- Les préservatifs doivent être conservés dans un endroit sec à l'abri de la chaleur et de la lumière.
- Conserver un préservatif dans un portefeuille ou une poche risque de l'abîmer car il sera compressé.
- Pensez à vérifier la date de péremption figurant sur l'emballage
- **Ne mettez pas le préservatif au dernier moment ! Le liquide séminal peut transmettre le VIH et les IST**.

Bien que ce moyen de contraception soit connu et conçu pour se protéger des IST lors de rapports avec pénétration, il est nécessaire de montrer son importance lors de fellation. En effet, le risque de transmission du VIH est certes plus faible, mais la contamination est possible par la présence de liquide pré-éjaculatoire ou de sperme dans la cavité buccale. Il en est de même pour d'autres d'IST qui peuvent donc être transmises lors de cet acte sexuel. Peu de gens ont le réflexe d'utiliser un préservatif dans ce cas, mais il est indispensable. Des préservatifs à différents goûts peuvent être utilisés dans ces moments intimes.

Il existe de nombreux lieux de vente de préservatifs, dont les pharmacies, ou encore les supermarchés, les bureaux de tabacs. Ils doivent être visibles et largement disponibles.
Plusieurs obstacles font néanmoins obstacle à la diffusion de leur utilisation :

- Des obstacles économiques, pour les plus jeunes et les plus démunis
- Des obstacles psychologiques : tabou chez certaines « populations », ressenti comme un intrus dans une relation
- Des obstacles sociaux : difficultés d'accès dans certains milieux, manque de confidentialité pour leur accès

Cette barrière mécanique contre les IST est souvent aujourd'hui apparentée à un « tue l'amour » et tend à être volontairement oubliée. Cet oubli peut parfois n'avoir aucune conséquence, mais peut aussi donner un sens différent à notre vie : la séropositivité à une IST ou au VIH n'étant

pas toujours visible. Il n'est donc pas négligeable que nous rappelions l'importance de son utilité au comptoir.

1.2 Les préservatifs féminins

Ils sont moins connus mais se développent de plus en plus. S'ils sont bien utilisés, ils sont un outil efficace pour diminuer le risque d'IST.
Ils sont composés d'une feuille de polyuréthane lubrifiée, avec un anneau interne et externe, demandant une insertion vaginale pour son utilisation. C'est ce mode d'utilisation, très peu répandu et qui demande une certaine maitrise, qui peut être un frein vis à vis de la population.
Il peut être placé plusieurs heures avant le rapport si nécessaire sans que cela n'altère son efficacité.
On peut trouver des préservatifs féminins en pharmacies. Mais son coût élevé (environ 8,70€ pour 3 à 5 préservatifs) en limite son utilisation. Il est cependant possible d'en obtenir gratuitement dans des associations ou encore dans les CEGIDD. (38)
Son intérêt est une alternative à l'utilisation des préservatifs masculins lorsqu'il n'y en a pas de disponible et permet aussi de responsabiliser les femmes à la détention elles aussi de préservatifs.

1.3 La digue dentaire

C'est un carré de latex de 15 cm de côté pouvant être utilisé lors de préliminaires, lors de pratiques oro-génitales ou oro-anales.
Elles sont difficiles à trouver, y compris en pharmacie car très peu connues. Leur prix est encore une fois un obstacle à son utilisation pour une moyenne de 15-20€ pour 8 digues dentaires.

1.4 Les moyens inefficaces (39)

Il est important de notifier aux patients que contrairement à certaines idées reçues conseillées parfois par un proche, les moyens efficaces pour lutter contre la contamination des IST sont celles évoquées précédemment uniquement.
Les spermicides vaginaux ou les microbicides, qui sont des substances qui détruisent ou rendent respectivement inactifs les spermatozoïdes ou les microbes, peuvent parfois être conseillés pour se protéger des IST. De même, des gels vaginaux contenant des inhibiteurs d'entrée du VIH ou un antirétroviral, le Ténofovir, peuvent être suggérés. Bien que les résultats soient

encourageants, ces moyens ne sont aujourd'hui pas recommandés, le préservatif restant le seul vrai rempart. Il est évident que l'éponge spermicide se basant sur le même principe que les spermicides vaginaux n'est pas non plus recommandée comme moyen de prévention.
Certaines personnes pensent à tort que contraception rime avec absence d'IST. C'est pour cela que de plus en plus de personnes utilisent une méthode datant de plusieurs siècles : le retrait ou coït interrompu. Cette méthode utilisée afin d'éviter une grossesse non désirée tend à faire oublier le risque réel de contracter une IST lors d'un rapport non protégé. Il est en effet parfois pensé que les IST se transmettent uniquement lors de l'éjaculation. De ce fait, ceux pratiquant cette méthode se pensent éloigner de tout risque de contamination.
Chez les HSH, l'utilisation du préservatif est malheureusement peu fréquente. L'étude ANRS – COM'TEST a montré que plus d'un tiers des HSH qui y ont participé n'utilisait pas de préservatif pour des rapports anaux avec des partenaires occasionnels séropositifs ou de statut inconnu. (40)La méthode de retrait est utilisé par eux pour éviter le contact avec le sperme plus contaminant. Des méthodes que l'on pourrait classer à risques sont pratiquées chez les HSH. Ce sont des comportements dit séro-adaptatifs. Il existe ce que la communauté homosexuelle masculine appelle le serosorting et le positioning. Le serosorting est le choix de la pratique sexuelle en fonction du statut sérologique connu ou perçu du partenaire (ou inversement, le choix du partenaire en fonction de la pratique souhaitée) ; le positioning est le choix du rôle insertif ou réceptif pour la pénétration anale en fonction du statut sérologique connu ou perçu du partenaire. Il est évident que ces pratiques ne relèvent en aucun cas de la prévention.
De la même manière, chez les hétérosexuels, les moyens de contraception divers ne protègent pas. La pilule contraceptive, le stérilet hormonal ou non, les implants contraceptifs ou encore l'hystérectomie ne sont pas un moyen de prévention contre les IST.
Mettre en garde contre l'inefficacité de ces méthodes au comptoir est essentiel afin de corriger de fausses croyances et de faire adopter un comportement sexuel à moindre risque.

1.5 Développement du remboursement

La difficulté d'accès aux préservatifs masculins, et donc à la prévention est un sujet dont la ministre de la santé Agnès Buzyn a décidé de s'occuper. Pour cela, elle a mis en place le remboursement d'un préservatif externe. (41)
Depuis le 10 décembre 2018, un préservatif peut être pris en charge par l'Assurance maladie. EDEN est donc le premier préservatif à être remboursé à 60% dans la prévention de 8 IST (VIH, HSV-2, HPV, VHB, Syphilis, Chlamydia, Gonorrhée, Trichomonas), dans la population générale âgée de plus de 15 ans.

C'est à la suite de la publication au Journal officiel du 27 novembre 2018 d'un arrêté ministériel portant sur l'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de ce dispositif médical que le remboursement a été révélé.

Aujourd'hui en pharmacie, il est possible de se faire délivrer EDEN, commercialisé en taille classique par boîte de 6, 12, ou 24, ainsi qu'en taille XL disponible en boîte de 6 ou 12. Pour en bénéficier, il faut fournir une prescription médicale réalisée par un médecin ou une sage-femme. (42)

Cette mise en place de remboursement est une avancée sociale mais aussi médicale importante permettant d'agrandir l'accès à la prévention à de nombreuses personnes. Cependant, sur le terrain, trop peu de délivrances sont réalisées. Il est donc évident qu'il existe un manque de communication important envers la population sur les possibilités de prévention à moindre coût disponibles en France.

Pourtant, de nombreuses campagnes sont mises en place en France depuis plusieurs années maintenant et se développent chaque année à travers des publicités, des formations, des événements publics…

1.6 La PrEP (43)

1.1.1 Définition

PrEP est l'acronyme de pre-exposure prophylaxis, en français : prophylaxie pré-exposition.

Prophylaxie : Prévention de l'infection

Pré : Avant

Exposition : contact avec le VIH

C'est une méthode de prévention récente, remboursée, qui consiste à faire prendre un médicament contre le VIH à une personne séronégative pendant une période d'exposition à risque. La PrEP permet à des personnes à haut risque de contracter le VIH de se protéger et ainsi de prévenir la contamination.

C'est un outil complémentaire aux moyens de prévention disponibles vus précédemment. (44)

L'OMS recommande son utilisation à la suite d'essais réalisés qui ont confirmé son efficacité. (45) En effet, il a été montré par ces derniers (Iprex Ole aux États-Unis, Proud au Royaume Unis, Partners Prep au Kenya..) que si le schéma de prise est correctement respecté, le risque de contamination est infime.

La seule spécialité autorisée et délivrée pour la PrEP en France est composée de 2 antirétroviraux : Ténofovir et Emtricitabine connue sous le nom de TRUVADA® (et son générique).

1.1.2 Quels patients peuvent en bénéficier ?

Pour bénéficier de la PrEP, il est nécessaire de consulter un médecin spécialiste dans un service d'infectiologie à l'hôpital ou dans un CeGIDD. Il déterminera si la prise de ce traitement est possible, sous certaines conditions. Il vérifiera l'absence de primo infection, de séropositivité au VIH ou à une autre IST, ainsi que tout autre modification physiologique pouvant entraîner une contre-indication au traitement (grossesse, troubles rénaux…). La prescription s'effectuera avec l'accord du médecin si toutes les conditions sont réunies.

La PrEP est recommandée chez le patient adulte et adolescent de plus de 15 ans exposé à un risque élevé de contracter le VIH, notamment :

- Les HSH ou les personnes transgenres avec au moins un des critères suivants :
    - Avoir eu des rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires différents les 6 derniers mois
    - Avoir contracté des IST dans les 12 mois précédents
    - Avoir eu recours à un traitement post exposition au VIH dans les 12 mois précédents
    - Usage de drogues injectables lors de rapports sexuels

Les situations sont jugées au cas par cas selon les situations suivantes :

- Les usagers de drogues injectables avec échange de seringues
- Les personnes travaillant dans la prostitution ayant des rapports sexuels sans préservatif
- Les personnes originaires de régions à forte prévalence

Une surveillance clinique et biologique s'impose une fois par trimestre pour vérifier la sérologie VIH, des autres IST ainsi que la fonction rénale. C'est durant ce rendez-vous que l'ordonnance pourra être renouvelée par un médecin spécialiste ou généraliste.

1.1.3 En pratique : quels conseils donner ? (46)

En France, il existe deux schémas thérapeutiques relatifs à la prise de Truvada® dans le cadre de la PrEP.

- La prise continue

La posologie est un comprimé par jour. Sa prise doit se faire pendant les repas de préférence afin de faciliter l'absorption du médicament et limiter ses effets indésirables digestifs, à heure fixe afin de mettre en place une « routine » chez le patient, et ainsi favoriser l'observance.

Attention : si la prise est oubliée ou décalée, la protection contre le VIH n'est plus assurée.

- À la demande

Ce schéma ne peut être envisagé que pour les HSH et les personnes transgenres n'ayant pas de rapport vaginal réceptif. Il nécessite de prévoir la survenue du rapport plusieurs heures à l'avance. Il se compose de 3 prises :

- Prendre 2 comprimés en même temps 2 à 24h avant le rapport
- Prendre 1 comprimé 24h après la première prise (à plus ou moins 2h près)
- Prendre 1 comprimé 24h après la deuxième prise (à plus ou moins 2h près)

Le patient bénéficie d'une liberté totale de prise lui permettant de se protéger selon sa volonté, d'éviter un traitement chronique et de pouvoir l'arrêter en l'absence de rapports sexuels sur une durée prolongée.

Il peut être nécessaire de rappeler au patient qu'en cas de voyage avec décalage horaire, l'heure de prise doit être adaptée s'il souhaite la prendre à l'heure de prise française. Ceci peut être anticipé plusieurs jours avant le départ en décalant chaque jour la prise d'une heure ou deux.

Comme la plupart des médicaments, la PrEP peut occasionner des effets indésirables. En début de traitement, il est possible d'avoir des troubles gastriques (diarrhée), des céphalées, ou de perdre du poids. Le patient doit être rassurer, ces effets se dissipant après 4 à 8 semaines de traitement. En revanche, des problèmes rénaux ou osseux, plus rares mais plus graves, souvent réversibles doivent nécessiter un arrêt du traitement.

Il est déconseillé d'associer des anti-inflammatoires non stéroïdiens avec la PrEP, ces derniers pouvant majorer la toxicité rénale. Le pharmacien se doit de rappeler que la surveillance de la fonction rénale n'est pas anodine dans la prise en charge de ce traitement.

L'utilisateur doit avoir conscience que ce traitement ne protège en rien contre les autres IST et ne remplace pas les préservatifs.

2. L'État : rôle majeur dans la prévention

L'état est le premier acteur de la prévention nationale. C'est en effet son rôle de garantir une qualité de vie saine à la population et d'assurer au maximum la prévention de la maladie. Il dispose et utilise les ressources nécessaires pour mettre en place des plans de prévention. Cette prévention passe par l'éducation. Il est nécessaire d'éduquer et d'instruire la population face à ces IST et au VIH. Nous allons voir par quels moyens l'état tente d'éduquer la population et de la sensibiliser à ces maladies.

Outre l'état, de nombreuses associations sont apparues pour lutter contre l'augmentation des IST et du VIH. Ces associations, petites comme grandes, peuvent parfois avoir un impact aussi

important que les événements organisés par l'état. Ils travaillent aujourd'hui conjointement pour lutter ensemble.

1.1 Par les campagnes et l'accessibilité à l'information

Pour toucher la population, il est nécessaire de passer par la communication. Pour cela, plusieurs moyens sont possibles.

Les publicités sont présentes tout autour de nous. Depuis des années, nous en retrouvons dans les magazines, les journaux, les panneaux publicitaires prévus à cet effet, les arrêts de bus, la télévision, et aujourd'hui les réseaux sociaux.

C'est à travers ce moyen de communication que l'état et de nombreuses associations tentent depuis plusieurs années de sensibiliser la population. Cela permet de faire passer un message de manière brève, concise, visible de tous, et de ce fait, touchant toutes les classes sociales.

1.1.1 Agence nationale de santé publique

L'agence nationale de santé publique qui succède à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est un établissement public administratif français placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. Créée le 1er mai 2016, elle participe de manière active à la prévention par la publicité. Elle a pour mission de prévenir les comportements et les consommations à risques à travers la conception et la mise en œuvre d'actions favorables à la santé ou la promotion de dispositifs de prévention. (47)

De nombreuses campagnes, des « spots » publicitaires, sont organisés et diffusés chaque année, et ce depuis plusieurs années. On distingue ces campagnes officielles par la présence de logos représentant l'état présent en bas des affiches. (48)

Les dernières campagnes récentes sont :

- En 2015 : c'est la promotion du dépistage des IST et du VIH qui a été retenue. Le message était « Se faire dépister, c'est prendre soin de son avenir ». Le but était donc, non pas de pointer du doigt les comportements à risque, mais de prendre conscience que le dépistage s'inscrit dans la perspective d'un avenir serein. Elle avait pour but de montrer toutes les situations de la vie quotidienne qui étaient des occasions pour se faire dépister. Le message a été diffusé sur plusieurs supports : la télévision avec des spots de quelques secondes, d'affiches et le web. (49) (Annexe 1)
- Du 30 novembre au 20 décembre 2017 : elle concernait les différents modes de dépistages disponibles en France afin de les faire connaître et les valoriser. Santé publique France a en effet identifié un manque de connaissance au sujet des possibilités de dépistage et surtout un taux trop faible de personnes dépistées. C'est à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida que celle-ci a été lancé. (50)(Annexe 2)
- Du 18 juillet au 17 août 2018 : les IST de manière générale étaient concernées. La forte présence des IST dans la population des 15-24 ans a eu raison de cette campagne au début de l'été, essayant ainsi de prévenir des contaminations à une période qui se veut plus légère. Nommée « Un préservatif ça peut te sauver la vie. Gardes-en toujours un sur toi » cette dernière s'est vu être essentiellement digitale en se déclinant par des vidéos éducatives ou des post créatifs relayés sur Facebook ou encore Instagram. Son but était de faire du préservatif un accessoire indispensable au quotidien, de faire comprendre son importance. (51)

Leur travail se présente sous la forme d'affichage publicitaires, de spots diffusés sur les grandes chaînes de télévisions, en digital sur les réseaux sociaux, ou encore sous forme de courtes vidéos éducatives disponibles sur des sites web d'hébergement de vidéos.

Sur la plupart des publicités faites par le ministère de la Santé, nous pouvons lire « Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.info-ist.fr ». La population est donc encouragée à le visiter.

1.1.2 Info-ist.fr

Ce site internet sur lequel la population est renvoyée lors les campagnes de prévention est un site internet conçu sous l'égide de Santé publique France. Il est donc régi par l'état lui aussi.

Ce site, plus spécifique des IST, est une plateforme sur laquelle les principales infections pouvant être transmisses sexuellement sont expliquées, avec des termes simples. On y retrouve 6 onglets :

- Tout savoir sur les IST : où un récapitulatif succin des IST est fait
- La chlamydiose : cet onglet complet lui est concerné afin d'appuyer sur cette maladie silencieuse et en expansion chez les jeunes
- La prévention : l'importance de la prévention y est expliquée ainsi que les différents moyens possibles pour se protéger
- Les dépistages : les différentes structures permettant un dépistage y sont énoncées ainsi que l'explication du déroulement du dépistage afin de rassurer la population et ainsi les encourager. Afin de trouver le centre le plus proche, le site sida-info-service.org ainsi qu'un numéro de téléphone est communiqué
- Nos conseils : des conseils simples incitant la population à se faire dépister et soigner y sont donnés
- Des questions ? : on retrouve les lignes d'informations et d'écoute ainsi que les liens des sites internet de sida-info-service ainsi que hepatite-info-service.

Organisé de façon ludique, il regroupe la majorité des informations importantes basiques à connaître afin de se protéger au maximum.

1.1.3 Sida info service

Ce site internet sur lequel est renvoyé la population afin d'avoir des informations complémentaires est en réalité une association française créée le 23 octobre 1990 par l'Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS) en partenariat avec AIDS, une association de malades. L'AFLS, créée en 1989 par le gouvernement avait pour but de coordonner la prévention du VIH. Sida info service se retrouve être un partenaire entre les politiques et AIDS et joue alors un rôle important dans l'interaction de la santé publique et de la santé communautaire. (52)

Il y est mis à disposition plusieurs lignes téléphoniques ainsi que de nombreux articles se renouvelant régulièrement afin d'obtenir des renseignements sur les questions relatives au IST, VIH, mais aussi sur des questions liées à l'orientation sexuelle et d'identité de genre.

On y retrouve donc un onglet permettant de s'informer par différents moyens possibles : par téléphone, par livechat, par e-mail, sur le forum du site, ou encore par podcasts.

Une carte de France est disponible afin de trouver le centre le plus proche de chez nous pour obtenir l'aide ou les réponses nécessaires. (53)

Tout est donc mis en place pour répondre un maximum aux questions que toute personne pourrait se poser, pour sensibiliser à la prévention, et surtout pour faciliter un échange avec la population et établir un lien de confiance.

3. L'importance des associations

Il existe une quantité importante d'associations en France qui prennent part à la prévention et sans lesquelles la sensibilisation au public ne serait certainement pas la même.
Certaines peuvent avoir un impact national en se faisant connaître par des actions massives et en s'entourant de personnalités souhaitant les aider à faire passer leur message. Aujourd'hui ces associations ont une part importante dans la relation que la population a avec les IST ainsi que dans leurs connaissances du sujet.

- Sidaction

Créée en 1994, Sidaction est une association de lutte contre le VIH/Sida. Plus connu comme un événement télévisuel annuel, son but est de collecter de l'argent afin de soutenir et financer la recherche contre le VIH ainsi que des associations d'aide aux malades et à la prévention. Cette association a su s'imposer et est aujourd'hui une des plus connues en France mais aussi au niveau international.
Composée d'un comité scientifique et médical, associatif et international, Sidaction organise des actions dans toute la France pour éduquer, sensibiliser et prendre part sur le terrain à la prévention.
Leur site internet : sidaction.org structuré de manière concise présente six onglets :

- L'association ;
- Le VIH/Sida ;
- Nos actions ;
- Nos événements ;
- Nous soutenir ;
- Faire un don.

On y trouve l'origine de l'association et son histoire, les actions futures partout en France, mais aussi un explicatif sur la pathologie permettant d'acquérir des connaissances pour mieux se protéger. Une transparence totale sur l'argent récolté et les différents investissements sont détaillés dans des rapports d'activités, de gestion, et du commissaire aux comptes depuis 2010. C'est ainsi qu'en 2018, le public a permis de récolter 11,2 M€ permettant une partie du financement de la recherche en France de l'ordre de plus de 2,3 M€, un soutien à l'international comme en Afrique avec plus de 1,8M€, ou encore une aide conséquente pour les associations françaises avec plus de 2,5M€. (54)
Aujourd'hui Sidaction travaille main dans la main avec l'État pour la prévention. Sans elle, il est évident que la recherche, la prise en charge des malades et cette prévention serait différente.

- Et les autres ?

La majorité des associations indépendantes connues ont pour intérêt le VIH principalement. AIDES, par exemple, joue un rôle dans l'amélioration de la place des maladies dans le système français, des droits des personnes séropositives dans la société et dans la lutte contre leur discrimination. (55) Des campagnes nationales de sensibilisation sont faites régulièrement, dont la dernière « Donnez plus qu'un avis » lancée le 1er décembre 2019 a pour but de rappeler l'importance du dépistage dans la lutte contre le VIH. (56)

Les organisations peuvent avoir un impact fort et jouer un rôle déterminant dans la santé publique comme nous avons vu précédemment. Il ne faut cependant pas oublier les autres IST dont la prévalence augmente chaque année. Il est nécessaire de les faire connaître pour prévenir la population.

La Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle FF3S se mobilisent dans des grands sujets dont les IST. Elle contribue à la prévention, au dépistage, et à l'accompagnement des personnes souvent de maladies chroniques sur le plan psycho affectif. Par la mise de place de campagnes d'informations et de formations auprès des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, elle participe à la santé sexuelle et à la santé publique. (57)

Mais trop peu d'associations prennent part au combat contre les IST au niveau national. La population n'a donc pas connaissance de leurs existences et de leurs conséquences et ne peut pas s'en protéger comme il se doit. Il est de plus en plus courant de voir info ist les introduire dans les campagnes contre le VIH sur qui toute la lumière était mise.

Sensibiliser les personnes le plus tôt possible est essentiel pour éviter les comportements à risques. Les formations sur l'éducation sexuelle au niveau scolaire ont une importance capitale dans ce domaine.

4. Formation dans les écoles (58) (59)

La formation et l'éducation à la sexualité en milieu scolaire participe à acquérir un comportement responsable et au respect des autres et de soi.

Au collège et au lycée, trois séances d'éducation doivent être réalisées chaque année à la demande de l'éducation nationale. Les séances sont adaptées à chaque niveau de classe et sont réalisées par des volontaires formés (professeurs, infirmiers…) ou par des personnes extérieures liées à l'académie.

La prévention des IST fait partie intégrante de cette formation. Elle permet d'énoncer aux élèves les différentes IST existantes, possibilités existantes pour se protéger, et informer sur la contraception et la contraception d'urgence.
Mais malheureusement, ces trois séances annuelles ne sont pas toujours effectuées par les établissements. En effet, l'article réalisé en 2014 par Julie Trichet démontre une disparité des séances selon le type d'établissement (général, professionnel, privé ou public) et le niveau de classe. Sur les 26 établissements de son étude, 1 seul a atteint 2h15 de formation minimum pour chaque classe de chaque niveau.
On observe donc une diminution de l'éducation sexuelle dans les écoles. Ces interventions sont pourtant à favoriser car elles permettent de former des élèves de tous milieux et ce dès le plus jeune âge afin de leur donner les connaissances nécessaires pour éviter une prise de risque ou savoir comment y réagir.

II. L'accessibilité au dépistage

Ce que la prévention essaye de faire comprendre par la mise en œuvre tout au long de l'année de différentes actions est l'importance du dépistage. Plus un dépistage se fera tôt, plus le diagnostic sera précoce et permettra une prise en charge meilleure et adaptée à la personne. Mais il permettra aussi une diminution du risque de transmission dans le but de réduire le nombre de contamination par les IST par an.
Le plan de lutte contre le VIH/Sida de 2010-2014 a annoncé des changements en termes de politique de dépistage. Ce dernier n'était jusqu'alors recommandé qu'au moins une fois pour toutes les personnes de 15 à 70 ans, et devait être renouvelé annuellement auprès de certaines populations à risque (HSH, toxicomanes injecteurs). Désormais, « la HAS recommande d'effectuer un dépistage en routine pour toute personne, ainsi qu'à le renouveler régulièrement pour les populations à risque (contre une fois par an au préalable). De plus, l'extension de l'offre de dépistage est un sujet important de ce plan, afin de permettre à un plus grand nombre de personnes de se faire dépister de manière simple et rapide » (7). Ces mesures de dépistages prises sont valables pour n'importe quelle IST.
Pour cela, de nombreuses structures sont mises en place partout en France et une progression significative de l'accès au dépistage aux personnes les plus démunies est en développement.
Aujourd'hui, le dépistage peut s'effectuer dans des laboratoires d'analyses médicales publics ou privés, les hôpitaux, des centres gratuits d'informations et de diagnostiques, dans les centres de planification ou d'éducation familiale, mais aussi dans les centres de protection maternelle et infantile ou encore dans les associations. (60)Cependant, bien que l'offre de dépistage ne

cesse de se développer, le patient n'est pas toujours informé sur ses possibilités et ne sait pas toujours où se rendre. Il est donc nécessaire de connaître quelques structures afin d'orienter au mieux le patient.

1. Les CeGIDD Centres gratuits, d'information, de dépistage et de diagnotics

1.1 Qu'est ce qu'un CeGGID ?

Face à l'augmentation des cas de VIH ainsi que d'IST dans les années 1980, des centres sont créés afin d'offrir une structure d'accueil, d'information, de dépistage et d'orientation dans chaque département. Ils sont financés soit par l'Assurance maladie soit par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général pour les consultations hospitalières. Les principales cibles de ces centres sont le VIH et les hépatites. C'est ainsi qu'en 1988 naissent les CDAG, Consultations de dépistage anonyme et gratuit. (61)

En 2004, des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles appelés CIDDIST voient le jour. Ils remplacent les centres antivénériens mis en place au début des années 1980 et financés par l'État. Leurs missions sont d'assurer les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitements des IST à titre gratuit et de manière anonyme. Celles-ci peuvent alors être exercées par des établissements ou organismes habilités soit par une collectivité territoriale ayant reçu pour cela une délégation dans le cadre d'une convention avec l'État. Dans tous les cas, le but est de couvrir au mieux les besoins de la population. (62)

Ces structures ont permis de faciliter le dépistage volontaire et anonyme, et représentait en 2015 8% des dépistages réalisés en France. Cependant, la multiplicité de ces structures n'était pas très lisible aux yeux de la population. C'est pourquoi en 2015, la fusion de ces structures a été recommandé et pris effet le 1er Janvier 2016.

Ils fusionnent alors et cèdent la place à un nouveau type de structure : les Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles appelés CeGIDD. Leur financement devient unique par l'assurance maladie, simplifiant désormais sa gestion et son suivi (63) et rend ainsi le dépistage accessible et gratuit à toute personne le désirant.

Leurs missions sont celles déjà existantes des CDAG-CIDDIST, mais s'élargissent désormais (64):

- Dépistage gratuit du VIH, des hépatites virales et des IST. En cas de test positif au VIH ou aux hépatites, le CeGIDD orientera la personne vers le service de soins approprié.
- Les IST quant à elles seront traitées gratuitement sur place, sauf pour les cas nécessitant une prise en charge plus spécialisée.
- Les tests pourront être anonymes ou nominatifs, au choix de l'usager.
- Prescription, et éventuellement délivrance, de contraception et de contraception d'urgence (pilule du lendemain) y est possible. Ce service est gratuit mais n'est pas anonyme
- Vaccination contre les hépatites A et B et contre le Papillomavirus responsable de cancers du col de l'utérus. Ce service est gratuit mais n'est pas anonyme
- Prise en charge et suivi médical des accidents d'exposition au VIH ou à l'hépatite B : soit le CeGIDD assure directement cette prise en charge, qui n'était alors possible que dans un service d'infectiologie et aux urgences, soit il accueille les personnes pour les informer, les rassurer et les orienter pour le traitement.
- Consultation psychologique afin de poser des questions à un spécialiste si l'inquiétude est importante
- Consultation sociale par une assistante sociale
- Distribution de matériel de prévention (préservatifs)

L'accès à la prévention et au dépistage se voit encore plus simplifié. Mais la difficulté de faire connaître ces centres par la population est bien réelle.

1.2 Où les trouver ?

À la suite de la restructuration des centres de dépistages en 2016, il était annoncé qu'il y aurait au moins un CeGIDD par département ouvert au minimum 4 demi-journées par semaine avec une consultation possible en fin de journée ou le samedi.

Aujourd'hui, il existe 355 CeGIDD répartis sur l'ensemble du territoire. Dans les grandes villes de France comme Paris, Marseille, ou encore Lyon, plusieurs centres sont à disposition. En revanche, certaines zones restent oubliées puisque certains départements ne comptent qu'un seul centre de dépistage comme les départements de Lozère, Ariège, Hautes-Pyrénées, ou encore les Vosges.

Pour savoir où les trouver, sida-info-service propose un service de localisation. Un « annuaire d'orientation » est disponible sur le site internet. Il suffit pour cela de renseigner la ville, la région ou le numéro de département. Les adresses ainsi que les horaires des centres sont alors

indiqués sur une carte interactive. Pour faciliter l'accès, il est indiqué comment s'y rendre grâce aux moyens de transports dont dispose la ville.
À Marseille, il existe trois centres, répartis dans trois quartiers différents, éloignés les uns des autres. Cela permet de couvrir une grande partie de la ville et faciliter l'accès selon l'arrondissement habité. (65)Mais ces CeGIDD restent situés dans le cœur de Marseille, et aucun n'est présent dans les quartiers dits sensibles comme les quartiers Nord du 15e arrondissement. Ces quartiers éloignés du centre et avec une difficulté d'y accéder ne peuvent donc que difficilement avoir accès à ces structures.

1.3 Déroulement du dépistage en CeGIDD (66)

Une notion importante pour la personne désirant se faire dépister est l'anonymat. Le dépistage, et donc la possibilité d'une infection, peut être vécu selon la personne comme un moment de « gêne » voir « honteux ». Il est important d'informer le patient que son nom, sa date de naissance ainsi que son adresse ne lui seront pas demandés. Un numéro est attribué à chaque personne, et c'est par le biais de ce dernier que se feront la consultation et les examens.
Un entretien est effectué avec un médecin avec lequel il est possible de discuter des risques pris, mais aussi de toutes questions concernant les IST et le VIH.
Selon le temps écoulé à la suite de la ou des prises de risques, le patient sera redirigé vers un médecin spécialiste ou des tests par prélèvement sanguin, vaginal ou urinaire seront effectués au sein du CeGIDD. Il n'y a pour ces tests aucune nécessité d'être à jeun.
Pour le dépistage du VIH, la pratique du TROD sera utilisée, les résultats seront donnés quelques minutes après la réalisation de l'examen. Pour les autres IST, les résultats seront à venir chercher quelques jours plus tard, toujours à l'aide du numéro attribué à l'admission au centre. Selon les résultats, un traitement adéquat sera mis en place par le médecin directement au CeGIDD, ou le patient sera dirigé vers un spécialiste.
Dans certains centres, un(e) assistant(e) sociale ainsi qu'un(e) psychologue sont disponibles pour accompagner les patients.

2. Laboratoires

Le dépistage en laboratoire est sûrement un des plus connus. Mais cela ne le rend en rien facile d'accès. En effet, pour que le test soit remboursé à 100% par l'Assurance Maladie en laboratoire, il est nécessaire que ce dernier soit effectué sur prescription médicale. Tous les médecins peuvent prescrire un dépistage d'IST ou de VIH. Mais cela implique une consultation

au préalable chez ce dernier, qui peut avoir lieu plusieurs jours ou semaines après la prise de rendez-vous. Plusieurs étapes qui peuvent, par le chemin à parcourir pour bénéficier réellement du dépistage, freiner voire décourager le patient.
Depuis le 1er Juillet 2019 et jusqu'au 30 Juin 2020, l'Assurance Maladie met en place une nouvelle offre de dépistage pour le VIH. Un dépistage sans frais, sans ordonnance et sans rendez-vous est possible dans les laboratoires d'analyses médicales de Paris et de Nice. Sur simple demande, le dépistage classique par prise de sang sera réalisé. Le but étant de faciliter un peu plus l'accès au dépistage, pour ainsi inciter la population à se faire contrôler. L'objectif de cette expérimentation qui pourrait devenir permanente est de réduire à zéro le nombre de nouvelle infection par le VIH à partir de 2030 dans la région de Paris. (67)

3. Les hôpitaux

La majorité des hôpitaux dispose aujourd'hui des moyens nécessaires pour effectuer un dépistage IST.
Selon la prise de risque, avérée ou non, les symptômes, ou encore le délai entre la potentielle contamination et l'instant où le patient en fait part aux pharmaciens, il peut être nécessaire de le diriger vers une structure comportant un service adapté à sa prise en charge.
Selon l'IST concernée, et si la prise de risque date de moins de 72h le pharmacien doit orienter le patient vers un service d'infectiologie afin de lui faire bénéficier des soins nécessaires.
Il est en effet possible dans le cas du VIH de bénéficier d'une prophylaxie ou traitement post exposition pour prévenir l'infection et si c'est le cas, tenter de contrôler et limiter sa prolifération dans l'organisme. Ce traitement, qui doit être pris dans les 4 à 48h après la prise de risque au plus tard, consiste à prendre des antirétroviraux pendant 28 jours avec un suivi médical. Le médecin effectuera les tests nécessaires à la confirmation du diagnostic dans les délais qu'il estime approprié. (68)
Dans le cas des autres IST, le traitement correspondant pourra être dispensé. Des examens de dépistage seront effectués pour confirmer ou non le diagnostic.

4. Autotest

1.1 Principe

Les autotests sont des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. Ils sont utilisés par la population à son domicile dans le but de détecter un marqueur biologique afin d'orienter sur un

état physiologique ou pathologique. Grâce à une analyse de quelques minutes d'un échantillon biologique (sang, urine), l'autotest va éclairer le patient dans le diagnostic d'une éventuelle maladie, ou permettre d'adapter son traitement.
Ces tests orientent sur un diagnostic, ils n'excluent en aucun cas les examens de biologie médicale effectués en laboratoire et doivent être confirmés par ces derniers.

Leur fonctionnement est simple et identique pour tous. Il se base sur la technique d'immunochromatographie. Le liquide biologique, pouvant être une goutte de sang capillaire obtenu après une piqûre au bout du doigt, de l'urine, ou du fluide gingival, est déposé sur la bandelette conçue pour cet effet par le patient. À la suite d'une réaction antigène du patient – anticorps spécifique basée sur la méthode ELISA, les complexes formés vont migrer le long de la bandelette par capillarité et être mis en évidence par un complexe coloré ou non.

Pour être disponible en pharmacie, il est nécessaire qu'ils soient conformes à la réglementation européenne indiquée par le logo CE présent sur l'emballage du produit. Ces autotests (à l'exception des tests de grossesses et ovulation) sont soumis au monopole pharmaceutique de par leur spécificité et leur nécessité de recevoir le conseil d'un professionnel lors de leur dispensation. (69)

1.2 Pour les IST

Toujours dans ce souci d'étendre le dépistage et de diminuer la prévalence des infections sexuellement transmissibles, l'auto prélèvement est aujourd'hui promu. Le but est de trouver une alternative aux tests classiques pendant lesquels l'exposition intime du corps lors les prélèvements peut dissuader le patient.
Il existe aujourd'hui des autotests pour détecter *Chlamydia trachomatis*, mais ils ne sont pas recommandés par la HAS de par leur manque de performance. (70)

1.3 Autotest VIH et TROD

1.1.1. Définition

Les autotests VIH et les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique appelés TROD ont pour objectif d'atteindre une population qui ne se fait pas ou peu dépister pour diverses raisons. Leur but étant de déterminer s'il y a eu ou non contact avec le VIH à la suite d'une exposition datant de plus de 3 mois. Cet élément d'orientation diagnostique ne se substitue pas au diagnostic fait

en laboratoire de biologie médicale, effectué par la suite pour confirmer le statut sérologique du patient.

Ces tests sont basés sur le même principe mais sont différents par leur réalisation. Les autotests sont réalisés par le sujet lui-même après l'achat en pharmacie, alors que les TROD sont réalisés dans des structures spécifiques par des professionnels de santé. L'obtention des résultats est rapide, leur fonctionnement simple, ce qui engendre une bonne acceptabilité par la population.

1.1.2. Principe

Le principe repose donc comme vu précédemment sur l'immunochromatographie. Dans le cas du VIH, cela va permettre de détecter des anticorps anti VIH-1 et anti VIH-2. L'échantillon prélevé, potentiellement porteur d'anticorps anti VIH, va être déposé sur la bandelette. Les anticorps présents vont migrer et rencontrer des protéines couplées d'or colloïdal pour former des complexes. Ces derniers vont continuer à migrer pour être arrêtés par une ligne d'antigènes spécifiques du VIH où se fixeront les anticorps anti VIH présents dans l'échantillon s'il y en a, ce qui constituera la ligne du test. Une deuxième ligne constituée d'anticorps anti-anti corps humains fixeront eux tous les autres anticorps humains présents dans l'échantillon, constituant la ligne de contrôle.

Dès fixation des complexes sur une des lignes, une coloration rouge apparaît grâce aux nanoparticules d'or. Si la réaction est négative, la première bande n'apparaît pas. La présence de deux bandes évoque donc la positivité du test.

La présence de la seconde bande est importante puisqu'elle permet de contrôler le bon fonctionnement du test et doit toujours être présente. (71)

1.1.3. Conseils

Il est du rôle du pharmacien de poser les questions adéquates afin de récolter les réponses qui lui permettront de déterminer si la vente d'un autotest est adaptée ou non à la personne. Il est possible que certaines personnes puissent en demander mais n'être pas éligible à son utilisation à savoir s'il y a eu :

- Prise de risque sexuelle la veille
- Accident d'exposition au sang
- Contrôle simple de son statut sérologique
- Confirmer un test réalisé précédemment

La fenêtre de séroconversion des trois mois entre une exposition potentielle et la réalisation du test est indispensable à sa délivrance, sans quoi le test effectué ne serait pas valable.

(72)Lors de la délivrance, il est nécessaire d'évoquer les éléments contenus dans chaque boite d'autotest, la majorité des éléments présents étant inconnue pour les personnes hors domaine de la santé. Chaque kit de dépistage contient :

- Une notice d'utilisation illustrée
- Un autopiqueur pour obtenir la goutte de sang nécessaire à la réalisation du test
- Un autotest avec dispositif de prélèvement intégré permettant le dépistage des anti corps anti VIH-1 et anti VIH-2
- Un pansement

Le résultat s'affiche en une quinzaine de minutes après la réalisation du test.

C'est au pharmacien de dispenser les conseils nécessaires à la bonne réalisation de l'autotest. L'explication du fonctionnement du kit est indispensable. Il peut être intéressant pour cela, de disposer au sein de l'officine d'un test de démonstration, afin de lui montrer les modalités pratiques et ainsi lui faire refaire les gestes pour s'assurer de sa compréhension. Ces explications peuvent se faire dans un espace éloigné du comptoir, plus intime, afin de respecter la confidentialité du patient.

Il est conseillé de donner une marche à suivre afin de guider le patient avant la réalisation du test :

- Lire attentivement la notice du test acheté
- Se munir d'un minuteur, n'étant pas fourni dans le kit
- Contrôler la présence de tous les éléments par rapport à la liste fournie dans le kit
- Se laver les mains avec du savon avant de réaliser le test
- Se piquer dans le doigt gauche pour un droitier, dans le doigt droit pour un gaucher

L'autopiqueur présent dans le kit ne doit pas être jeté avec les déchets ménagers mais être ramené en pharmacie pour être éliminer dans une boîte jaune spécifique à cet usage (dasri).

La dispensation de conseils ne doit pas s'arrêter à la bonne réalisation du test. Il est aussi important d'accompagner le patient dans sa démarche, par exemple en lui proposant de prendre en photo les résultats pour l'aider à les interpréter ou simplement de vous contacter après les résultats si besoin afin d'être orienté.

5. Dépistage en pharmacie ?

Le dépistage en pharmacie est un sujet de plus en plus discuté. En effet, les officines sont présentes partout sur le territoire dans des villes ou villages où des CeGIDD ou des hôpitaux ne sont pas. Il pourrait donc être intéressant d'autoriser et de mettre en place le dépistage par TROD par les pharmaciens, notamment dans ces zones de désertification médicale.
La HAS réfléchit à mettre en place un protocole en officine, qui serait sur la base d'un entretien formalisé et rémunéré. Une formation des pharmaciens serait évidemment nécessaire. Une partie théorique sur les infections, et une partie pratique pour la réalisation des TROD mais aussi pour l'accompagnement du patient. Cette possibilité de dépistage complèterait celle offerte par les CeGIDD et les hôpitaux.
Une expérimentation est nécessaire pour démontrer la valeur ajoutée que cela offrirait au dépistage et l'implication des pharmacies dans ce projet. (73)
Une offre permanente de dépistage anonyme, confidentiel et gratuit du VHC/VIH a été mise en place en rétrocession et dans les officines à l'initiative de praticiens hospitaliers. Cette offre expérimentale s'est étendue sur 6 mois durant l'année 2019. Les résultats ont montré que la population a répondu majoritairement de manière favorable à cette proposition de dépistage formulée par un professionnel de santé, sans lequel elle ne serait pas allée spontanément vers une structure de dépistage. Pratiquer le dépistage en officine présenterait donc de nombreux atouts.

III. Et en pharmacie ? (74) (75)

Le code de la Santé publique dit que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ».
L'ordre national des pharmaciens a créé le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, le Cespharm. Son site internet permet d'aider le pharmacien dans son rôle pour la santé publique en partageant des informations utiles en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Un certain nombre d'outils sont disponibles sur le site ; affiches, brochures, outils éducatifs, informations professionnelles. Il est possible de les commander ou de les télécharger gratuitement. La communication des campagnes nationales de prévention permet aux pharmaciens de relier l'information dans les officines et diffuser des messages. Près de 10 000 pharmacies ont recours à ce comité pour effectuer de la prévention. (42) C'est trop peu face aux 21364 officines de France. La prévention réalisée en pharmacie est en grande partie dépendante de l'implication du titulaire dans son métier.

Aujourd'hui encore, l'atteinte d'IST est très stigmatisée. Une gêne est perceptible de la part des patients à l'évocation des symptômes ou plus simplement du sujet en lui-même. Les patients ne se sentent pas nécessairement comme un sujet à risque et ne voient pas l'intérêt d'en parler à des professionnels. Une étude (7) a montré que du côté du personnel médical, une gêne était aussi perceptible à aborder ce sujet. Des médecins généralistes confessent qu'aborder le sujet du dépistage des IST et surtout du VIH est anxiogènes pour eux, et ont des difficultés à évoquer le sujet de la sexualité avec leurs patients.

En pharmacie, évoquer ce sujet et en parler librement peut être délicat, la sensation d'être indiscret, de s'immiscer dans la vie privée du patient, le tabou du sujet ou un manque de temps pour le patient peut parfois écourter la discussion. Mais le développement des IST ne peut être ignoré par les pharmaciens. Il est donc important de favoriser l'échange, d'évoquer la prévention de ces infections ainsi que leurs dépistages. Il est évident qu'il faut assurer la confidentialité afin de mettre en confiance le patient, qui sera plus à même de se dévoiler et de nous écouter. Disposer d'un coin légèrement en retrait, plus intime peut être une solution. Les pharmacies disposent aujourd'hui d'un coin reculé pour effectuer la vaccination grippale, il pourrait être envisagé d'utiliser cet endroit pour effectuer ces entretiens.

Certaines officines prennent part à la prévention et tentent d'être acteurs, mais des efforts sont à fournir. Toute dispensation en rapport avec la sexualité nécessite des conseils.

Partie 3 : Proposition de prise en charge de patient à risque ou touché par les IST

A. Constat

À la suite des questionnaires posés à la population et aux pharmaciens, nous avons pu mettre en évidence une certaine méconnaissance du sujet sur certains points autant chez la population que chez les pharmaciens.

En ce qui concerne les pharmaciens, l'essentiel des infections présentes dans cette thèse permet de se remémorer ce qui a parfois été oublié au cours des années d'exercice.
Pour la population en revanche, cela montre un défaut de connaissance dû à un apprentissage défaillant. Cela peut être dû à de nombreux facteurs comme l'absence d'éducation sur les IST à l'école mais aussi dans la famille, l'âge, le milieu social ou encore les propos relayés par des médias ou l'entourage qui ne sont pas toujours vrais.

Une gêne, un malaise, la difficulté à aborder le sujet de la sexualité ressentie du côté du pharmacien avec un patient qui de son côté peut se sentir honteux, sale, de contracter une IST a été mis fortement en évidence. Il n'est pas toujours aisé d'aborder un sujet aussi intime avec une personne inconnue.
Le pharmacien étant un professionnel de santé facilement accessible à la population, nous sommes amenés à être en contact avec des personnes ayant eu une prise de risque. En effet, 30% déclarent aller se confier à leur pharmacien en cas de conduite qualifiée à risque. Il peut être intéressant de disposer d'une trame pour savoir comment réagir, quelles questions sont à poser. Voici des propositions de réactions selon 3 situations :

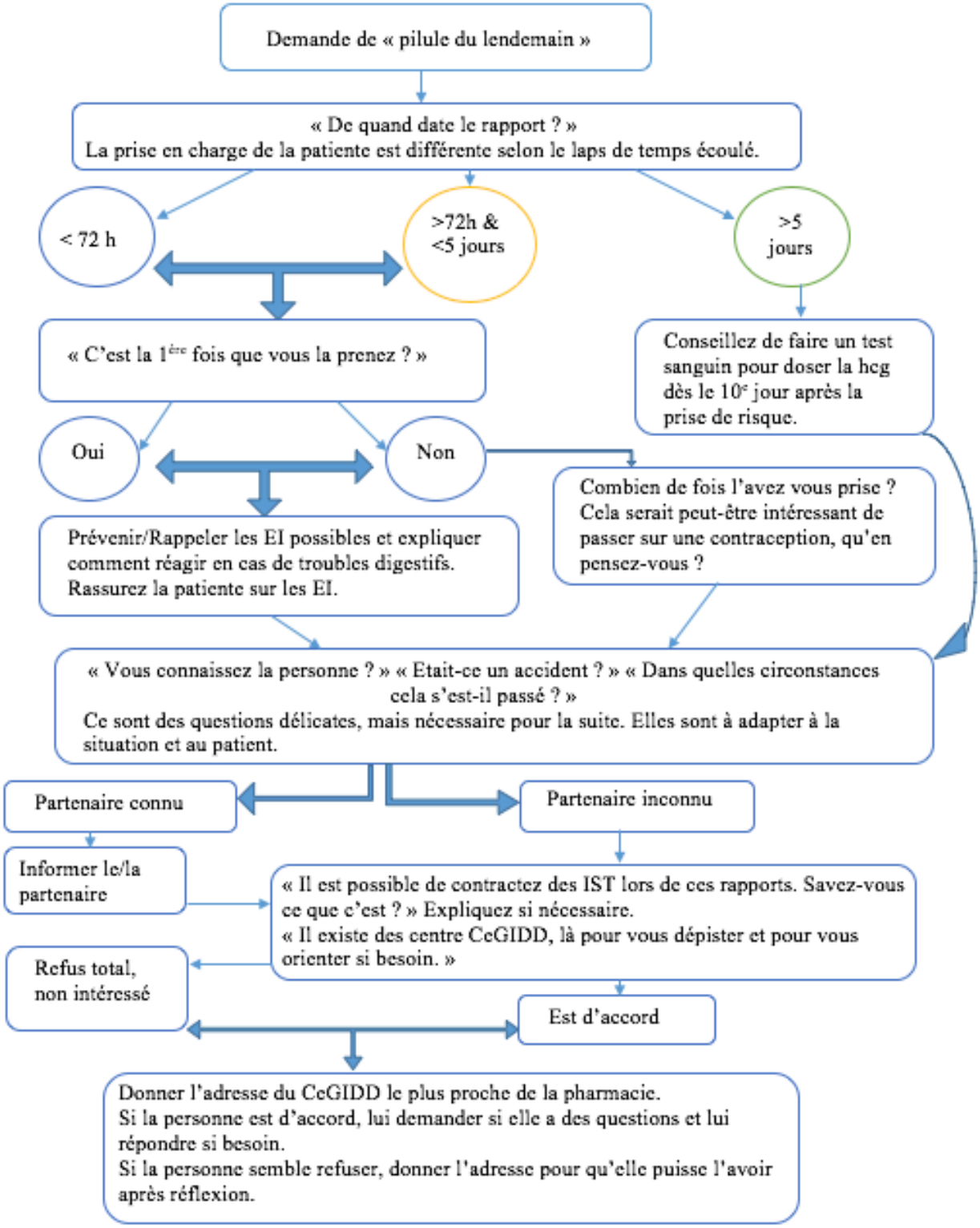
- Dispensation de contraception d'urgence
- Conseiller une personne après une prise de risque
- Dispensation de contraceptif journalier

B. Arbres décisionnels

Pour chaque situation, il est proposé une série de questions, non exhaustives, qui sont à adapter à la personne.

En revanche, selon le comportement de cette dernière, il est important de la mettre à l'aise si l'évocation du sujet lui paraît délicate. Pour cela, lui proposer de s'isoler dans une partie de la salle, ou dans une salle différente comme celle prévue pour la vaccination ou pour l'orthopédie, peut permettre une atmosphère plus intime qui permettra une mise en confiance.

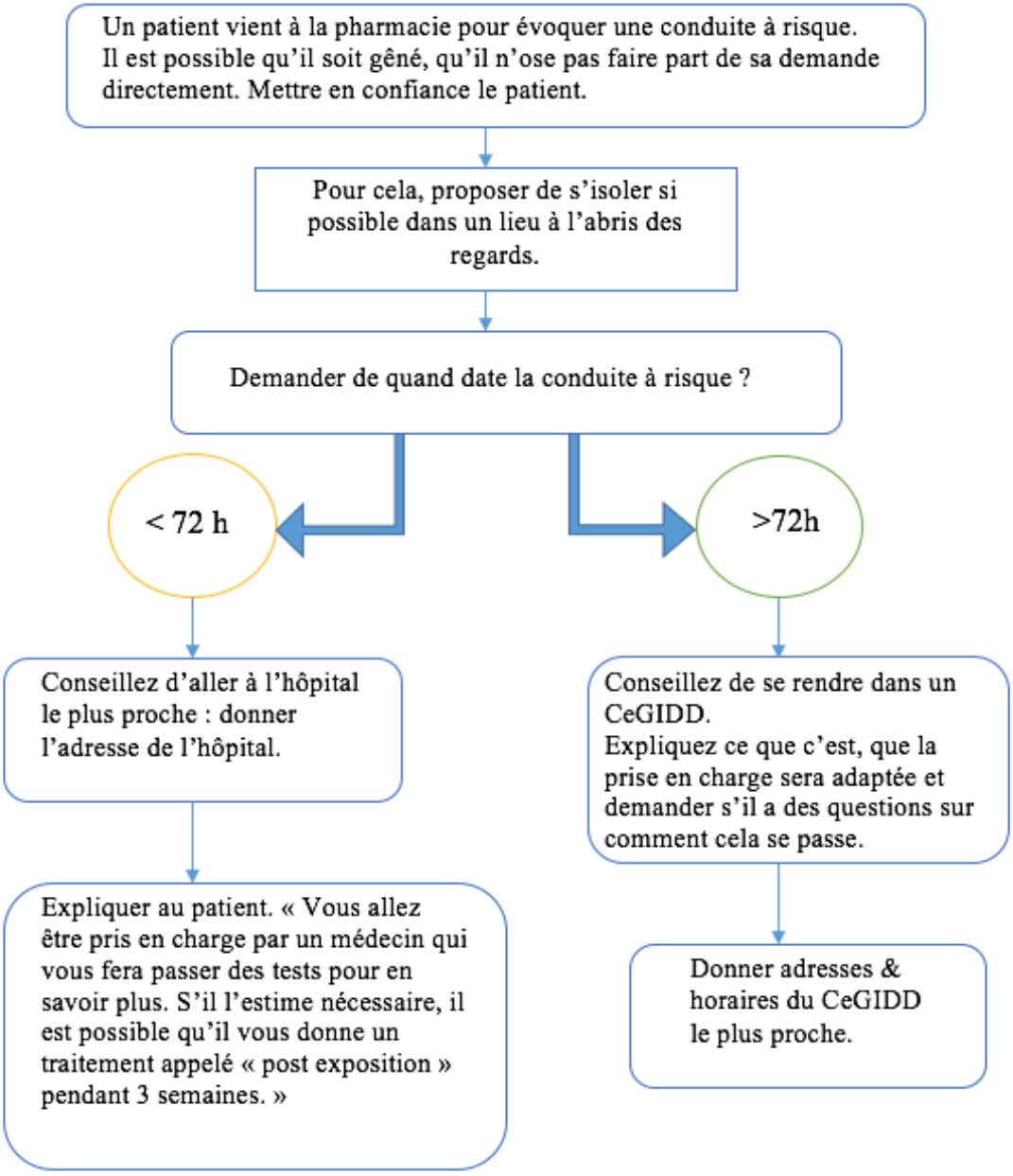
I. Dispensation de contraception d'urgence



La dispensation d'une contraception d'urgence est toujours délicate. Il est important de poser les bonnes questions pour prendre en charge au mieux la patiente mais aussi pour lui donner des conseils auxquels elle n'aurait pas songé. Instaurer le dialogue et faire comprendre qu'il est possible de nous poser des questions est important pour mettre en confiance. Il peut être nécessaire de rassurer la patiente, selon la situation, et de lui expliquer la marche à suivre en cas de besoin.

Il est à noter qu'il existe des plates-formes internet afin de contacter le partenaire anonymement, par l'envoi d'un sms ou mail, pour l'informer de la situation.

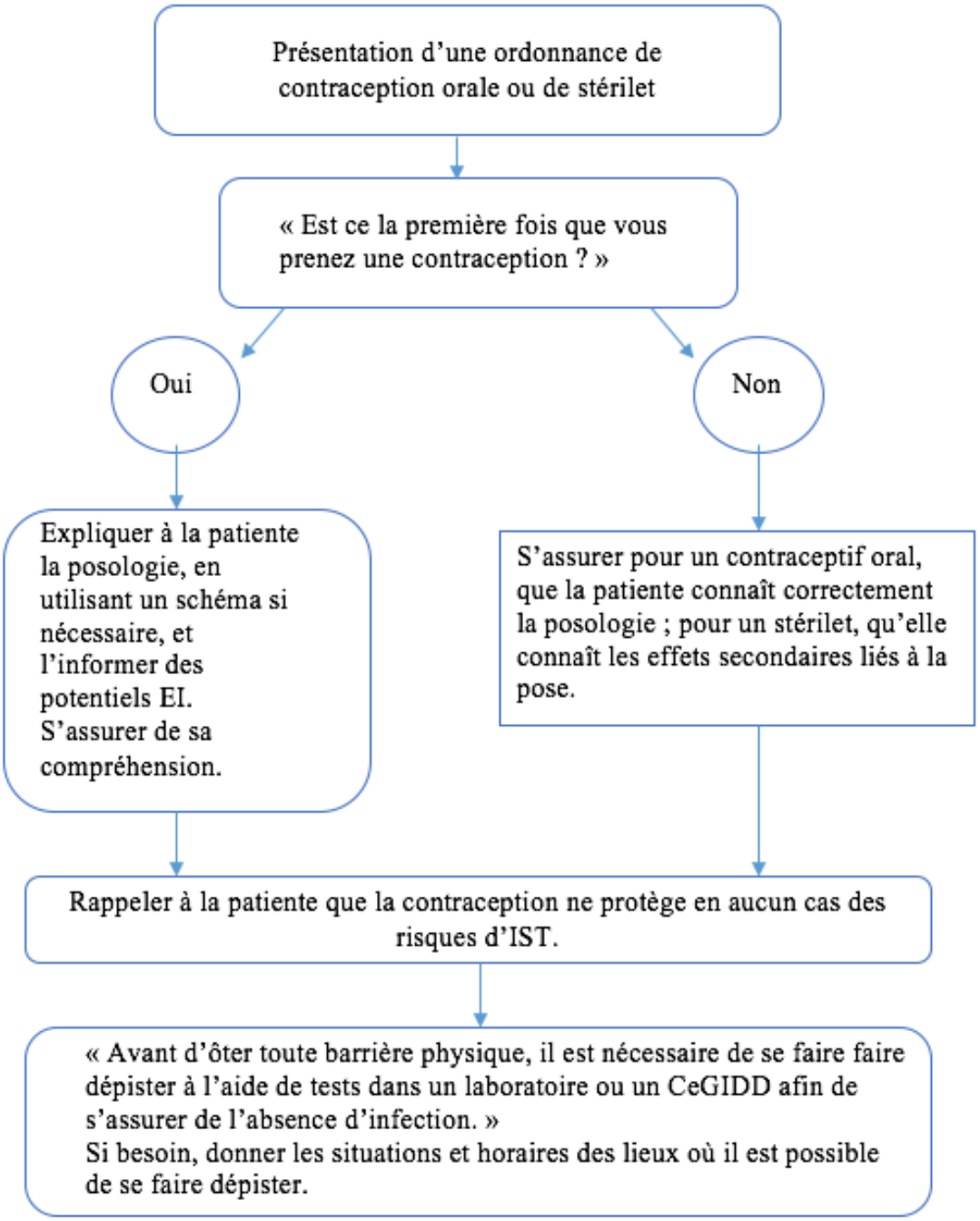
II. Prise en charge d'un comportement à risque



Mettre en confiance le patient en l'amenant dans un endroit retiré avec peu de visibilité peut lui permettre de se dévoiler sans avoir peur d'être écouté par des personnes extérieures à la pharmacie. De même, ne laisser paraître aucune gêne, ni jugement à l'évocation du sujet et en parler comme d'un sujet banal peut l'amener à se confier un peu plus.

Il est nécessaire de disposer à proximité du comptoir des adresses et horaires des lieux de références pour orienter le patient rapidement vers l'endroit le mieux adapté pour sa prise en charge.

III. Dispensation de contraceptif



Lors de la dispensation d'un contraceptif, il est souvent oublié de rappeler l'importance du dépistage avant toute relation non protégée : la contraception n'étant pas un rempart contre les IST. Il ne s'agit pas d'alarmer la patiente, mais de lui rappeler les dispositions à prendre pour se protéger au maximum du risque d'infections sexuellement transmissibles.
Toute personne nécessite d'être informée sur la prévention et le dépistage, même si celle-ci ne se considère pas comme personne « à risque ».

C. Quelques adresses à connaître

Chaque ville dispose de CeGIDD, d'hôpitaux, dont il est nécessaire de connaître la localisation et les horaires. Leurs situations sont disponibles sur le site de sida-info-service.org à l'aide d'une carte interactive.
Vous trouverez en annexe les adresses des CeGIDD présents à Marseille. (Annexe 3)
De même, il existe des numéros de service pouvant répondre à toutes les questions, à avoir à disposition au comptoir en cas de nécessité (Annexe 3).

Conclusion

Aujourd'hui, le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution. Depuis quelques années, sa place dans la prévention et le dépistage est de plus en plus importante et tend à s'intensifier.

En matière de lutte contre le VIH, la Haute Autorité de Santé indique que le dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque présente des limites et contribue à la persistance d'une épidémie. Le comité national du sida affirme qu'une remobilisation s'impose et recommande de poursuivre la diversification du dépistage et de ses acteurs en mobilisant le réseau des professionnels de santé dont les pharmaciens. Elle propose d'élargir l'offre de TROD à de nouveaux acteurs comme les médecins généralistes et les pharmaciens.

La question de la prévention est véritablement à développer en pharmacie afin d'agir concrètement sur la politique de restriction des risques. Prévenir et transmettre fait partie intégrante de notre profession et des valeurs que nous revendiquons. Nous sommes le professionnel de santé le plus facilement accessible à la population et devons utiliser cet avantage pour protéger des IST et agir de manière concrète dans la santé publique. La population générale « non à risque » ne se perçoit pas comme potentiellement infectée et ne répond pas spontanément aux campagnes de dépistage. Le maillage officinal réglementé en étroite correspondance avec les bassins de population, permet d'étendre ce dernier dans les localités où les offres sont absentes, rares ou éloignés.

Diversifier l'exercice officinal en favorisant le dépistage tout en respectant l'offre proposée dans les structures déjà existantes pourrait être la pharmacie de demain.

Bibliographie

1. OMS | Infections sexuellement transmissibles [Internet]. WHO. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/fr/
2. Pilly E, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. ECN.Pilly: maladies infectieuses et tropicales : préparation ECN, tous les items d'infectiologie. Paris, France: Alinéa Plus; 2015. 324 p.
3. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
4. Ndeikoundam Ngangro N, Bouvet de la Maisonneuve P. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 [Internet]. 2018 [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-chlamydia-et-a-gonocoque-en-france-en-2016
5. Courseau R, Ourghanlian C, Sismeiro D, Louis M. Infectiologie. Paris, France: Éditions Vernazobres-Grego; 2016. 386 p.
6. Cedef. Item 95 – Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre). Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2012;139(11):A57‑61.
7. Edouard Nagera S, Haddad V, Calcagno F, Colson P. Infectiologie: conforme au programme du CNCI. Paris, France: Vernazobres-Grego; 2011. 321 p.
8. Vaubourdolle MD de la publication, Porquet D. Infectiologie. Rueil-Malmaison, France: Wolters Kluwer; 2013. xii+1328.
9. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) [Internet]. Aide Suisse contre le Sida. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: https://www.aids.ch/fr/questions-frequentes/infections-sexuellement-transmissibles/lymphogranulomatose-venerienne-lgv/
10. Bal F. Chlamydia trachomatis dans les infections sexuellement transmissibles [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. UFR Sciences pharmaceutiques et biologiques; 2004.
11. Dupin N, Janier M, Bouscarat F, Vernay-Vaisse C, Spenatto N, Vermersch-Langlin A. Infection à Chlamydia trachomatis. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2016;143(11):713‑5.
12. Higuero T. Infections sexuellement transmissibles (hors HPV) [Internet]. FMC-HGE. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/infections-sexuellement-transmissibles-hors-papillomavirus/
13. Bianchi V, El Anbassi S, Duployez N. Bactériologie, virologie. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2013. xii+173.
14. Reyt V. La syphilis, une résurgence préoccupante. Actual Pharm. juin 2018;57(577):46‑50.
15. Le Pivert L. Dépistage de la syphilis dans un contexte évocateur d'infection sexuellement transmissible par les Médecins généralistes d'Île-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
16. REYT V. La syphilis, une résurgence préoccupante. Actual Pharm. 1 juin 2018;57(577):46‑50.
17. Coloration de Gram [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: http://www.microbiologie-medicale.fr/examenmicroscopique/gram.htm
18. Alcaraz I, Vermersch-Langlin A, Mazars E, Janier M, Dupin N, Pelletier F. Trichomonose. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2016;143(11):716‑7.
19. Association Française des Enseignants de Parasitologie et mycologie. Trichomonose [Internet]. 2014 [cité 23 avr 2019]. Disponible sur:

http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/trichomonose/site/html/cours.pdf
20. Herpès (virus de l'herpès) [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus
21. Aranda AM, Epstein AL. Latence et réactivation du virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1) - Une mise à jour. médecine/sciences. 1 mai 2015;31(5):506‑14.
22. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G, éditeurs. VIH. Rueil-Malmaison, France: Doin, 2011; 2011. xxiv+839.
23. vih.org CR. Les chiffres du VIH/sida en 2017 [Internet]. vih.org. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: https://vih.org/dossier/les-chiffres-du-vih-sida-en-2017/
24. Fiche d'information 2019 — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet
25. Sida et VIH [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih
26. vih.org la rédaction de. Stabilité des chiffres 2017 du VIH en France [Internet]. vih.org. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: https://vih.org/20190328/stabilite-des-chiffres-du-vih-en-france/
27. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
28. Timsit F-J, Janier M, Vernay-Vaïsse C, Bouscarat F, Fouéré S, Dupin N. Primo-infection VIH. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2016;143(11):749‑51.
29. Fener P, Criton C. Manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH/sida chez la femme [Internet]. Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST-CNRS); 2007 mai [cité 27 mars 2019] p. 125. Disponible sur: https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01456818
30. Hocini H, Andreoletti L. Méthodes d'analyse et de suivi de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine. Rev Francoph Lab. déc 2009;2009(417):39‑48.
31. Descamps PD, Bernard GB-C. Infections VIH : Outils Virologiques : Diagnostic de l'infection Quantification virale Résistance. 2015.
32. Les autotests VIH sont là ! [Internet]. Sida Info Service. 2015 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/les-autotests-vih-arrivent-le-155004/
33. Sayir A. Perception de l'autotest VIH chez les pharmaciens d'officine de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences pharmaceutiques; 2017.
34. R. Palich, C. Katlama, J. Ghosn. Prise en charge de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. EMC - Maladies infectieuses 2018;15(3):1-14 [Article 8-050-B-12].
35. Garnier Y, Karoubi L, éditeurs. Dictionnaire Larousse Maxipoche+ 2020. Paris, France: Larousse; 2019. 1619 p.
36. Rapport Flajolet. La prévention : définitions et comparaisons [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf
37. Plate-Forme Prévention Sida. Le préservatif : pour se protéger contre les IST et le VIH [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://preventionsida.org/fr/protection/le-preservatif/
38. Les IST [Infections Sexuellement Transmissibles] - La prévention : tout savoir sur le préservatif féminin [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: http://info-ist.fr/prevention/preservatif-feminin.html
39. Derancourt C, Vernay-Vaïsse C, Spenatto N, Dupin N, Janier M, Fouéré S. Prévention des MST/IST. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2016;143(11):786‑91.
40. Champenois K. VIH: comment la recherche en épidémiologie s'est orientée de l'évaluation thérapeutique au dépistage et à la prévention [Thèse de doctorat]. [Lille ; 1969-

2017, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
41. Solidarité santé. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie
42. EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018 [Internet]. VIDAL. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_decembre_2018/
43. La PrEP [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: http://www.aides.org/prep
44. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil/emtricitabine-truvada-et-ses-generiques
45. WHO EMRO | L'OMS recommande la prophylaxie pré-exposition orale pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes | Coup de projecteur | Sida et infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: http://www.emro.who.int/fr/asd/asd-infocus/pre-exposure-prophylaxis.html
46. Lerissel K. La Prophylaxie Pré-Exposition: émergence d'un premier traitement médicamenteux prophylactique contre l'épidémie du VIH [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
47. Insee. Définition - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1297
48. Présidence de l'Agence nationale de santé publique (ANSP): la commission auditionne le candidat pressenti - Assemblée nationale [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: http://www2.assemblee-nationale.fr/14/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/secretariat/a-la-une/presidence-de-l-agence-nationale-de-sante-publique-ansp-la-commission-auditionne-le-candidat-pressenti
49. Campagnes de prévention du SIDA en France [Internet]. La France en Russie. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://ru.ambafrance.org/Campagnes-de-prevention-du-SIDA-en-France
50. Journée mondiale de lutte contre le sida. Lancement d'une campagne de prévention pour valoriser l'offre de dépistage. [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: /presse/2017/journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida.-lancement-d-une-campagne-de-prevention-pour-valoriser-l-offre-de-depistage
51. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: /presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence
52. Sida Info Service. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sida_Info_Service&oldid=159186923
53. Sida Info Service - [Internet]. [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/
54. Sidaction.org. Rapport de gestion exercice 2018 [Internet]. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: https://www.sidaction.org/sites/default/files/19-05-21_rapport_de_gestion_2018_ca.pdf
55. AIDES en France [Internet]. [cité 8 août 2019]. Disponible sur: http://www.aides.org/dossier/aides-en-france
56. Donnez plus qu'un avis [Internet]. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: http://www.aides.org/donnez-plus-qu-un-avis
57. FF3S - Qui sommes nous ? [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur:

http://www.ff3s.fr/v2/data/qui_sommes_nous.asp
58. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualité.html
59. Trichet J. L'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, des difficultés de mise en œuvre à surmonter. Vocat Sage-Femme. 2014;13(110):34‑7.
60. Dépistage des IST [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst/ist/depistage
61. Sidaction.org. CDAG (Consultations de dépistage anonyme et gratuit) [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sidaction.org/glossaire/cdag
62. Schmitt J. CIDDIST - JNI 2008 Marseille.
63. Trégoat J-J. Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène. Rev Francoph Lab. mars 2006;2006(380):53‑4.
64. 2016 : les CeGIDD entrent en piste [Internet]. Sida Info Service. 2015 [cité 8 août 2019]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/2016-les-cegigg-entrent-en-piste/
65. Annuaire [Internet]. Sida Info Service. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/annuaire/
66. Comment se passe un dépistage en CeGIDD ? [Internet]. Sida Info Service. 2016 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/cela-se-passe-t-il-de-la-meme/
67. Dépistage du VIH gratuit : au labo sans ordo [Internet]. Sida Info Service. 2019 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/depistage-du-vih-gratuit-au-labo-sans-ordo/
68. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
69. Recommandations pour le bon usage des autotests vendus en pharmacie - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Recommandations-pour-le-bon-usage-des-autotests-vendus-en-pharmacie-Point-d-information
70. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
71. Albrecht JF. Mise en place des autotests de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine : de la formation aux premières dispensations [Internet]. Lorraine; 2016 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/SFLS/Commissions/pharmaciens-medicaments/THESE-DEFINITIVE-octobre2016.pdf
72. autotest VIH® [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: http://www.autotest-sante.com/fr/autotest-VIH-par-AAZ-139.html
73. Rapport - Développer la prévention en France - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Rapport-Developper-la-prevention-en-France
74. Cespharm - Catalogue [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/(theme)/104/(type)/76/(editor)/40888/(cible)/85
75. Cespharm - Prévention-santé [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante

Annexe 1

JE SUIS
INDÉPENDANTE
JE FAIS LE TEST
Pour savoir où, quand, comment :
Sida Info Service 0800 840 800* ou sida-info-service.org
*Confidentiel, anonyme et gratuit
VIH et IST : se faire dépister,
c'est prendre soin de son avenir.
inpes

NOUS SOMMES
ENGAGÉS
NOUS FAISONS LE TEST
Pour savoir où, quand, comment :
Sida Info Service 0800 840 800* ou sida-info-service.org
*Confidentiel, anonyme et gratuit
VIH et IST : se faire dépister,
c'est prendre soin de son avenir.
inpes

JE SUIS
AMOUREUX
JE FAIS LE TEST
Infections Sexuellement Transmissibles et VIH : faites vous dépister.
Sida Info Service 0800 840 800*
Mon avenir, c'est aussi ma santé.
inpes

JE SUIS DÉCIDÉ
JE FAIS LE TEST
Pour savoir où, quand, comment :
Sida Info Service 0800 840 800* ou sida-info-service.org
*Confidentiel, anonyme et gratuit
VIH et IST : se faire dépister,
c'est prendre soin de son avenir.
inpes

Annexe 2

QUAND JE DÉCIDE
RÉSULTATS EN 20 MIN
GRATUITEMENT
EN CONFIANCE
Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie
votre médecin traitant
sida-info-service.org
0 800 840 800
Santé publique France

Annexe 3

Carte des CeGIDD disponible sur :

- https://www.sida-info-service.org/annuaire/

Adresses, horaires, et moyens d'accès à disposition sur le site.

À Marseille, il existe 3 CeGIDD, situés à :

- Castellane : 10 rue St Adrien, 13008 Marseille
- La Joliette : 63 Avenue Robert Schuman, 13002 Marseille
- Longchamp : 3 Boulevard Longchamp, 13001 Marseille

Les numéros de service :

- Sida info service : 0 800 840 800.
- Hépatite info service : 0 800 845 800

Les appels sont anonymes, confidentiels et gratuits.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA PREVENTION DES IST A L'OFFICINE

Thèse soutenue le 31 Janvier 2020
Par Aurélie GABORIT

RÉSUMÉ

Les infections sexuellement transmissibles sont un problème de santé publique. Leurs prévalences ne cessent d'augmenter. Un défaut de prévention et de dépistage semble en être la cause. Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus facilement accessible à la population, son rôle dans la prévention paraît donc évident. Sensibiliser la population et transmettre l'information ne semble pourtant pas si simple. Une distance entre le pharmacien et la population est bien présente sur ce sujet jugé tabou. Ce manque de dialogue peut être lié à de nombreuses raisons. Une étude des connaissances et des comportements de la population et des pharmaciens sur les IST ainsi que sur la prévention et le dépistage a donc été réalisé.
Accompagner et proposer une prise en charge adaptée au patient à risque ou touché par les IST est le but de cette thèse.
Les résultats de cette étude seront traités dans un premier temps. Un manque de connaissances semble transparaître de la population mais aussi des pharmaciens d'officine.
La prévention se voit évoluer. Les campagnes nationales, mais aussi les CeGIDD ont un rôle important dans cette lutte contre les IST. La France dispose de structures et de moyens de prévention et de dépistage que nous détaillerons.
Une prise en charge adaptée aux patients vous sera proposée. La question de la prévention est véritablement à développer en pharmacie afin d'agir concrètement sur la politique de restriction des risques. Diversifier l'exercice officinal en favorisant la prévention et le dépistage pourrait être la pharmacie de demain.

MOTS CLÉS : IST, VIH, prévention, dépistage, prise en charge, accompagnement, patient, pharmacien