



**HAL**  
open science

# Facteurs limitant et renforçant le recours à la PrEP des femmes en situation de prostitution de l'arc alpin

Guillaume Deblaise

► **To cite this version:**

Guillaume Deblaise. Facteurs limitant et renforçant le recours à la PrEP des femmes en situation de prostitution de l'arc alpin. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03598143

**HAL Id: dumas-03598143**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03598143>**

Submitted on 7 Mar 2022

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2022

**FACTEURS LIMITANT ET RENFORCANT LE RECOURS À LA PREP  
DES FEMMES EN SITUATION DE PROSTITUTION DE L'ARC ALPIN**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Guillaume DEBLAISE

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 25/02/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Vincent BONNETERRE

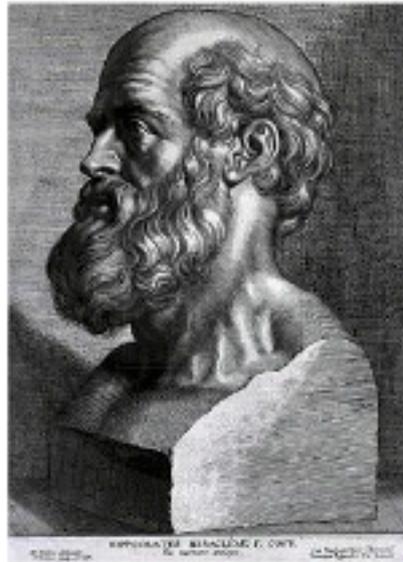
Membres :

M. le Professeur Olivier ÉPAULARD (directeur de thèse)

M. le Dr Silvère BIAVAT

Mme le Dr Alexie BOSCH

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

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

## REMERCIEMENTS

---

A Monsieur le **Professeur Vincent Bonneterre**, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury ; veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur Olivier Epaulard**, pour avoir accepté d'encadrer ce travail, tes conseils et remarques avisées, pour le soutien dans les moments de doutes. Merci de la confiance et de l'opportunité accordée de pouvoir rejoindre votre équipe.

A Monsieur le **Docteur Silvère Biavat**, pour votre présence dans ce jury et l'attention que vous portez à ce travail.

A Madame le **Docteur Alexie Bosch**, pour votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail.

A l'équipe de la médecine interne de Voiron, **les Nico, Daniella et Barbara** pour votre bonne humeur, votre bienveillance, vous m'avez apporté beaucoup et vous continuerez à la faire j'en suis sûr.

A l'équipe d'infectiologie de Voiron, merci **Charlotte et Mathilde** pour la confiance accordée, c'est un plaisir de travailler avec vous et de vous découvrir chaque jour un peu plus.

A **Claire Millet**, pour ta bonne humeur de chaque instant, ces quelques mois à travailler ensemble et ce pot de départ qui restera dans les annales.

**Aux médecins de l'hôpital de Voiron**, pour votre bienveillance et votre accueil

A **Patricia Pavese**, pour la confiance accordée et l'opportunité de rejoindre votre équipe en espérant être à la hauteur de cette confiance.

A **mes parents** pour votre soutien et votre obstination à me faire travailler sans laquelle je ne serais pas ici ce soir, pour tous ces souvenirs d'enfance. C'est toujours une joie de rentrer à la maison.

A **mon frère Julien** pour les souvenirs d'enfance, et l'exemple que tu as été pour faire médecine.

A ma grand-mère **mamie Cyrillette**, pour ces allers-retours en train entre la Sarthe et Rambouillet.

A **Marie et Pascale**, vous avez été source d'inspiration tout au long de mes études de médecine.

A **Cécile** merci de m'avoir supporté pester, pour le temps passer à relire cette thèse et tes remarques judicieuses malgré ma mauvaise foi. Les plus belles rencontres sont les plus inattendues et je me rends compte de cette chance chaque jour un peu plus.

A **Vincent Lhospice**, 12 ans déjà et tu n'as pas changé (ou presque RIP : les cheveux) tu as gardé ton flegme légendaire et ton humour. Merci pour ton amitié et ce malgré la distance, la vie en coloco, toujours prêt à me suivre dans les plans foireux. A ta nouvelle vie grenobloise.

A **Alexandre Lamant**, mon premier co-interne, la coloco à Morillon et ses sept plaies, ces nuits à couper le souffle dans le désert baigné par l'odeur de chameau. Par contre je suis d'avance indisponible pour ton prochain déménagement.

A **Adrien**, teaman, pour cette pré-rentrée, toutes ces années de médecine, pour ton humour décalé, pour Antibes, ton sens de la mélodie et pour la blague du mec qui a une banane dans l'oreille. A ta nouvelle vie au pays des cannelés.

A tous les copains de Paris, **Florian, Henry, Flora, JB, Sandrine et Sandrine, Nathalie, Nico** pour tous ces moments passé ensemble, les confs et les plats picards à 2€, Antibes. Je vous embrasse tous.

A **Flo**, pour tes cookies, ces discussions du bout de la nuit à refaire le monde et à essayer de comprendre nos semblables.

A la coloc, **Hélène**, **Charles** et **Nono** pour ce confinement après seulement 3 semaines de cohabitation, de supporter mon côté bordélique, de me supporter tout court pour les découvertes et l'ouverture d'esprit.

Aux cointernes **Manon**, **Grégoire** et **Guillaume** de l'UPU merci pour ce « petit » semestre de folie à Chambéry et le jus d'orange « maison ».

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSEIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

## TABLE DES MATIERES

---

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>17</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>19</b>
RESUME : FACTEURS LIMITANT ET RENFORÇANT LE RECOURS A LA PrEP DES FEMMES EN SITUATION DE PROSTITUTION DE L'ARC ALPIN .....	20
<i>Introduction</i> .....	20
Matériels et méthodes .....	20
Résultats.....	20
Discussion et conclusion.....	20
ABSTRACT : FACILITATINGS AND LIMITING FACTORS TO USE PrEP BY THE SEX WORKER IN THE ALPS .....	21
Introduction.....	21
Methods.....	21
Results.....	21
Discussion and conclusion.....	21
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>22</b>
<b>RAPPEL HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>23</b>
LE VIH .....	23
Le VIH à travers l'histoire .....	23
Épidémiologie.....	24

Physiopathologie.....	26
Les moyens de prévention du VIH. ....	30
LA PREP .....	32
Émergence du concept .....	32
Pharmacodynamie.....	32
Validation expérimentale.....	35
La PrEP en pratique .....	42
LA PROSTITUTION.....	44
Un peu d’histoire.....	45
La prostitution aujourd’hui en France.....	48
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L’ETUDE .....	50
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>51</b>
GRILLE D’ENTRETIEN.....	51
LES ENTRETIENS .....	52
L’ANALYSE .....	53
DEFINITIONS DES TYPES DE PROSTITUTION .....	53
<b>RESULTATS.....</b>	<b>54</b>
DESCRIPTION SOCIOLOGIQUE DE LA POPULATION .....	54
Nationalité des personnes interrogées.....	54
Situation administrative .....	55
Niveau d’étude .....	56
Logement et couverture sociale .....	57
ÉTAT DE SANTE DES PERSONNES INTERROGEES.....	59
Recours au dépistage et au système de soin.....	59
État de santé .....	60

PRATIQUE, RISQUE, CLIENTS .....	61
Pratique de la prostitution .....	61
Évaluation et contrôle du risque .....	63
Clients .....	66
CONNAISSANCE DU VIH ET DE LA PREP .....	67
FACTEURS RENFORÇANT LE RECOURS A LA PREP SELON LES FEMMES INTERROGEES .....	68
Protéger soi-même, protéger les autres .....	68
Une précaution supplémentaire... pour se libérer d'un poids .....	69
Une sécurité au travail .....	70
Être acteur·trice de sa santé pour un meilleur suivi .....	71
La prise en charge du traitement .....	71
FACTEURS LIMITANT LE RECOURS A LA PREP .....	73
Un comprimé et de la chimie tous les jours .....	73
La peur du jugement par le monde médical .....	75
Un suivi qui peut être perçu comme contraignant .....	76
La peur du jugement social .....	76
Un recours pas si aisé .....	77
Une méconnaissance de la PrEP .....	79
Une sous-estimation du risque de contamination .....	80
Un accueil réservé de la PrEP .....	81
DES PISTES D'AMELIORATION .....	85
L'utilisation d'une forme injectable retard .....	85
Améliorer la communication .....	86
Des actions de santé communautaire .....	87
Améliorer le recours au système de soin .....	89

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>91</b>
DISCUSSION DES RESULTATS.....	91
La population interrogée .....	91
L'adhésion à la PrEP.....	93
L'information avant la prescription .....	95
Santé communautaire.....	96
Le médicament en lui-même.....	97
LIMITES DE L'ETUDE .....	98
L'échantillon.....	98
Des biais de recrutement.....	98
Des biais de confusion .....	99
Des biais d'investigation.....	99
Des biais d'interprétation.....	99
Biais déclaratif .....	99
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>110</b>
ANNEXE I : GRILLE D'INTERROGATOIRE.....	110
ANNEXE II : RECEPISSE DE CONFORMITE AU REFERENTIEL MR-04 DE LA CNIL.....	115

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur les hépatites et le Sida

ARV : Anti-Rétroviral

AZT : Azidothymidine = Zidovudine

EI : Événement Indésirable

FDA : *Federal Drug Administration*

FTC : Emtricitabine

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OCRTEH : Office Central de la Répression pour la Traite des Êtres Humains

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PrEP : *Pre-Exposure Prophylaxis*

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

SIV : *Simian Immunodeficiency Virus*

STRASS : Syndicat du Travail Sexuel

TasP : *Treatment as Prevention*

TAF : Ténofovir Alafenamide Fumarate

TDF : Ténofovir Diproxil Fumarate

TDS : Travailleuse du sexe

TPE : Traitement Post-Exposition

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

FIGURE 1 : LES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE DANS LES PAYS A FAIBLE REVENU. (8)....	25
FIGURE 2 : ÉVOLUTION ANNUELLE 2010-2018 DU NOMBRE ESTIMÉ D’INFECTIONS À VIH INCIDENTES PAR GROUPE D’EXPOSITION - FRANCE ENTIÈRE. SOURCE : EPIDEMIOLOGIE DE L’INFECTION VIH EN FRANCE 2013-2018, ANRS. (6).....	26
FIGURE 3 : SCHEMA STRUCTURAL DU VIH .....	27
FIGURE 4 : PREMIERES ETAPES DE LA TRANSMISSION DU VIH A TRAVERS LES MUQUEUSES (8)	28
FIGURE 5 : PREMIERES ETAPES DE LA TRANSMISSION DU VIH A TRAVERS LES MUQUEUSES. (8) .....	28
FIGURE 6 : MODELE D’INFECTION ET DE DISSEMINATION DE L’INFECTION PAR LE VIH, ADAPTEE DE SHAW ET AL. (15).....	29
FIGURE 7 : MOLECULE DE TENOFOVIR .....	32
FIGURE 8 : MOLECULE D'EMTRICITABINE .....	33
FIGURE 9 : PREVENTION OF VAGINAL SHIV TRANSMISSION IN MACAQUES BY A COITALLY- DEPENDENT TRUVADA REGIMEN. PLOS ONE. 2012 (32) .....	35
FIGURE 10 : ETUDE IPREX : FLOWCHART DE L'ETUDE, (GAUCHE) / COURBE DE KAPLAN- MEIER DES CONTAMINATIONS (DROITE) CROI 2011 .....	36
FIGURE 11 : COURBE DE KAPLAN-MEIER SUR LE RISQUE DE CONTAMINATION, ETUDE IPERGAY (40) (GAUCHE) / FLOWCHART REALISE A PARTIR DE L'ETUDE IPERGAY .....	39
FIGURE 12 : RECAPITULATIF DES ETUDES PREP, SOURCE : PRESENTATION OMS 2016 .....	41
FIGURE 13 : SCHEMA PRISE PREP CHEZ LA FEMME, SOURCE ACTION TRAITEMENT.....	44
FIGURE 14 : L'ARC ALPIN .....	50
FIGURE 15 : NOUVEAUX ITEMS PAR ENTRETIENS .....	53
FIGURE 16 : NATIONALITE DES PERSONNES INTERROGEES .....	55
FIGURE 17 : NATIONALITE EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE.....	55

FIGURE 18 : SITUATION ADMINISTRATIVE DES PERSONNES INTERROGEES.....	56
FIGURE 19 : DUREE DE PRESENCE SUR LE TERRITOIR .....	56
FIGURE 20 NIVEAU D'ETUDE DES PERSONNES INTERROGEES (A), NIVEAU D'ETUDE EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE.....	56
FIGURE 21 : TYPE DE LOGEMENT EN FONCTION DE LA PRATIQUE .....	57
FIGURE 22 : COUVERTURE SOCIALE EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE.....	58
FIGURE 23 : RECOURS AU DEPISTAGE LES 12 DERNIERS MOIS .....	59
FIGURE 24 : DELAI DE DEPISTAGE EN FONCTION DU STATUT ADMINISTRATIF .....	59
FIGURE 25 : ETAT DE SANTE DES FEMMES INTERROGEES SELON LA VACCINATION (A), LE SUIVI GYNECOLOGIQUE (B), LES ANTECEDENTS D'IST (C) ET LA PRISE D'UNE CONTRACEPTION (D) .....	60
FIGURE 26 : ANCIENNETE DE LA PRATIQUE DE LA PROSTITUTION.....	61
FIGURE 27 : TYPE DE PROSTITUTION PRATIQUEE (A), FREQUENCE DE TRAVAIL (B) ET APPARTENANCE A UN RESEAU (C).....	62
FIGURE 28 : APPARTENANCE A UN RESEAU EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE.....	63
FIGURE 29 : TYPE DE RAPPORT A RISQUE .....	64
FIGURE 30 : EXPOSITION A RISQUE EN FONCTION DU STATUT ADMINISTRATIF .....	65
FIGURE 31 : PRISE DE RISQUE EN FONCTION DE L'APPARTENANCE A UN RESEAU .....	65
FIGURE 32 : GESTION DU RISQUE .....	66
FIGURE 33 : FREQUENCE DES DEMANDES D'UN RAPPORTS NON PROTEGE PAR LES CLIENTS.....	66
FIGURE 34 :PREOCCUPATION VIS-A-VIS DU VIH .....	67
FIGURE 35 : CONNAISSANCE DE LA PREP.....	68
FIGURE 36 : PERSONNE PROPOSANT LA PREP.....	68

## TABLE DES TABLEAUX

---

TABLEAU 1 : DONNES MONDIALES SUR LE VIH. SOURCE : ONUSIDA.....	24
TABLEAU 2 : FACTEURS RENFORÇANT LE RECOURS A LA PREP .....	72
TABLEAU 3 : FACTEURS LIMITANT LE RECOURS A LA PREP.....	83
TABLEAU 4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PISTES D'AMELIORATION DU RECOURS A LA PREP.	90

## RESUME : Facteurs limitant et renforçant le recours à la PrEP des femmes en situation de prostitution de l'arc alpin

---

### **Introduction**

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil majeur dans la prévention de l'infection par le VIH. Initialement porté par la population HSH, l'utilisation de ce mode de prévention reste minoritaire chez les femmes en situation de prostitution. Sur près de 21 192 personnes prenant régulièrement la PrEP en 2020 en France, seulement 3% sont des femmes. A partir de ce constat, ce travail s'est attaché à comprendre les facteurs limitants ou favorisant le recours à la PrEP, face à la diversité des modes de prostitutions ainsi que les problématiques qui leurs sont liées.

### **Matériels et méthodes**

Cette étude exploratoire repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données, auprès de seize femmes en situation de prostitution entre septembre 2020 et octobre 2021. L'analyse qualitative a été réalisée par l'investigateur principale.

### **Résultats**

Les données épidémiologiques sont comparables aux données de la littérature. Elles permettent de mettre en lumière une tendance entre des facteurs de fragilité d'ordre administrative et financière et la prise de risque lors de la pratique prostitutionnelle. L'analyse qualitative permet d'appréhender les facteurs limitants l'accès à la PrEP aux premiers rangs desquels se trouvent la peur du jugement porté par les acteurs du monde médical ainsi que le mode d'administration de la PrEP. Parmi les principaux facteurs favorisant on retrouve des sentiments fort de protection de son corps et de ses proches ainsi qu'une diminution de la crainte de l'infection par le VIH.

### **Discussion et conclusion**

Ces entretiens permettent d'identifier des éléments permettant d'améliorer le recours à la PrEP chez les femmes en situation de prostitution ; ils résident dans l'adaptation de la communication aux différentes populations cibles, et leurs inclusions dans des actions de santé communautaires, et aussi par le mode d'administration de la PrEP dont la forme retard injectable faciliterait l'entrée dans une démarche d'un traitement par PrEP. Il serait intéressant de réaliser une étude évaluant la faisabilité et l'impact de ces formes retard sur l'amélioration du recours à la PrEP

MOTE CLEFS : VIH/prévention, PrEP, travailleuse du sexe, santé du travail

## ABSTRACT : Facilitatings and limiting factors to use PrEP by the sex worker in the alps

---

### Introduction

The Pre-exposure prophylaxis (PrEP) is a recent tool to prevent the HIV. This prevention method increasingly prescribed in the MSM population remains very anecdotal among sex workers in France: of the 21,192 people taking PrEP regularly, less than 3% are women. Based on this observation, this study aims to understand facilitators and barriers to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for sex workers in the Alps.

### Methods

This is a qualitative exploratory study based on conducting semi-structured interviews with sixteen female sex workers between September 2020 and October 2021.

### Results

The quantitative data were analyzed with Excel, the qualitative analyses were carried out by a single person who is also the principal investigator of the study.

The demographic data are comparable to those in the literature. They shed light on the relationship between administrative and financial weaknesses on risk taking during the practice of prostitution. The qualitative analysis finds as the main barriers to PrEP the fear of judgment by the actors of the medical world as well as the mode of administration of PrEP. Among the main facilitators we find a strong feeling of protection of one's body and loved ones as well as a reduction in the fear of HIV infection. Finally, it provides some answers to improve access to PrEP, by rethinking more targeted modes of communication to the different populations practicing prostitution, and by implementing community health actions.

### Discussion and conclusion

To conclude, improving access to PrEP among sex workers requires a new way of thinking about communication towards the different target populations, but also a change in the mode of administration of PrEP. The long-acting injectable form would make it easier to start a PrEP treatment process. As such, a study evaluating the feasibility and the impact of long-acting drugs to improve the access to PrEP is justified.

KEYWORDS: HIV, prevention, PrEP, female sex workers

## INTRODUCTION

---

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil à part entière dans la prévention de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Ce mode de prévention qui dans les faits concerne actuellement surtout les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH), y rencontre un écho toujours plus favorable. En parallèle, du fait de son efficacité, il est très tôt apparu évident que d'autres populations pourraient profiter de cet outil, parmi lesquelles celle des femmes en situation de prostitution. Cependant, ces personnes semblent avoir actuellement très peu recours à la PrEP. En effet, sur les près de 21 192 personnes prenant régulièrement la PrEP à ce jour en France, seulement 3% sont des femmes et ce quelle que soit l'indication de la PrEP chez ces dernières (1). Ce chiffre suggère que très peu de femmes travailleuses du sexe sont traitées.

Ce constat peut indiquer que la PrEP est peu proposée à ces femmes, et/ou qu'elles-mêmes ne la connaissent pas, ou en ont une perception négative. Afin d'explorer ces derniers aspects, nous nous sommes proposé d'interviewer des femmes en situation de prostitution afin de comprendre leurs connaissances et leurs attentes vis-à-vis de la PrEP, et aussi d'établir quels sont les éventuels freins et facteurs facilitant son accès et son développement au sein de cette population.

### Le VIH

---

#### Le VIH à travers l'histoire

Le VIH est un rétrovirus d'origine simienne probablement apparu à la jonction entre le XIX<sup>ème</sup> et le XX<sup>ème</sup> siècle dans les forêts équatoriales d'Afrique centrale (2). Par la suite, ce virus s'est propagé au reste du monde parallèlement à l'apparition des grands empires coloniaux occidentaux, puis de la mondialisation.

Cependant, le monde n'a pris conscience de son existence que plus tardivement, à la faveur d'une épidémie déroutante touchant un pays de l'hémisphère nord : l'apparition de plusieurs cas de pneumocystose à Los Angeles durant l'été 1981(3). L'identification du virus responsable du Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises (SIDA) n'aura lieu que 2 ans plus tard en 1983 (4). Dès lors, la lutte contre le VIH se mène tant à l'échelle de l'intime et de l'individu qu'à l'échelle globale et collective. Face au choc et à l'absence d'engagement politique, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), leurs proches et les soignants se mobilisent à travers des initiatives privées et publiques. Les principes de Denver en 1983 (5) posent les fondements des luttes futures contre la stigmatisation des PVVIH et le développement et l'accès des traitements au plus grand nombre. Ce n'est qu'à la suite d'une longue bataille des acteurs associatifs et à une forte mobilisation culturelle et médiatique, que des initiatives comme le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ou le programme *Access* (6) ont vu le jour permettant encore aujourd'hui la prise en charge de millions de personnes dans le monde. Cependant les actions continuent afin de permettre l'accès aux nouvelles thérapies et aux traitements de seconde ligne dans les pays du Sud.

L'impact culturel de cette maladie sur la société française fait qu'elle garde une place à part dans l'imaginaire collectif. L'enquête annuelle de l'Institut Français de l'Opinion publique (IFOP) pour le Sidaction, révèle en 2021 que 63% des 15-24 ans ont peur du SIDA et 30% estiment qu'ils ont moins de risque de contaminations que les autres (7). Il persiste une certaine dichotomie entre d'une part le monde associatif et médical, pour qui il ne s'agit aujourd'hui que d'une maladie chronique comme une autre, et même pour de très nombreuses personnes traitées une absence totale de maladie aux longs cours, et d'autre part la société, qui continue de la considérer comme une maladie « à part ».

## Épidémiologie

L'infection VIH est un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale et française. Depuis sa découverte, on estime à 33 millions le nombre de décès imputables au VIH. Malgré l'amélioration constante de l'accès au dépistage et au traitement depuis 20 ans, on dénombrait en 2019 690 000 décès attribuables au VIH, et près de 38 millions de personnes vivent avec le virus (8).

TABLEAU 1 : DONNES MONDIALES SUR LE VIH. SOURCE : ONUSIDA

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019/ 2020****
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	<b>24.0 millions</b> [20.0 millions– 28.2 millions]	<b>27.3 millions</b> [22.8 millions– 32.1 millions]	<b>30.7 millions</b> [25.6 millions– 36.1 millions]	<b>34.9 millions</b> [29.1 millions– 40.9 millions]	<b>35.7 millions</b> [29.8 millions– 41.9 millions]	<b>36.5 millions</b> [30.4 millions– 42.8 millions]	<b>37.3 millions</b> [31.0 millions– 43.6 millions]	<b>38.0 millions</b> [31.6 millions– 44.5 millions]
<b>Nouvelles infections à VIH (total)</b>	<b>2.7 millions</b> [2.0 millions– 3.7 millions]	<b>2.4 millions</b> [1.8 millions– 3.2 millions]	<b>2.1 millions</b> [1.6 millions– 2.9 millions]	<b>1.9 millions</b> [1.4 millions– 2.5 millions]	<b>1.8 millions</b> [1.3 millions– 2.4 millions]	<b>1.8 millions</b> [1.3 millions– 2.4 millions]	<b>1.7 millions</b> [1.2 millions– 2.3 millions]	<b>1.7 millions</b> [1.2 millions– 2.2 millions]
<b>Nouvelles infections à VIH (15 ans et plus)</b>	<b>2.2 millions</b> [1.7 millions– 3.0 millions]	<b>1.9 millions</b> [1.4 millions– 2.6 millions]	<b>1.8 millions</b> [1.4 millions– 2.5 millions]	<b>1.7 millions</b> [1.2 millions– 2.3 millions]	<b>1.6 millions</b> [1.2 millions– 2.2 millions]	<b>1.6 millions</b> [1.2 millions– 2.1 millions]	<b>1.5 millions</b> [1.1 millions– 2.1 millions]	<b>1.5 millions</b> [1.1 millions– 2.0 millions]
<b>Nouvelles infections à VIH (0 - 14 ans)</b>	<b>480 000</b> [300 000– 750 000]	<b>440 000</b> [280 000– 700 000]	<b>310 000</b> [200 000– 500 000]	<b>190 000</b> [120 000– 290 000]	<b>180 000</b> [110 000– 280 000]	<b>170 000</b> [110 000– 270 000]	<b>160 000</b> [99 000– 250 000]	<b>150 000</b> [94 000– 240 000]
<b>Décès liés au sida</b>	<b>1.4 millions</b> [1.0 million– 2.0 millions]	<b>1.7 millions</b> [1.2 millions– 2.4 millions]	<b>1.1 millions</b> [830 000– 1.6 millions]	<b>830 000</b> [610 000– 1.2 millions]	<b>800 000</b> [580 000– 1.1 millions]	<b>760 000</b> [550 000– 1.1 millions]	<b>730 000</b> [530 000– 1.0 million]	<b>690 000</b> [500 000– 970 000]
<b>Personnes ayant accès au traitement antirétroviral</b>	<b>590 000</b> [590 000– 590 000]	<b>2.0 millions</b> [2.0 millions– 2.0 millions]	<b>7.8 millions</b> [6.9 millions– 7.9 millions]	<b>17.2 millions</b> [14.7 millions– 17.4 millions]	<b>19.3 millions</b> [16.6 millions– 19.5 millions]	<b>21.5 millions</b> [19.5 millions– 21.7 millions]	<b>23.1 millions</b> [21.8 millions– 23.4 millions]	<b>25.4 millions</b> [24.5 millions– 25.6 millions] <b>26 millions</b> (mi- 2020) ****
<b>*Ressources disponibles pour le VIH (pays à revenu faible/intermédiaire)</b>	<b>4.8 milliards \$ US**</b>	<b>9.4 milliards \$ US**</b>	<b>15.0 milliards \$ US**</b>	<b>18.0 milliards \$ US**</b>	<b>18.4 milliards \$ US***</b>	<b>19.9 milliards \$ US***</b>	<b>19.0 milliards \$ US ***</b>	<b>18.6 milliards \$ US ***</b>

Après une baisse de près de 40% du nombre de nouveaux cas depuis 2000, on constate une tendance à la stabilité depuis 2018 avec 1,7 millions de nouvelles contaminations par an (Tableau 1) (8).

Malgré une baisse de 60% du nombre de décès liée au VIH depuis le pic de 2004 le VIH reste une réalité brûlante dans certains pays à faible revenu (9) où le virus représente la 9<sup>ème</sup> cause de décès (figure 1).

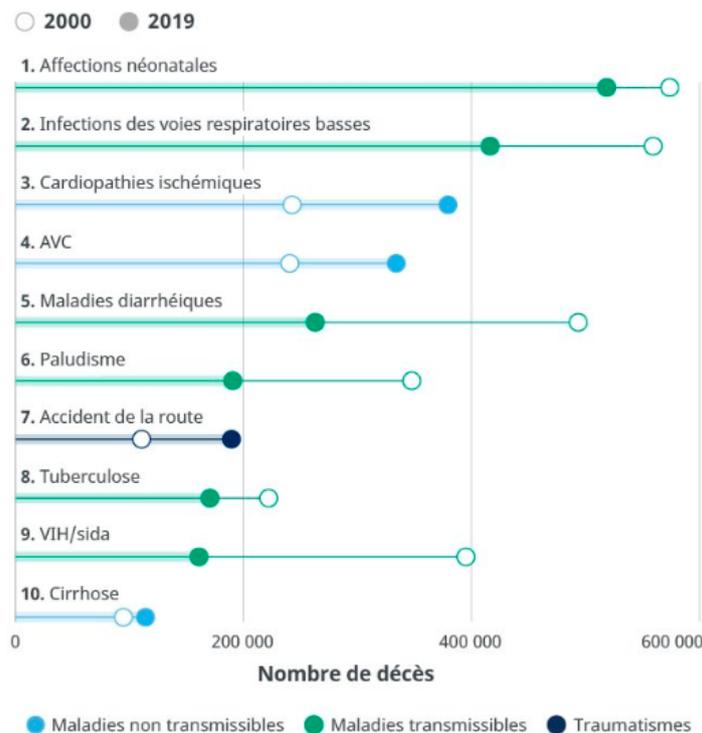


FIGURE 1 : LES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE DANS LES PAYS A FAIBLE REVENU. (9)

L'élargissement de l'accès au traitement et au dépistage entraîne un changement dans la manière d'appréhender l'infection au VIH, passant d'une infection virale incurable à un état chronique ne répondant même plus à la définition d'une maladie. Le principal enjeu de santé publique des prochaines années n'est plus à la prise en charge de la maladie mais à la prévention et la réduction du risque de contaminations. La prophylaxie pré-exposition (*pre-exposure prophylaxis*, PrEP) trouve donc toute sa place dans la stratégie de prévention.

La PrEP, bien que plus développée parmi les HSH, reste insuffisamment utilisée. Et plus qu'anecdotique chez les femmes, qui représentent moins de 3% des patients bénéficiant de la PrEP en France en 2020 (10). Pourtant, 48% des nouvelles infections dans le monde en 2019 touchent une femme (8). En France métropolitaine, ce chiffre s'élève à 35% avec une forte prévalence des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (figure 2) (11).

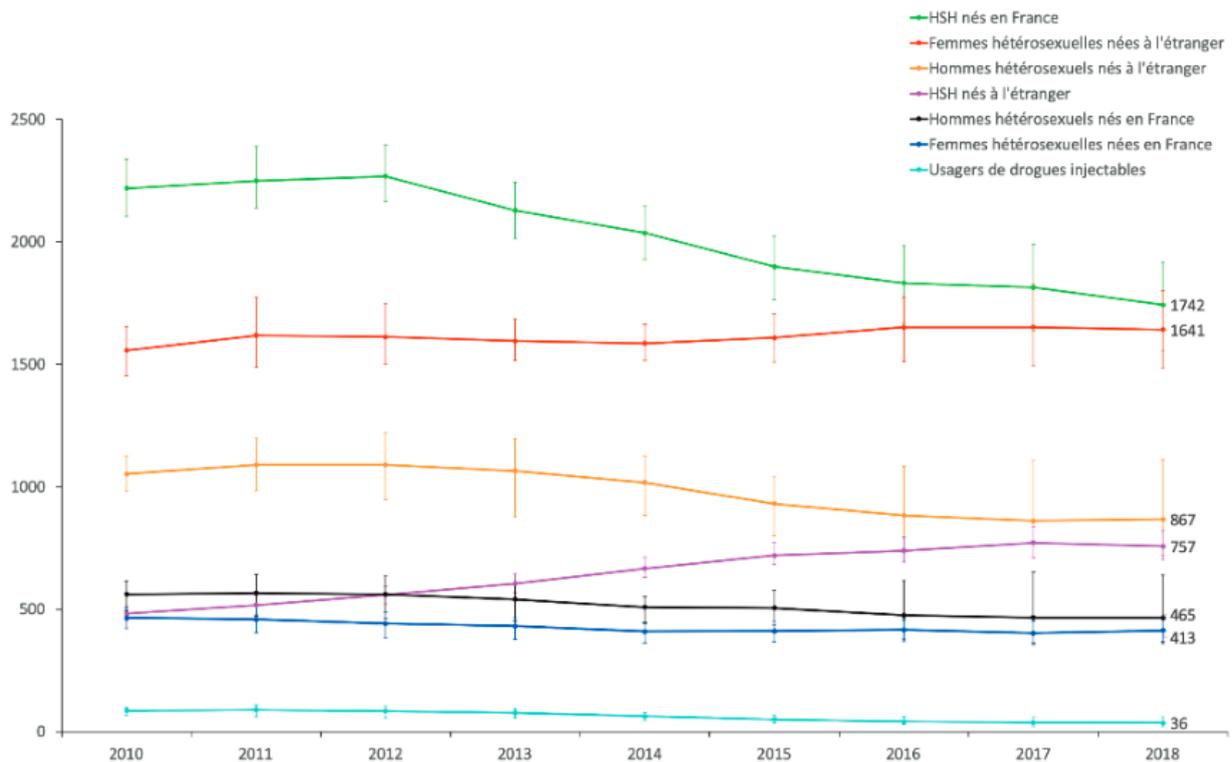


FIGURE 2 : ÉVOLUTION ANNUELLE 2010-2018 DU NOMBRE ESTIMÉ D'INFECTIONS À VIH INCIDENTES PAR GROUPE D'EXPOSITION - FRANCE ENTIÈRE. SOURCE : EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION VIH EN FRANCE 2013-2018, ANRS. (6)

## Physiopathologie

Le VIH mesure 100 à 145 nm de diamètre. La particule virale est constituée d'une enveloppe, reliquat de la cellule infectée, dotée d'une glycoprotéine d'attache : la gp 120. A l'intérieur de cette enveloppe on retrouve une nucléocapside abritant en son sein 2 brins d'ARN simple ainsi que l'ensemble du matériel nécessaire à sa réplication : la transcriptase inverse, l'intégrase et une protéase. Ces trois protéines interviennent ensemble dans la réplication virale

(figure 3). La contamination par le VIH se fait par contacts des muqueuses avec des fluides corporels (sperme, lait maternel...) mais également par voie hémotogène.

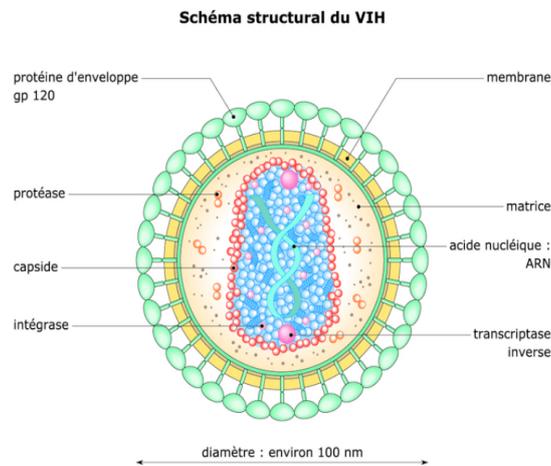


FIGURE 3 : SCHEMA STRUCTURAL DU VIH

[Source : [https://www.assistancescolaire.com/enseignant/lycee/ressources/base-documentaire-en-svt/schema-structural-du-vih-t\\_t206i01](https://www.assistancescolaire.com/enseignant/lycee/ressources/base-documentaire-en-svt/schema-structural-du-vih-t_t206i01), consultée le JJ/MM/AAAA]

La majorité des infections au VIH à travers le monde se font par voie sexuelle (12). La description fine des premières étapes de la contamination par le VIH a été une étape importante dans la compréhension globale de l'infection à VIH, puis dans le mécanisme d'action de la PrEP.

Lors d'une contamination, la muqueuse, qu'elle soit pluristratifiée (vagin, exocol, anus et prépuce) ou monostratifiée (endocol, rectum, tractus gastro-intestinal...) constitue une barrière avec l'extérieur (figure 4). De nombreux mécanismes immunitaires existent au niveau de ces interfaces, permettant de faire face aux agressions extérieures : notamment les lymphocytes T, les cellules dendritiques et les macrophages (13) (figure 5).

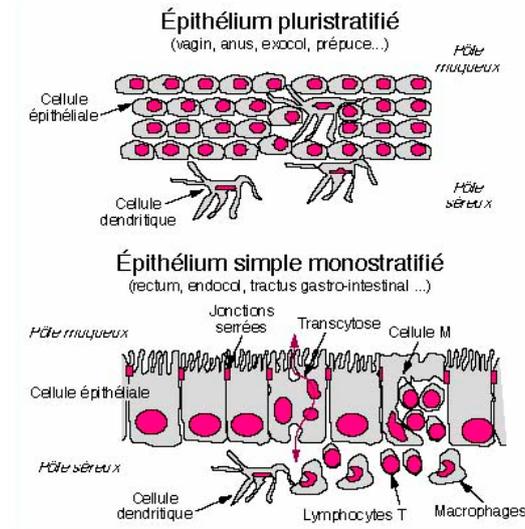


FIGURE 4 LES DIFFERENTS EPITHELIUMS (8)

Le virus pénètre à travers la muqueuse (sexuelle, anale, ou oropharyngée) à l'occasion d'une microlésion (14) ou par transcytose de cellule infectée se trouvant dans les sécrétions infectantes. (11,13)

Après avoir franchi la barrière épithéliale, les virions vont infecter les lymphocytes T CD4 de la sous-couche épithéliale, ainsi que les macrophages/monocytes et les cellules dendritiques (18)(19). Rapidement, la réplication virale se met en place avec la production massive de virions infectant de nouvelles cellules hôtes ; ce phénomène est accru par les mécanismes d'activation immunitaire.(15,20)

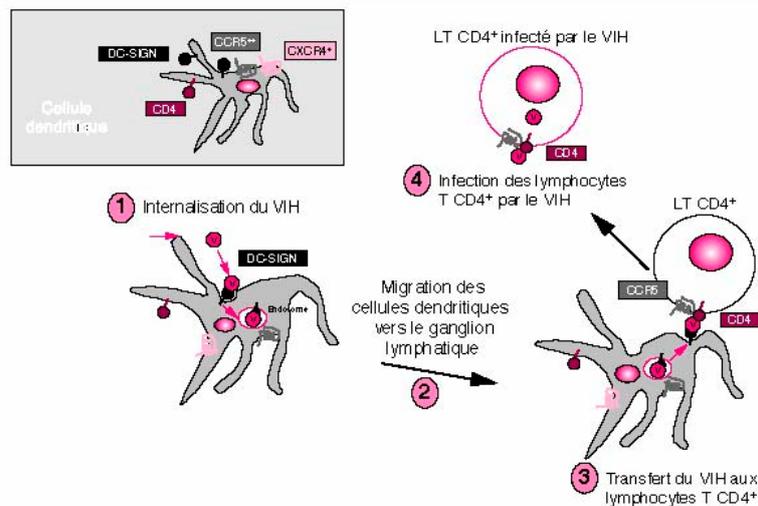


FIGURE 5 : PREMIERES ETAPES DE LA TRANSMISSION DU VIH A TRAVERS LES MUQUEUSES. (8)

Parallèlement à l'infection locale de la muqueuse, le virus commence déjà sa dissémination dans l'organisme grâce à l'infection des cellules dendritiques qui vont rejoindre le ganglion lymphatique proximal. Une fois dans le ganglion, la cellule dendritique joue un rôle facilitateur lors de l'étape de présentation de l'antigène aux lymphocytes T (figure 6), permettant également d'infecter les CD4. (15,18,19). Le virus se dissémine alors à l'ensemble de l'organisme par le système lymphatique qui se draine dans la circulation sanguine par l'intermédiaire du canal thoracique (figure 6). (21)

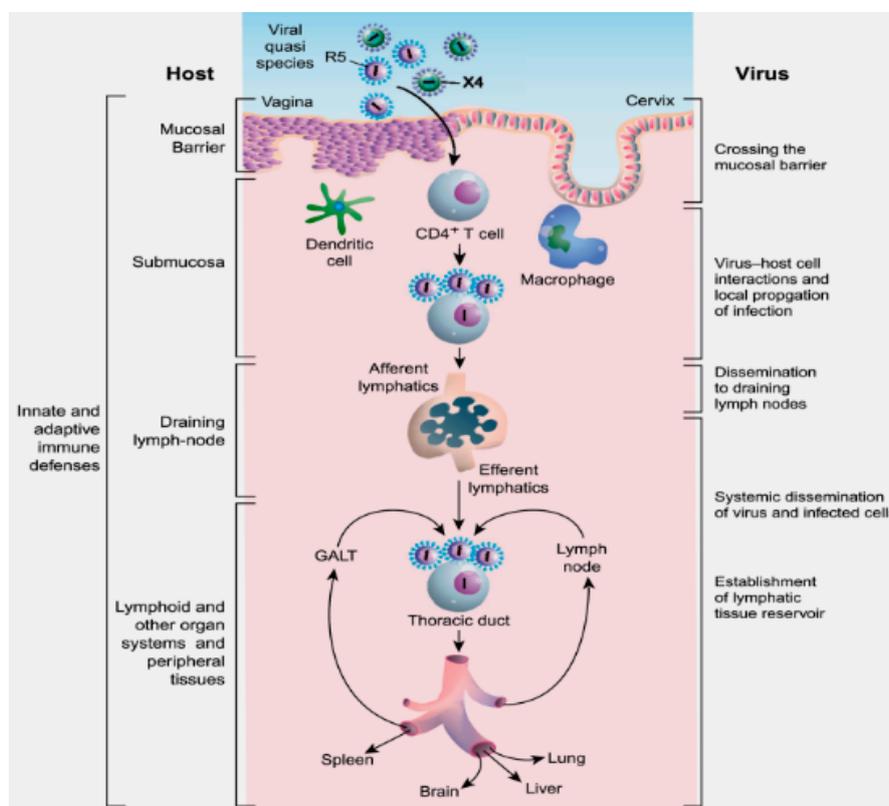


FIGURE 6 : MODELE D'INFECTION ET DE DISSEMINATION DE L'INFECTION PAR LE VIH, ADAPTEE DE SHAW ET AL. (15)

La présence du virus au niveau du système lymphatique et notamment des cellules dendritiques et des macrophages constitue un réservoir viral précoce inaccessible aux antiviraux, empêchant toute éradication du virus une fois l'hôte infecté (22,23).

## Les moyens de prévention du VIH.

Face au VIH, les seuls moyens de préventions n'ont longtemps été que le dépistage, avec la création des centres de dépistage anonyme et gratuit en 1987, et la limitation du risque de contamination, par la création du programme d'échange de seringues, ainsi que la levée de l'interdiction de la publicité pour les préservatifs la même année. Par ailleurs, sous l'impulsion d'une volonté politique et en collaboration avec les acteurs associatifs (AIDES, ACT UP), de nombreuses campagnes de sensibilisation du grand public sur le VIH et le préservatif ont vu le jour tout au long des années 90-2000. L'affichage dans l'espace public est aujourd'hui moins présent, cela se traduit chez les jeunes français de 15 à 24 ans par une baisse continue du sentiment d'être informé sur le VIH, passant de 89% en 2009 à 67% en 2020 (7).

La fin du XXème siècle voit arriver les premières trithérapies avec en 1996 la mise sur le marché de la Zidovudine (AZT) permettant une modeste amélioration de certains paramètres des patients infectés. Par la suite, plus d'une trentaine de nouvelles molécules ont été développées, et de nouvelles classes thérapeutiques découvertes.

### *Le TPE*

Très rapidement, au début des années 1990, ont eu lieu les premiers essais sur le traitement post exposition (TPE), initialement développés pour limiter le risque de transmission mère-enfant. L'indication de TPE s'est ensuite élargie à l'ensemble de la population (exposition professionnelle et sexuelle en particulier). Malgré le peu d'études réalisées, on estime une réduction du risque d'infection de 80% à 100% avec la mise en place précoce d'un traitement antirétroviral (ARV) (24).

### *TasP*

Le concept de *Treatment as Prevention* (TasP) fait son apparition en suisse en 2008. Jusqu'alors, l'indication des trithérapies reposaient sur le fait d'avoir un taux sanguin de CD4 < 500 mm<sup>3</sup>. Les essais HPTN 052 (25) et l'étude PARTNER (26) et PARTNER 2

(27) montrent que la mise en place précoce d'un traitement ARV, dès le diagnostic de séropositivité, réduit le risque de contaminations du / de la partenaire sexuel.le de 93% (27) : un nouvel argument pour le traitement universel de tous les PVVIH est né. Ainsi, en 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la France changent de doctrine et le traitement de toutes les PVVIH devient le *gold standard*, une mise sous traitement étant recommandée dès le diagnostic de séropositivité établi.

### *la PrEP*

En 2012 sur la base de l'étude iPreX (28), l'utilisation de l'association emtricitabine/tenofovir reçoit l'autorisation de la *Food and Drug Administration* (FDA) d'être utilisé comme traitement prophylactique de l'infection à VIH : la PrEP comme nouveau moyen de prévention est née. La France sera le deuxième pays au monde à l'autoriser, quatre ans plus tard, en 2016, et le premier pays à le faire dans un cadre de prise en charge financière à 100%. Dans la section suivante, nous allons détailler plusieurs aspects de la PrEP.

### Émergence du concept

Fort de l'expérience de l'utilisation de traitements présomptifs comme le TPE ou l'encadrement médicamenteux de l'accouchement des femmes infectées par le VIH, l'idée d'un traitement médicamenteux préventif s'adressant à des personnes séronégatives mais à risque de contamination a progressivement germé. Parallèlement au développement médical d'une PrEP, se développe la pratique de « PrEP artisanale » dans la population gay, avec le partage des trithérapies lors de rassemblement festif.

Les premières études sur le sujet apparaissent chez l'animal en 1995 (29), et chez l'Homme dans la seconde moitié des années 2000. En 2008, un nouvel essai (30) démontre la protection conférée chez des macaques contre la contamination à un *Simian Immunodeficiency Virus* (SIV) versus un groupe contrôle par la prise orale d'emtricitabine/tenofovir. Cet essai valide le concept de traitement prophylactique par bithérapie.

### Pharmacodynamie

La PrEP, prophylaxie pré-exposition, repose sur la prise d'emtricitabine et de ténofovir (TRUVADA® ou ses génériques), deux inhibiteurs nucléos/tidiques de la transcriptase inverse.

#### Le Ténofovir

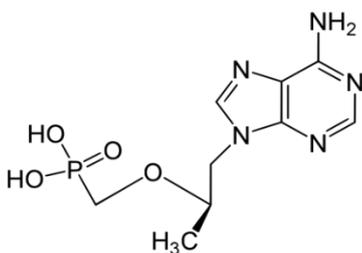


FIGURE 7 : MOLECULE DE TENOFOVIR

Le ténofovir disoproxil fumarate (TDF) (figure 7) est une prodrogue du ténofovir disoproxil, analogue de l'adénosine monophosphate mis sur le marché en 2001 sous le nom de VIREAD® par le laboratoire Gilead. Une fois que celui-ci est intégré dans la chaîne d'ADN par la transcriptase inverse, il est phosphorylé en

ténofovir diphosphate, strict terminateur de chaîne, inhibant ainsi la transcriptase inverse et la réplication virale.

Le ténofovir est principalement éliminé par voie rénale sous forme inchangée (70-80%). Les concentrations sériques maximales sont atteintes une heure après la prise. Sa demi-vie sous forme active intracellulaire est d'environ 50h, permettant une seule prise quotidienne (31). Il comporte une bonne diffusion dans le compartiment génital.

Les principaux effets indésirables (EI) sont les atteintes rénales par tubulopathie proximale ou syndrome de Fanconi, ainsi qu'une atteinte osseuse chez les patients traités au long cours. Ces principaux EI ont pu être atténués grâce à un nouveau design de la molécule : le ténofovir alafénamide fumarate (TAF), permettant une exposition presque complètement confinée au compartiment intracellulaire, et donc une moindre toxicité rénale et osseuse.

### **Emtricitabine**

L'emtricitabine (FTC) (figure 8) est un analogue nucléosidique de la cytidine, mis sur le marché en 2003. Une fois phosphorylé par les enzymes cellulaires, l'emtricitabine 5'-triphosphate, inhibiteur compétitif de la transcriptase inverse, aboutit à l'arrêt de l'élongation de la chaîne d'ADN.

Sa biodisponibilité par voie orale est de plus de 90%, avec un pic des concentrations sériques deux heures après sa prise. Cette molécule possède une bonne diffusion tissulaire, notamment dans le compartiment génital (32). L'élimination est principalement rénale (86%, et 14 % par les fèces) avec une demi-vie intracellulaire de 39h permettant également une seule prise quotidienne. Par ailleurs, elle possède une bonne tolérance générale avec peu d'effets indésirables spécifiques.

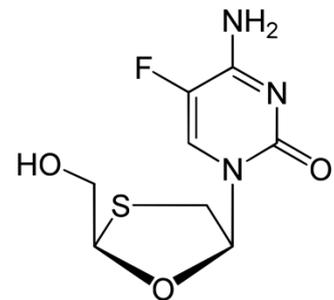


FIGURE 8 : MOLECULE D'EMTRICITABINE

Si les deux molécules ont une bonne diffusion dans le compartiment génital, l'étude des concentrations de l'emtricitabine (FTC) et du ténofovir (TDF) dans la muqueuse vaginale et rectale montre une différence de concentration significative entre les deux tissus (33).

La concentration de TDF à 24h d'une prise unique de TRUVADA® dans la muqueuse vaginale est presque 100 fois inférieure à la concentration dans la muqueuse rectale. Le ténofovir reste par ailleurs détectable 10 à 14 jours après une prise unique dans les deux muqueuses, quoiqu'à des concentrations non actives (figure 9).

La concentration de FTC à 24h de la prise dans la muqueuse vaginale est 10 à 15 fois supérieure à la muqueuse rectale. Cependant le FTC ne reste détectable dans les deux types de muqueuses que deux jours après une prise unique ( figure 9) (33).

Les différences de concentrations au sein des muqueuses rectales et vaginales imposent des modalités de prise différentes entre hommes et femmes. Les faibles concentrations de ténofovir dans la muqueuse vaginale exposent au risque d'une monothérapie effective par FTC les premiers jours de traitement, et également à des concentrations initiales suboptimales de ténofovir. Afin de garantir l'efficacité de la PrEP et de limiter le risque d'émergence de résistance, seule la prise continue est recommandée actuellement chez la femme. Par ailleurs, les données encore parcellaires sur l'efficacité et le mode d'action de la PrEP imposent d'attendre chez la femme au minimum 7 jours de prise continue afin de garantir une activité optimale protectrice (34).

Cependant, quelques études réalisées sur modèle animal montrent une efficacité d'une prise discontinue contre l'infection par voie vaginale par le *SIV* chez des macaques rhésus ayant reçu une double dose de FTC/TDF 24h avant et deux heures après l'exposition au virus. (35)

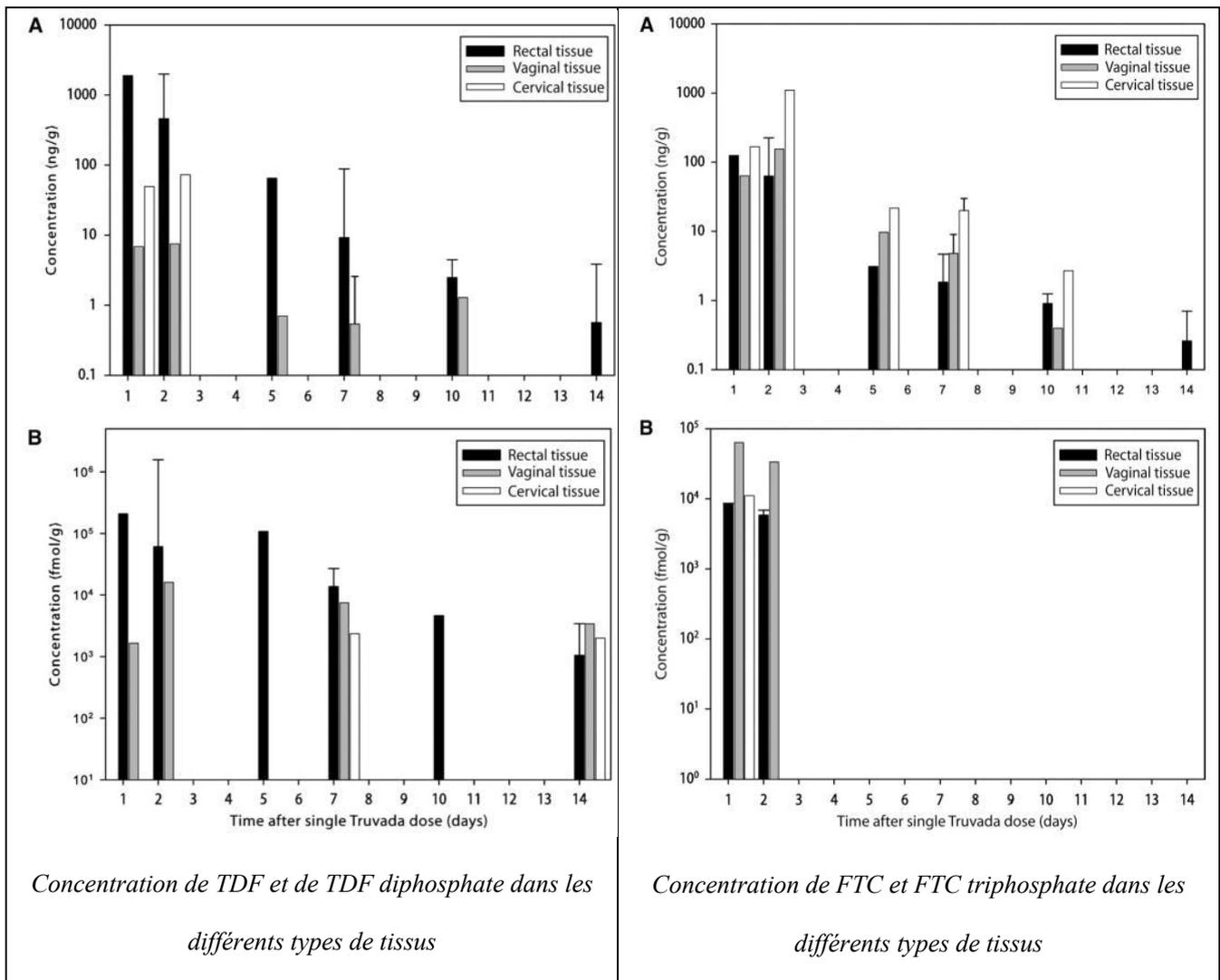


FIGURE 9 : PREVENTION OF VAGINAL SIV TRANSMISSION IN MACAQUES BY A COITALLY-DEPENDENT TRUVADA REGIMEN. PLOS ONE. 2012 (33)

### Validation expérimentale

Des premiers résultats sur modèle animal (30,36) émergent, au tournant des années 2010, les premières études permettant de valider chez l'Homme l'efficacité de la PrEP. Trois grandes études internationales (iPrEx, Proud, Ipergay) ont permis de confirmer sans ambiguïté la très haute efficacité chez les HSH de l'association emtricitabine/ténofovir comme chimioprophylaxie de l'infection au VIH. D'autres études ont été menées afin d'étudier les

possibilités de développer la PrEP parmi d'autres publics et notamment les femmes avec l'étude Caprisa 004 qui est la première du genre.

### **iPrEx**

Premier essai du genre, il s'agit d'une étude multicentrique internationale qui s'est déroulée de juillet 2007 à décembre 2009 aux États-Unis d'Amérique et au Brésil, Pérou, Équateur, Afrique du Sud et Thaïlande. Un total de 2499 patients a été inclus et répartis en deux groupes : emtricitabine/ténofovir (FTC/TDF) vs placebo, en double aveugle (figure 10). Les critères d'inclusion étaient : être né de sexe masculin, avoir plus de 18 ans, avoir des rapports sexuels avec des hommes, et avoir une sérologie VIH négative à l'inclusion.

Cette étude a démontré une réduction de l'incidence du VIH de 44% (IC 95% [15-63]) dans le bras TDF-FTC, réduction qui s'élevait à 92% (IC 95% [40-99]) chez les patients dont le médicament était détectable dans le sang (28). Cependant ces résultats sont en deçà des résultats escomptés par les promoteurs de l'étude.

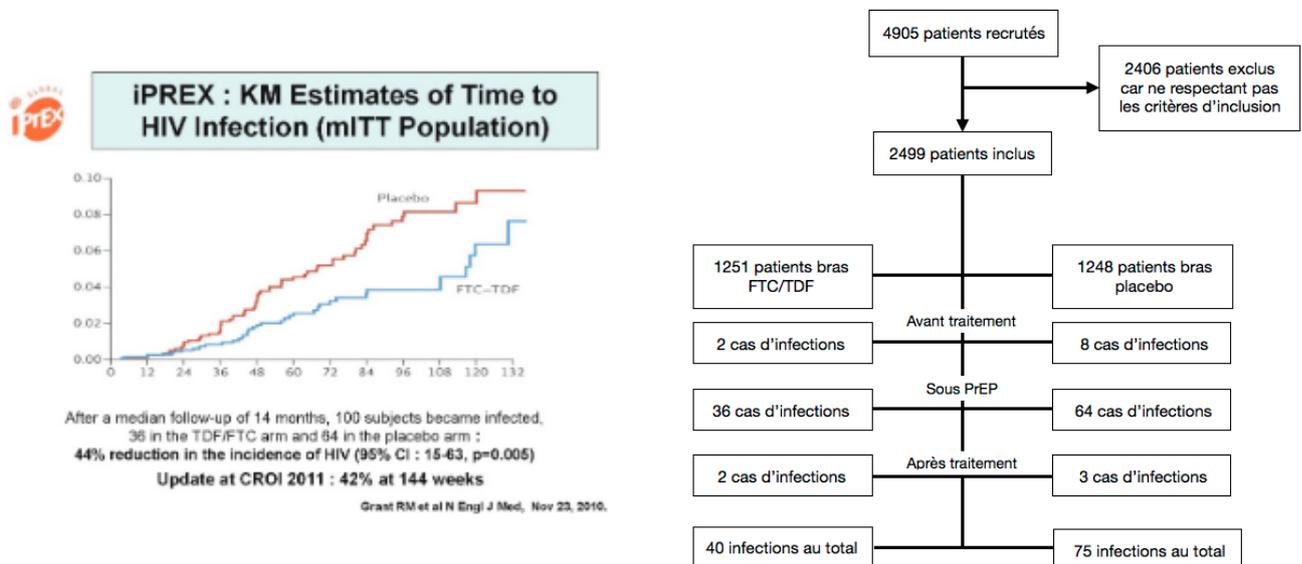


FIGURE 10 : ETUDE IPREX : FLOWCHART DE L'ETUDE, (DROITE) / COURBE DE KAPLAN- MEIER DES CONTAMINATIONS (GAUCHE) CROI 2011 (28)

Les premières réactions furent mitigées avec notamment une certaine controverse venant du corps médical sur le risque d'augmentation des comportements à risque du fait du sentiment de sécurité procuré par la PrEP. Ce contre-argument sera balayé par de nombreuses études dont iPrEx-OLE en 2014 qui n'objective pas de changements de pratique sexuelle après la mise sous PrEP (37,38).

### **Caprisa 004**

Les résultats sont publiés en 2010 la même année que l'étude iPreX. Il s'agit de l'un des premiers essais étudiant le concept de prophylaxie VIH chez la femme. Il compare la prise de gel vaginal à 1% de ténofovir contre placebo avant et après chaque relation sexuelle chez 889 femmes sud-africaines. Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé versus placebo, en double aveugle. Les résultats ne montrent qu'un effet modéré du gel par rapport au placebo, avec une réduction du risque de contamination de 39% (IC à 95% [6-60]  $p=0,017$ ) (39). L'observance au traitement était de 72,2%.

### **Proud**

L'essai Proud s'est déroulé de novembre 2012 à avril 2014 dans treize centres de santé sexuelle de plusieurs grandes villes du Royaume-Uni. Il s'agit d'un essai randomisé multicentrique. Un total de 545 patients a été inclus dans l'étude, divisé en deux bras en double aveugle : un groupe PrEP (275 patients) et un groupe placebo (269 patients) (figure 12). Les critères d'inclusions étaient d'être un homme majeur ayant des rapports avec des hommes et d'avoir une sérologie VIH négative à l'inclusion.

Par ailleurs, les deux groupes ont reçu les mêmes interventions de dépistage du VIH, et la proposition de préservatif et de conseils autour du VIH et du *safe sex*.

Devant des résultats probants lors de l'analyse intermédiaire il a été décidé par le comité d'éthique de l'étude Proud de passer les deux bras sous traitement par FTC/TDF.

Les résultats définitifs publiés en 2016 montrent une diminution du risque d'infection de 86% chez les personnes traitées par FTC/TDF.

Trois infections par le VIH ont été diagnostiquées dans le bras ayant immédiatement reçu le FTC/TDF contre vingt dans le bras différé (malgré la prescription de 174 traitements post-exposition) (RR 86%, 90% IC [64–96],  $p=0.0001$ ). (40)

L'étude des comportements sexuels et de la prise de risque durant l'essai ne montrait pas de surrisque ni d'augmentation des autres infections sexuellement transmissibles (IST), principaux arguments négatifs émis en critiques de la PrEP.

## **Ipergay**

L'étude franco-canadienne conduite par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virale (ANRS) a permis de simplifier le schéma de prise de la PrEP orale par FCT/TDF avec la démonstration d'une très haute efficacité du schéma de prise « à la demande » sur le risque de contamination. Il s'agit d'une étude multicentrique, internationale (France et Canada), en double aveugle qui vise à étudier l'efficacité d'un schéma de prise de FCT/TDF à la demande sur le risque de contamination par le VIH parmi les HSH.

L'étude a inclus un total de 414 patients de février 2012 à octobre 2014 avec comme critère d'inclusion d'être de sexe masculin, ou transgenre femme, avoir plus de 18 ans, avoir une sérologie VIH négative à l'inclusion, avoir des relations sexuelles avec des hommes et avoir un risque élevé de contamination (défini par deux rapports sexuels anaux non protégés ou plus au cours des six derniers mois) (figure 11).

Les patients ont été randomisés en deux groupes : un bras FTC/TDF à la demande et un bras placebo, les deux groupes ayant bénéficié d'intervention sur prévention des risques, de distribution de préservatifs, et du dépistage et le traitement des IST associés.

Dans cet essai, la prise « à la demande » était réalisée comme suit : les participants devaient prendre deux comprimés dans les 24 à deux heures avant le rapport supposé à risque, puis 24h et 48h plus tard. En cas de rapports à risques se succédant, les participants devaient prendre un comprimé par jour jusqu'à 48h après le dernier rapport supposé à risque.

Les patients ont été suivis pendant 9,3 mois en valeur médiane. Au total 16 contaminations ont eu lieu durant l'étude, deux dans le bras PrEP, quatorze dans le bras placebo, soit une réduction du risque de 86% en analyse en intention de traiter (ITT) modifiée (les patients n'ayant pas reçu l'intervention ont été exclus de l'analyse des données soit 199 dans le bras PrEP et 201 dans le bras placebo). Un effet reste présent en analyse en intention de traiter avec une réduction du risque de contamination de 82% (IC 95% [39-99]). (41)

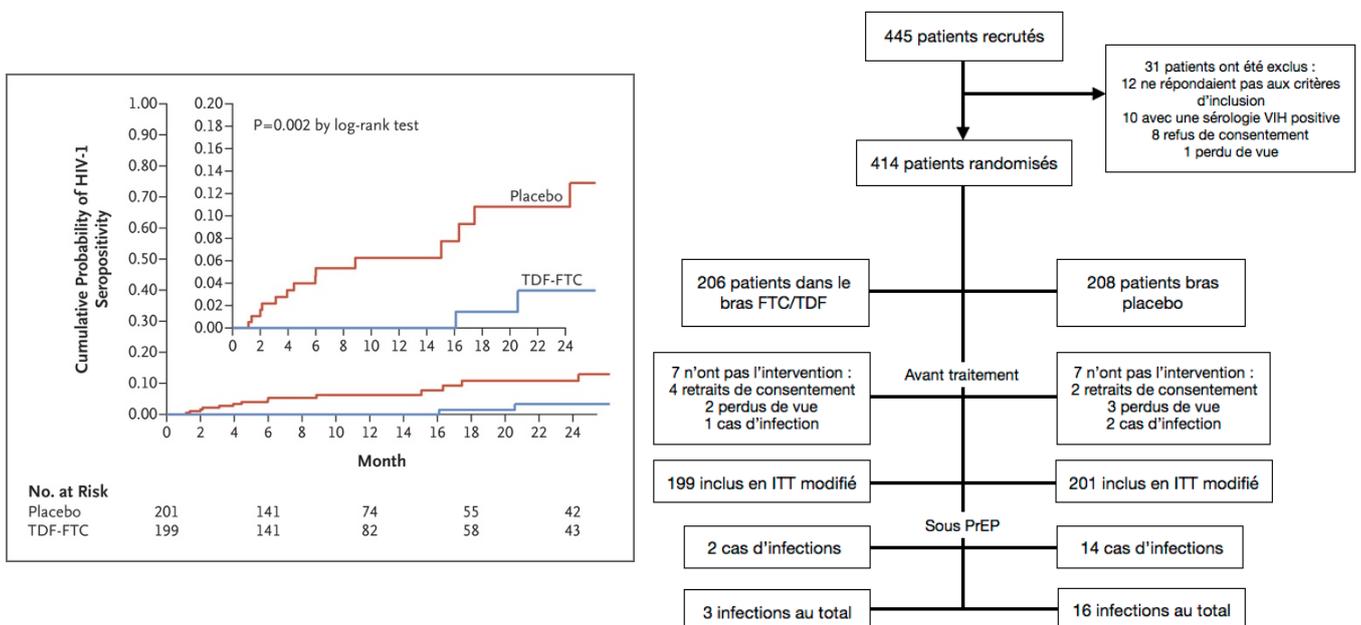


FIGURE 11 : COURBE DE KAPLAN-MEIER SUR LE RISQUE DE CONTAMINATION, ETUDE IPERGAY (41) (GAUCHE) / FLOWCHART REALISE A PARTIR DE L'ETUDE IPERGAY

Les deux cas de contaminations dans le bras PrEP semblent secondaires à un défaut d'observance du traitement, et même un arrêt (58 et 60 comprimés non consommés sur 60 données initialement).

L'étude des comportements à risques ne montre pas de différence significative sur le nombre de partenaires, de rapports anaux ou de rapports non protégés. Par ailleurs, aucune des contaminations constatées ne présente de profil de résistance aux anti-étroviraux.

### **Partner PrEP**

Cet essai étudie la prise orale de ténofovir vs ténofovir/emtricitabine vs placebo dans les couples sérodiscordants pour le VIH. Un total de 4758 couples sérodiscordants ont été inclus. On retrouve une réduction du risque de contamination de 67 % (IC à 95 [44-81]) dans le bras TDF seul et de 75% (IC à 95 [55-87]) dans le groupe TDF/FTC (42). L'analyse en sous-groupe en fonction du sexe retrouve une différence d'efficacité dans les deux bras traitement. Le ténofovir seul était efficace à 71% chez les femmes et 63% chez les hommes. L'association ténofovir/emtricitabine était quant à elle efficace à 66% chez la femme et 84% chez l'homme. Cependant les différences observées sur l'efficacité étaient statistiquement non significatives entre les deux sexes.

### **TDF2**

TDF2 cherchait à évaluer l'efficacité d'une prise orale de ténofovir/emtricitabine sur le risque de contamination du partenaire séronégatif au sein de couples hétérosexuels sérodiscordants au Botswana. L'étude a mis en évidence une réduction du risque de 62% (IC à 95% [22-84])(43) du risque de transmission. Néanmoins plus de 30% des participants n'ont pas suivi le protocole en entier. L'efficacité du traitement indépendamment du sexe du patient n'a pas pu être mise en évidence faute de puissance.

## FEM-PrEP

Il s'agit d'une étude de phase III sur la prise orale du ténofovir/emtricitabine prévue pour inclure initialement 3900 femmes africaines à haut risque. Seules 1951 seront finalement incluses. En effet l'étude est prématurément arrêtée devant l'absence d'efficacité de l'association antirétrovirale, avec 56 infections dans les deux bras, sans différence significative (44). L'absence d'efficacité est très probablement imputable à la faible observance au traitement puisque moins de 40% des femmes contaminées avaient des concentrations plasmatiques détectables de FTC et TDF au moment du diagnostic.

## VOICE

Il s'agissait d'un essai de phase IIB, randomisé, cherchant à étudier l'efficacité des différentes modalités de PrEP : ténofovir oral seul, emtricitabine/ténofovir et un gel à 1% de ténofovir contre placebo sur un peu plus de 5000 femmes Sud-Africaines, Ougandaises et Zimbabwéennes. L'essai a été arrêté de manière prématurée devant l'absence d'efficacité dans chacun des trois bras par rapport au groupe placebo (45).

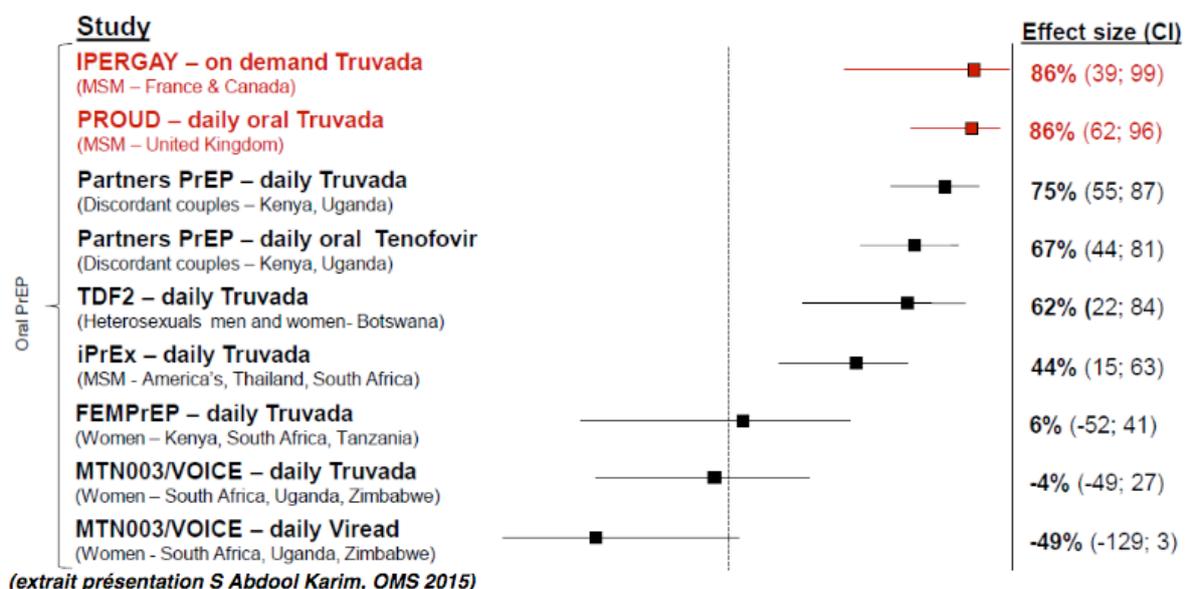


FIGURE 12 : RECAPITULATIF DES ETUDES PREP, SOURCE : RTU TRUVADA (46)

A la lumière de ces différentes études il n'est plus à démontrer l'efficacité de la PrEP chez les HSH et les couples sérodiscordants, mais cela est moins évident chez les femmes principalement à cause d'un défaut d'observance rapporté dans les études. (figure 12)

### **La PrEP en pratique**

L'utilisation de la PrEP était initialement encadrée par une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) en 2015, puis par l'extension d'AMM en 2017 (47), et en parallèle par les recommandations d'experts du Conseil National du Sida (34). On retient alors pour la PrEP des indications très souples permettant une évaluation individuelle du risque de contamination et une instauration au cas par cas, en collaboration avec le patient. On y retrouve par exemple l'indication suivante « personne en situation de prostitution ». Dans une démarche facilitée par la crise de la COVID-19 la prescription initiale sort du circuit hospitalier et des CEGIDD avec la parution de nouvelles recommandations de la haute autorité de santé (HAS) en avril 2021 permettant un usage facilité de la PrEP à la médecine libérale et générale (48).

- Les critères suivants peuvent aider à identifier les individus à haut risque :
- **Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ou personnes transgenres ET au moins l'un des critères ci-dessous :**
    - Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois ;
    - Episodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à *Chlamydia*, primo-infection hépatite B ou hépatite C) ;
    - Plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 12 derniers mois ;
    - Usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, méphédronne) lors des rapports sexuels (Cf. autre section de ce même chapitre).
  - **Autres personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection par le VIH chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas :**
    - Sujet en situation de prostitution soumis à des rapports sexuels non protégés ;
    - Sujet en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée :
      - Sujet originaire de région à forte prévalence pour le VIH
      - Sujet ayant des partenaires sexuels multiples
      - Sujet usager de drogues injectables
    - Sujet ayant des rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission de l'infection par le VIH chez la personne exposée : ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement ;
    - Autre situation jugée à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.

*Source : Conseil National du Sida, 2018*

### *Mise en place de la PrEP en pratique*

L'initiation d'une PrEP nécessite une première consultation dédiée permettant un dépistage systématique des IST et du statut sérologique VIH, le point sur la couverture vaccinale, et une évaluation de la fonction rénale. A l'issue de cette consultation (parfois avec un décalage en cas d'exposition importante au VIH dans les jours précédant la consultation, une 2<sup>ème</sup> sérologie pouvant alors être utile), le traitement est prescrit pour une durée de quatre semaines. Une deuxième consultation a lieu après 1 mois de délai pour évaluer la tolérance au FTC/TDF, la compréhension du schéma thérapeutique, et la réalisation d'une seconde sérologie VIH afin de ne pas méconnaître une primo-infection lors de la première consultation. En cas de bonne tolérance, le traitement est renouvelé pour une durée de trois mois, avec ensuite un suivi trimestriel (dépistage d'une infection par le VIH et des autres IST et bilan rénal). Le dépistage précoce d'une contamination sous PrEP est en effet indispensable devant le risque de développer des mutations de résistance sous bithérapie.

Par ailleurs la PrEP ne doit s'envisager que par une approche globale de l'individu mettant en œuvre la prévention gynécologique, psychique et addictologique.

Du fait des propriétés pharmacodynamiques décrites précédemment, le schéma de prise chez la femme est une prise exclusivement en continue avec un délai de 7 jours de prise en continu avant d'atteindre un niveau de protection optimal. (figure 13)

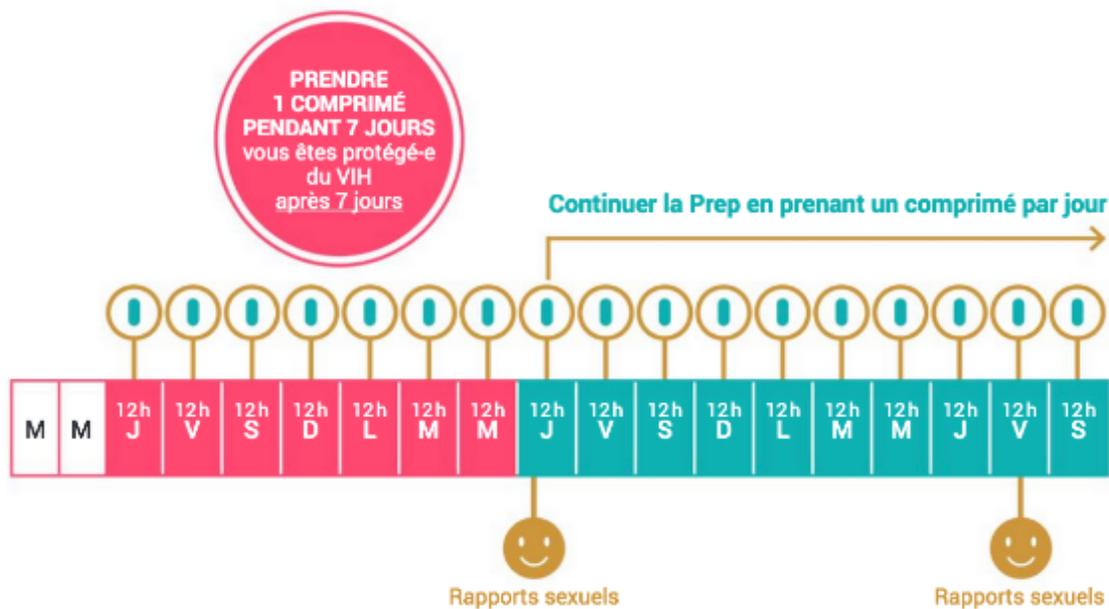


FIGURE 13 : SCHEMA PRISE PREP CHEZ LA FEMME, SOURCE AIDES C'EST QUOI LA PREP (49)

## La Prostitution

On a beaucoup dit qu'il s'agissait du plus vieux métier du monde, argument immuable justifiant sans réserve la pratique, pour d'autres il ne s'agit que du continuum d'une société patriarcale exerçant sa domination sur le corps de la femme. De ces deux extrêmes il n'existe non pas une mais des vérités, autant qu'il existe de femmes en situation de prostitution.

La prostitution reste un sujet tabou, d'une profonde ambivalence et qui s'exprime en particulier dans la définition que donne au mot prostitution différents dictionnaires :

« Le fait de livrer son corps aux plaisirs sexuels d'autrui pour de l'argent et d'en faire métier ; ce métier, le phénomène social qu'il représente » (Le petit Robert, édition 2021).

« Acte par lequel une personne consent habituellement à pratiquer des rapports sexuels avec un nombre indéterminé d'autres personnes moyennant rémunération. » (Le petit Larousse illustré, édition 2020)

Le phénomène social auquel renvoie le petit Robert reste toujours aussi flou ; quant au dictionnaire Larousse, il précise qu'elle se pratique contre rémunération, mais le reste de la définition est pour le moins « indéterminé ». Devant la difficulté à définir et à refléter la diversité du phénomène par un seul mot, il semblait nécessaire de réaliser un paragraphe sur ce « phénomène social ».

### Un peu d'histoire

La prostitution existe sous forme de prostitution sacrée dans les sociétés mésopotamienne et notamment babylonienne afin d'honorer la déesse de la fertilité Ishtar. On les retrouve aussi bien dans l'épopée de Gilgamesh (probablement un des premiers récits de l'humanité) que dans le code d'Hammurabi (texte juridique babylonienne de – 1750 av JC) (23). Cette prostitution sacrée existe en Inde, en Egypte mais également dans la Grèce antique avec les hiérodules du temple d'Aphrodite à Corinthe.

En Grèce antique les cités-états décident de réglementer la prostitution, « mal nécessaire » (50) afin de lutter contre la guerre civile et permettre aux jeunes hommes de défouler leurs ardeurs sans porter atteinte à la vertu des femmes citoyennes d'Athènes. C'est ainsi que Solon, gouverneur d'Athènes, ouvre les premières maisons communales. Ces maisons sont peuplées de *pornais*, du verbe *pernemi* en grec ancien signifiant « vendre », qui peut se traduire par femme achetable. Il s'agit souvent d'esclaves, et le prix des actes sexuels est alors encadré par la cité à hauteur d'une obole, soit 1/6<sup>ème</sup> du salaire quotidien d'un fonctionnaire. Il

existe déjà à cette époque une hiérarchie sociale dans la prostitution entre les *pornais* pour la plèbe et les *hétaires* pour les hommes d'influence et de pouvoir. La création de ces premières maisons closes est également justifiée comme « une mesure d'hygiène sociale pour préserver la race » (51) afin que chaque homme marié trop pauvre pour se payer une *hétaire* puisse « tout de même s'apaiser » (51) et constitue une nouvelle recette fiscale pour la cité permettant de financer le temple d'Aphrodite.

La suite de l'histoire de la prostitution est ponctuée d'interdiction avec l'apparition de la religion chrétienne. Bien que Jésus accueille les prostituées, qu'il appelle à se repentir, Charlemagne les expulse des cités du Saint Empire, et plus tard Saint Louis déclare « la croisade contre les maisons des ribaudes » (50). Cependant les échecs de ces épisodes de prohibition contraignent les états à réorganiser la prostitution dès le moyen âge avec les bordaux municipaux ou les cabarets populaires.

Le XIX<sup>ème</sup> siècle, sous l'impulsion des volontés réglementaires et gestionnaires de Napoléon, voit apparaître en 1802 le premier arrêté encadrant la prostitution. En 1810, le code civil inscrit dans le droit que « tout individu est libre de son comportement sexuel ». Aux justifications réglementaires s'ajoutent un discours hygiéniste avec la nécessité d'encadrement sanitaire afin de limiter la propagation du mal de Naples ou syphilis, qui fait rage à l'époque. C'est le début des maisons de tolérance qui fleurissent partout en France et dans l'Empire colonial, et dans lesquelles les femmes se voient imposer un examen médical initial et un suivi hebdomadaire. Ce réglementarisme cherche à lutter contre un supposé « déclin national par transmission héréditaire » (52). Les « filles publiques » ont donc l'obligation d'être inscrites sur un registre leur conférant un statut à part (53), proche de l'esclavage. Les sorties accompagnées ont lieu tous les 15 jours. Entretemps, elles sont obligées de rester dans l'enceinte de la maison de tolérance, sans quoi elles peuvent être condamnées au bagne de Guyane ou de Nouvelle-Calédonie si elles devaient être accusées d'exercer dans la rue ou de

séduire de jeunes ingénus. Ce système qui ne cessa d'être soumis à la critique au tournant du XXème siècle, notamment par Joséphine Butler dénonçant la « traite des blanches », fut aboli en 1946 sous l'impulsion de Marthe Richard et l'émergence d'un discours abolitionniste. Cependant la fermeture des maisons de tolérance ne fut pas synonyme d'abolition de la prostitution mais d'une période de vide juridique. D'un côté la loi réprime toute « attitude de nature à provoquer la débauche » (54), dont les interprétations possibles sont si vastes qu'elles placent les travailleuses du sexe dans une insécurité réglementaire. Néanmoins, d'un autre côté, l'administration fiscale considère que ces revenus sont éligibles à l'impôt et aux cotisations sociales. Cependant il s'agit d'une activité illégale ne permettant pas, aux yeux de l'administration, l'ouverture de droit à la sécurité sociale ou au chômage. Cette situation précaire, contradictoire et pouvant être perçue comme injuste fut à l'origine de l'occupation de l'église de St Nizier à Lyon afin d'alerter sur le statut de sous-citoyen des personnes en situation de prostitution.

Cependant ces revendications resteront lettre morte avec l'instauration en 2003 du délit de racolage passif, passible de deux mois de prison et 3750€ d'amende, supprimé ensuite pour être remplacé par la pénalisation du client, passible de 1500€ d'amende, dont le caractère constitutionnel peut être remis en question puisque la prostitution n'est pas interdite en France. En réponse à cette ambivalence de l'état, le Syndicat du Travail Sexuel (STRASS), créé en 2009, promeut quant à lui la reconnaissance de la prostitution comme un statut professionnel comme un autre permettant un meilleur accès aux prestations sociales ou la lutte contre les réseaux de prostitutions.

L'histoire de la prostitution est un cycle continu alternant entre période de tolérance et tentative de prohibition, de la Mésopotamie à nos jours.

## La prostitution aujourd'hui en France

Il n'existe pas de données fiables quant au nombre de travailleurs·euses du sexe en France – ne serait-ce que parce que leur activité peut prendre différentes formes, et d'une façon plus ou moins discontinue, voire transitoire. L'office central de la répression pour la traite des êtres humains (OCRTEH) estime en 2019 qu'entre 20 000 et 40 000 personnes sont en situation de prostitution en France, avec une tendance à l'augmentation ces dernières années (55). Cependant, d'après de nombreuses associations dont le STRASS, ce chiffre est largement sous-estimé, et plus proche des 400 000 personnes. Les estimations de l'OCRTEH permettent de décrire cette population jusqu'alors peu connue. Il s'agit à 85% de femmes, de nationalité étrangère pour 80% d'entre elles. On constate par ailleurs un déplacement « en ligne » de la prostitution ces dernières années. Alors qu'il y a 15 ans encore, 90 % de la prostitution s'exerçait dans la rue, internet est aujourd'hui devenu le canal préférentiel des mises en contact : en 2018 il représentait 68% de l'activité, contre un peu moins de 30% pour la rue, et 8% pour l'activité *indoor* (bar, salon de massage)(56).

Une des difficultés à appréhender le phénomène tient également de la difficulté à définir la prostitution. Il existe une certaine polémique sur le terme à employer pour définir l'activité de prostitution : « travailleur(se) du sexe », traduction littérale de *sex worker*, terme couramment utilisé dans les publications internationales. Ce terme renvoie pour les acteurs associatifs aux personnes ayant choisi librement cette activité, en opposition à « personne en situation de prostitution », terme qui renvoie plus à une notion d'activité sous la contrainte, et qui est parfois utilisé par un courant abolitionniste. Dans ce travail nous entendons par « personne en situation de prostitution » toute personne pratiquant un acte sexuel en échange d'une rétribution quelle qu'elle soit, incluant donc les travailleurs/euses du sexe.

Face au manque cruel d'informations sur une population potentiellement à risque d'infection par le VIH et représentant entre 40 000 à 400 000 personnes, la Direction Générale

de Santé (DGS) a saisi en 2016 la HAS afin de réaliser un état des lieux de l'état de santé des personnes en situation de prostitution, ce qui a permis de mettre à plat un certain nombre d'idées préconçues. Ce rapport fait état d'une revue de la littérature ne comprenant que peu de publication française. Néanmoins, le surrisque d'infection par le VIH au sein de la population des femmes en situation de prostitution y apparaît très modéré comparé à la population générale, alors même que l'on retrouve un taux de dépistage dans les douze derniers mois de 70% parmi les travailleuses du sexe interrogées (57). Il semble ainsi que la prostitution ne soit pas un facteur de risque à part entière, sauf quand elle est associée à des vulnérabilités psychique et/ou socio-économiques (consommation de drogue injectable, précarité économique ou administrative) (57). *A contrario*, l'absence de relation forte entre l'activité de prostitution et le VIH ne se retrouve pas pour les autres IST. En effet, le rapport retrouve un surrisque de présenter une chlamydie 2 fois supérieur, pour gonococcie 3 fois supérieur, et un risque de réinfection dans l'année plus élevé que la population générale. Ce surrisque d'infection par les autres IST peut être un indicateur indirect de rapport sexuel à risque (bien que leur transmission puisse tout à fait s'effectuer même sans pénétration non protégée).

Cette étude a été réalisée sur le territoire de l'arc alpin (dont la définition géographique pour cette étude correspond à l'Isère et les Savoies) (figure 14) ; il n'existe pour ce territoire aucune donnée (issue par exemple de source policière) ou études épidémiologiques sur la prostitution.



FIGURE 14 : L'ARC ALPIN

## Problématique et objectifs de l'étude

---

La pénalisation du « racolage » puis des clients, associée à l'image péjorative de la prostitution tout au long de l'histoire de notre société, entretient une certaine clandestinité de cette activité. Bien que de rares études (57) ne retrouvent pas de relation entre surrisque d'infection par le VIH et prostitution, on constate que ce risque augmente fortement avec la présence d'autres facteurs de vulnérabilité. La PrEP trouve donc toute sa place au sein de cette population comme un moyen supplémentaire de prévention, mais reste insuffisamment utilisée. Partant de ce constat, ce travail s'est attaché à mettre en évidence les facteurs favorisant et limitant l'accès à la PrEP des femmes en situation de prostitution dans l'arc alpin.

**La problématique de ce travail est ainsi la suivante : la PrEP étant un outil potentiellement intéressant pour les personnes en situation de prostitution, quels sont les facteurs qui peuvent expliquer sa faible utilisation ? Selon ces personnes (en particulier dans l'Arc alpin), quels sont les facteurs limitants et renforçant le recours à la PrEP ?**

### **Objectifs secondaires :**

Évaluation du risque d'infection par le VIH et de l'indication d'initiation de la PrEP parmi les personnes interrogées.

Evaluer l'état des connaissances sur le VIH et la PrEP chez les personnes interrogées.

---

## MATERIEL ET METHODE

---

### Grille d'entretien

---

La grille d'entretien (Annexe I) a été élaborée pour la partie épidémiologie descriptive à partir des données épidémiologiques du rapport sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution de 2016 (57). L'évaluation de l'indication de PrEP suit les recommandations d'introduction d'une PrEP selon le rapport Morlat et l'HAS (34,48).

L'observance au traitement peut être évaluée à l'aide d'indicateur tel qu'un antécédent de prise de pilule contraceptive. De même les antécédents d'IST sont un indicateur indirect de pratique sexuel à risque.

Les antécédents de vaccination, de suivi gynécologique, le nombre de contacts médicaux et de dépistages des douze derniers mois sont des marqueurs d'intégration et de proximité vis-à-vis du système de soins.

La partie qualitative de la grille d'entretien a été élaboré à la suite d'échanges avec le milieu associatif intervenant auprès de personnes en situation de prostitution et de

représentantes du STRASS. Les questions qualitatives ont été remodelées à la suite des trois premiers entretiens afin de faciliter les échanges.

## Les entretiens

---

Les seuls critères d'inclusion étaient d'être une femme en situation de prostitution acceptant d'accorder un entretien. Les personnes interviewées ont été sollicitées par l'intermédiaire du milieu associatif, notamment l'Appart 38, Aides Annecy-Chambéry, et Médecin du Monde Grenoble. Le recrutement a également été réalisé à l'occasion de maraudes dans les villes et alentours de Grenoble et Chambéry, ainsi que l'utilisation de nombreux sites internet d'escort et de rencontre (Wannonce.com, Ladyxena.com, 6annonce.com...).

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2020 et octobre 2021 majoritairement de manière physique mais également en visioconférence via le site Zoom® afin de s'adapter à la situation sanitaire. Un dédommagement de trente euros était proposé aux participantes. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits en document Word. Afin de garantir l'anonymat et se conformer au référentiel de méthodologie MR-04 de la CNIL, les enregistrements ont été supprimés après leur retranscription. Le récépissé de conformité au référentiel MR-04 de la CNIL est disponible en annexe (annexe II). De même aucun nom, lieu géographique précis ou dates permettant l'identification de participantes n'ont été retranscrits. Les enregistrements ainsi que les retranscriptions ont été stockés sur un disque dur externe protégé par un mot de passe.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, défini par l'obtention de moins de deux nouveaux items par entretien lors du codage. (figure 15)

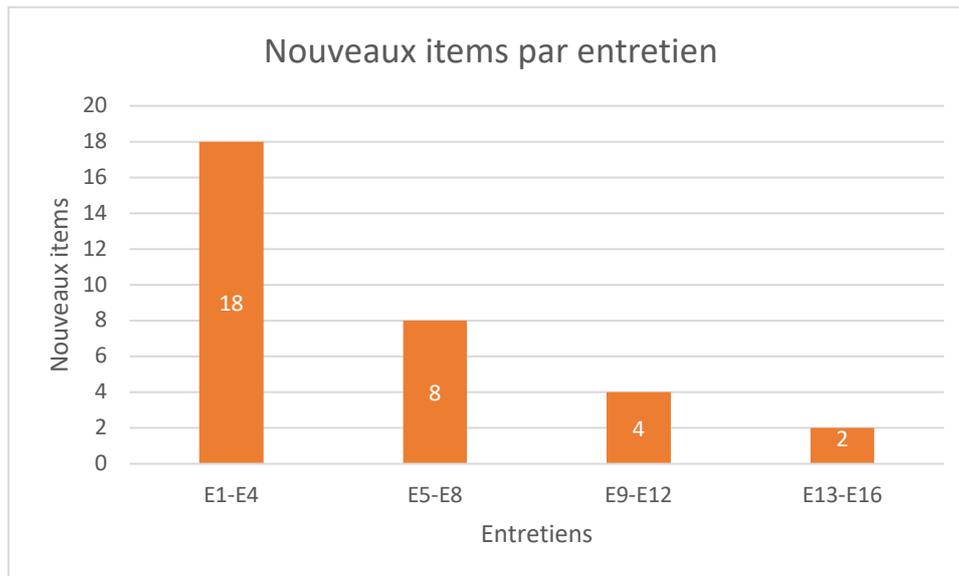


FIGURE 15 : NOUVEAUX ITEMS PAR ENTRETIENS

## L'analyse

---

L'analyse d'épidémiologie descriptive et les graphiques ont été réalisés grâce à EXCEL 2016 version 16.43. Sur les diagrammes en boîte, le « X » correspond à la moyenne et la ligne horizontale correspond à la médiane, les extrémités de la boîte correspondent au 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartile.

Le codage a été réalisé par une seule personne, l'investigateur principal, de manière manuelle au fur et à mesure des entretiens mais également une nouvelle fois après l'analyse du dernier entretien. Les items jugés pertinents ont permis de définir les concepts de facteurs limitant ou favorisant et ce jusqu'à saturation des données.

## Définitions des types de prostitution

---

On entend par prostitution *indoor* les modes de prostitution dans des lieux « à l'intérieur » comme les bars ou les clubs.

La définition communément admise d'activité *d'escort* ou *d'escorting* est un service plus complet ne se limitant pas qu'à une relation sexuelle tarifée mais au concept « d'expérience de petite amie », de compagnie lors d'une journée, d'une soirée.

La prostitution de rue correspond à la pratique de la prostitution dans la rue mais avec une prestation sexuelle pouvant être dans la rue, dans un hôtel ou logement ou dans une camionnette.

On entend par réseau au sens de Lavaud-Legendre comme l'ensemble des « agissements exploitant une volonté, voire une nécessité migratoire : un acte (recrutement, transport, transfert...), un moyen (violence, menace, tromperie...) et un but (l'exploitation de la personne) » (58)

---

## RESULTATS

---

### Description sociologique de la population

---

Il s'agit ici de décrire les caractéristiques sociologiques, d'état de santé et de pratique de la prostitution de la population étudiée. Compte tenu de l'effectif de cette étude les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des femmes en situation de prostitution, cependant certains résultats permettent d'apporter un éclairage particulier sur des facteurs pouvant augmenter la prise de risque lors de l'exercice de la prostitution.

#### Nationalité des personnes interrogées

L'analyse des données retrouve une majorité de femmes de nationalité française. Parmi les femmes de nationalité étrangère on note une forte représentation de nationalité d'Afrique subsaharienne avec trois femmes de nationalité Congolaise (Kinshasa), deux femmes de

nationalité Nigériane, une de nationalité Angolaise et une femme de nationalité guinéenne (de Guinée-conakry). La dernière personne interrogée est roumaine. (figure 16)

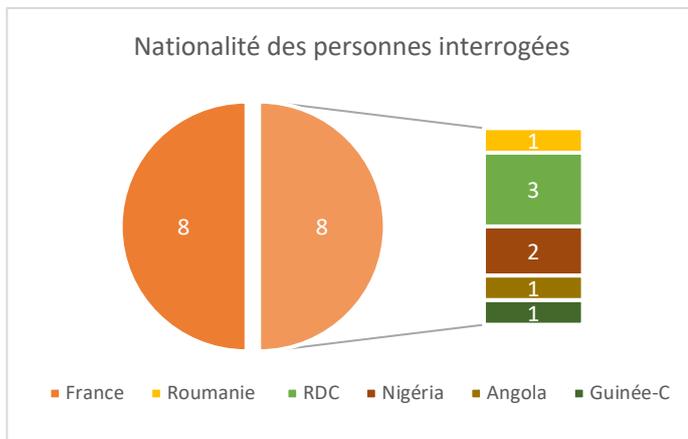


FIGURE 16 : NATIONALITE DES PERSONNES INTERROGEEES

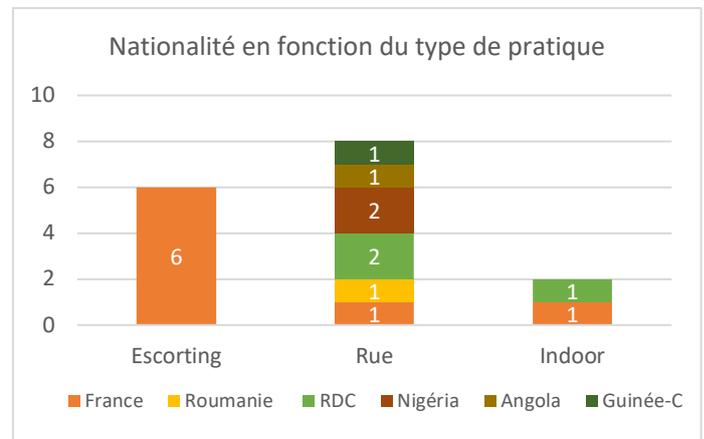


FIGURE 17 : NATIONALITE EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE

Si l'on rapporte la nationalité au type de pratique de la prostitution (figure 17), on note que l'ensemble des femmes interrogées pratiquant l'*escorting* sont de nationalité française alors que les différentes nationalités étrangères se partagent entre la pratique de la prostitution de rue et la pratique *indoor*.

### Situation administrative

La majorité des personnes interrogées sont en situation régulière et pérenne sur le territoire (figure 18) : huit femmes sont de nationalité française et trois femmes ont des titres de séjour ; deux autres femmes sont sous le régime de demandeur d'asile donc de manière régulière sur le territoire mais conditionné à l'acceptation de leur asile ; enfin, trois femmes sont en situation irrégulière sur le territoire, une n'ayant pas déposé de demande d'asile et l'autre soumise à une obligation de quitter le territoire français (OQTF). La durée moyenne de présence sur le territoire pour les femmes de nationalité étrangère est de vingt-huit mois (figure 19) avec des extrêmes allant de cinquante-cinq mois (en possession d'un titre de séjour) à cinq mois (situation irrégulière).

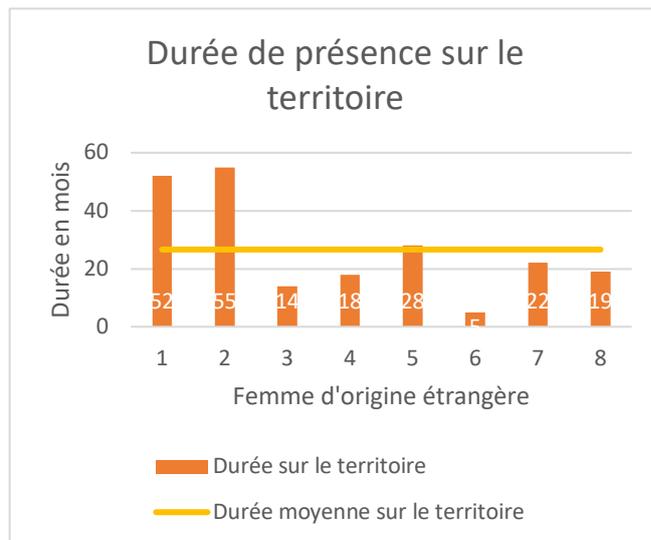
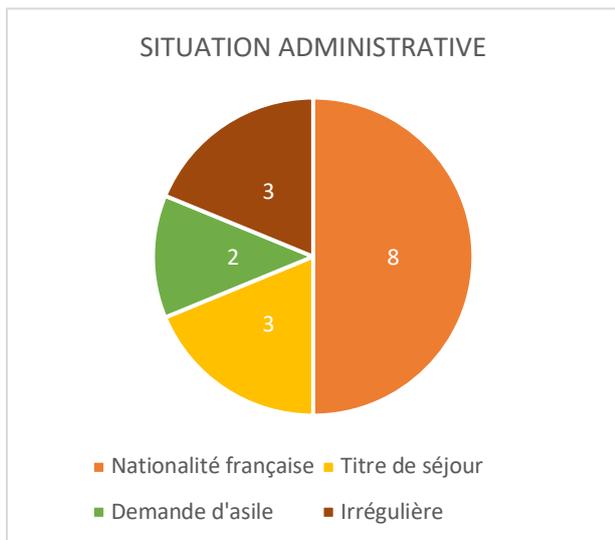


FIGURE 18 : SITUATION ADMINISTRATIVE DES PERSONNES INTERROGÉES

FIGURE 19 : DUREE DE PRESENCE SUR LE TERRITOIRE

### Niveau d'étude

Une majorité des femmes interrogées ont un niveau d'étude d'enseignement supérieur ou égal au baccalauréat puisque sept personnes ont fait des études supérieures et deux avaient le baccalauréat ou un équivalent. Quatre personnes ont le niveau du brevet ou équivalent et deux ont le niveau primaire. (figure 20 (A))

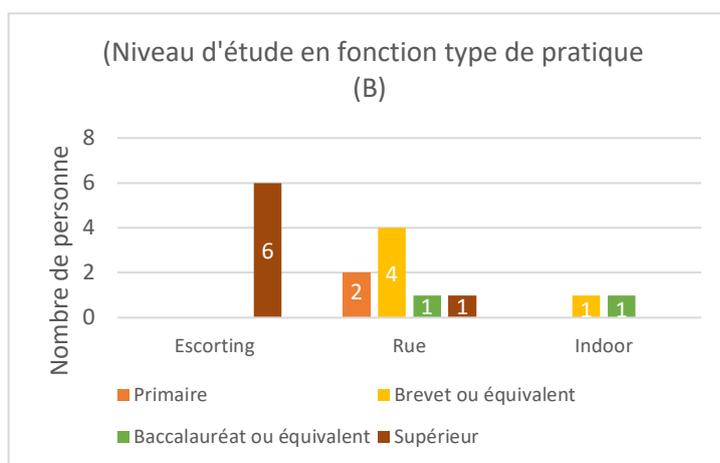
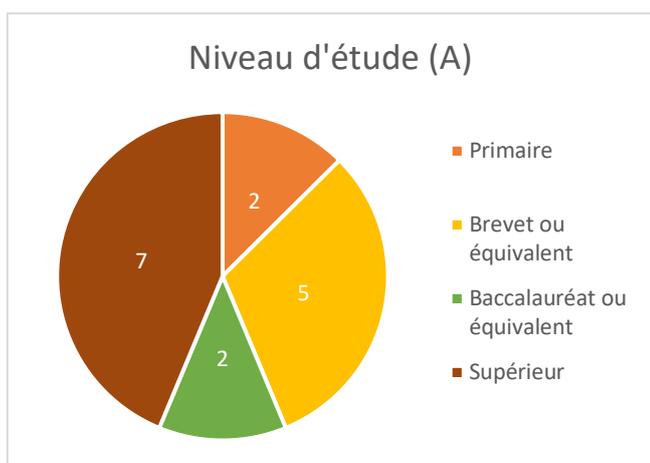


FIGURE 20 NIVEAU D'ETUDE DES PERSONNES INTERROGÉES (A), NIVEAU D'ETUDE EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE

Si l'on rapporte le niveau d'étude au mode de pratique de la prostitution (figure 20 (B)), on note que les *escorts* interrogées ont un niveau d'étude de niveau supérieur comparé aux femmes pratiquant une prostitution de rue (en majorité inférieur ou égale au brevet) ou une activité *indoor* (niveau secondaire).

### Logement et couverture sociale

Sept femmes interrogées bénéficient d'un logement personnel. Trois personnes bénéficient d'un logement social, quatre d'un hébergement d'urgence et deux sont hébergées chez un tiers.

Si l'on regarde le type de logement en fonction de la pratique (figure 21) on constate que la majorité des personnes interrogées bénéficiant d'un logement personnel pratique l'*escorting*. *A contrario*, toutes les femmes logées en hébergement d'urgence pratiquent la prostitution de rue. Les femmes bénéficiant d'un logement social pratiquent toute un mode de prostitution différent sans surreprésentation d'un type particulier.

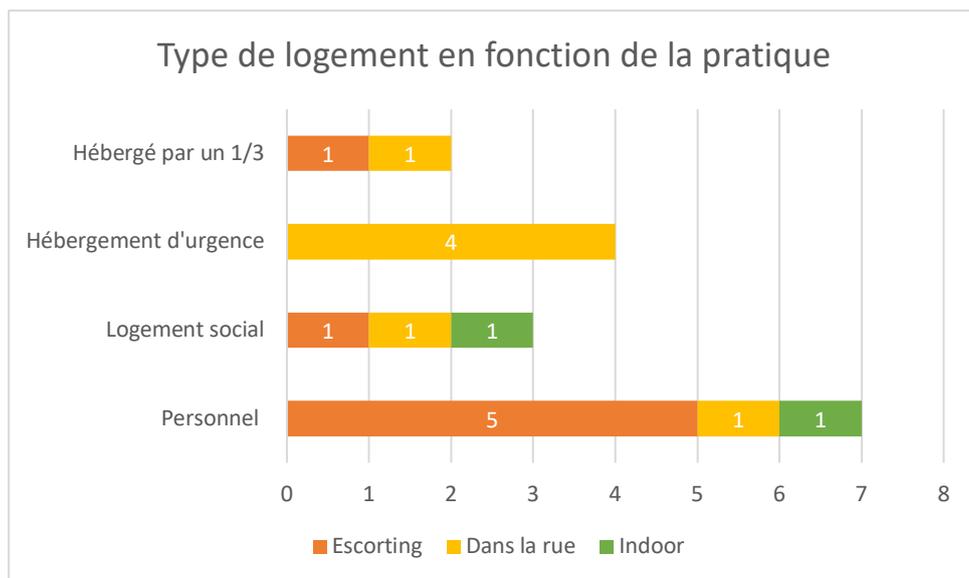


FIGURE 21 : TYPE DE LOGEMENT EN FONCTION DE LA PRATIQUE

Sur le plan de la couverture sociale, une majorité des femmes interrogées bénéficient de la CMU (figure 22). Il s'agit pour partie de femmes pratiquant l'*escorting* mais n'étant pas déclarées à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) en tant que travailleuse indépendante dans la catégorie « autres services personnels/services des hôtesse, services des prostituées » (59), et pour une autre partie de femmes bénéficiant de la couverture médicale universelle dans le cadre d'une demande d'asile en cours. Une personne des personnes interviewées n'a pas de droit puisque soumise à une OQTF et une personne bénéficie de l'Aide Médicale d'État (AME) car elle n'a pas encore déposé de demande d'asile mais réside sur le territoire français depuis plus de trois mois. Enfin, on constate qu'une majorité de femmes pratiquant l'*escorting* sont sous le régime sécurité sociale, associé à une complémentaire soit parce que déclarée à l'URSSAF en tant que travailleuse du sexe soit en tant que travailleuse indépendante pour une autre activité.

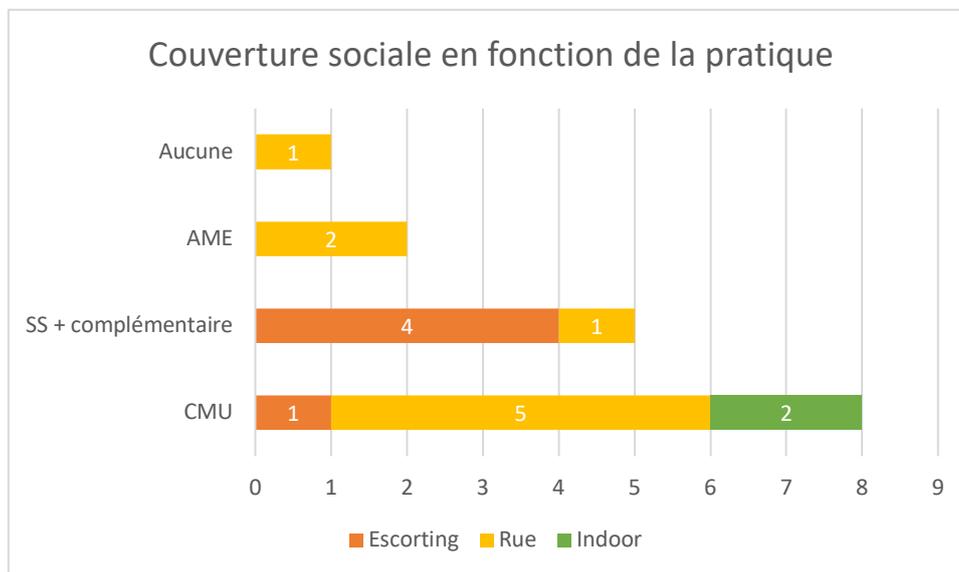


FIGURE 22 : COUVERTURE SOCIALE EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE

### Recours au dépistage et au système de soin

Sur le plan du dépistage la majorité ont été réalisés par bilan sanguin avec la recherche de l'ensemble des IST y compris le dépistage chlamydia/gonocoque. Quatre femmes ont eu recours à un dépistage par TROD ne permettant de rechercher que le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C sans que le dépistage chlamydia/gonocoque soit réalisé. Le délai moyen depuis le dernier dépistage était de 6,3 mois avec des extrêmes à un mois et vingt-quatre mois.

Douze femmes, soit 75% des personnes interrogées, ont réalisé un dépistage dans les douze derniers mois. (figure 23)

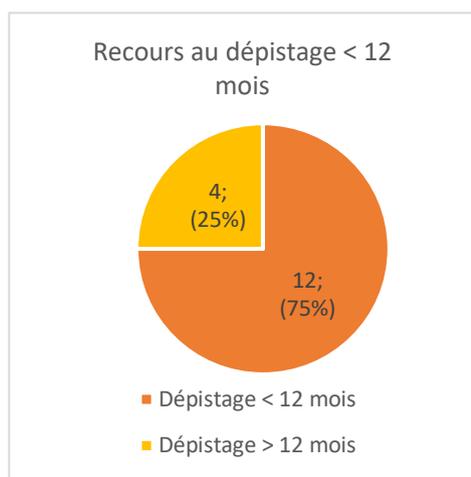


FIGURE 23 : RECOURS AU DEPISTAGE LES 12 DERNIERS MOIS

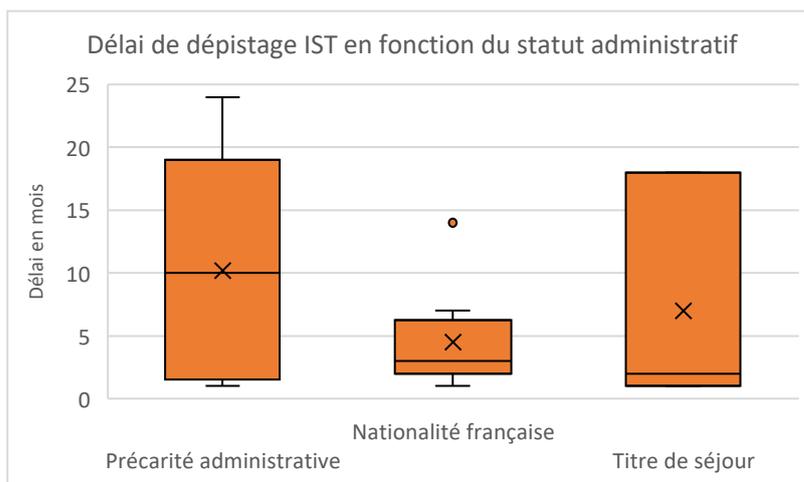


FIGURE 24 : DELAI DE DEPISTAGE EN FONCTION DU STATUT ADMINISTRATIF

Lorsque l'on compare le délai de dépistage en fonction du statut administratif on constate qu'en moyenne le délai de dépistage est plus long chez les femmes interrogées présentant une précarité administrative (situation irrégulière et demande d'asile en cours) par rapport aux femmes ayant un statut administratif pérenne. (Figure 24)

## État de santé

Concernant les données d'état de santé, on constate que seulement six femmes déclaraient avoir un statut vaccinal à jour (selon les recommandations françaises de vaccination) contre dix qui ne l'étaient pas ou ne connaissaient pas leur statut vaccinal. Toutes les personnes de nationalité étrangère déclaraient ne pas être à jour ou ne pas savoir leur statut vaccinal, contre deux femmes de nationalité française. (figure 25 (A))

Par ailleurs neuf femmes (60%) des femmes interrogées ont déclaré avoir un suivi gynécologique. (figure 25 (B))

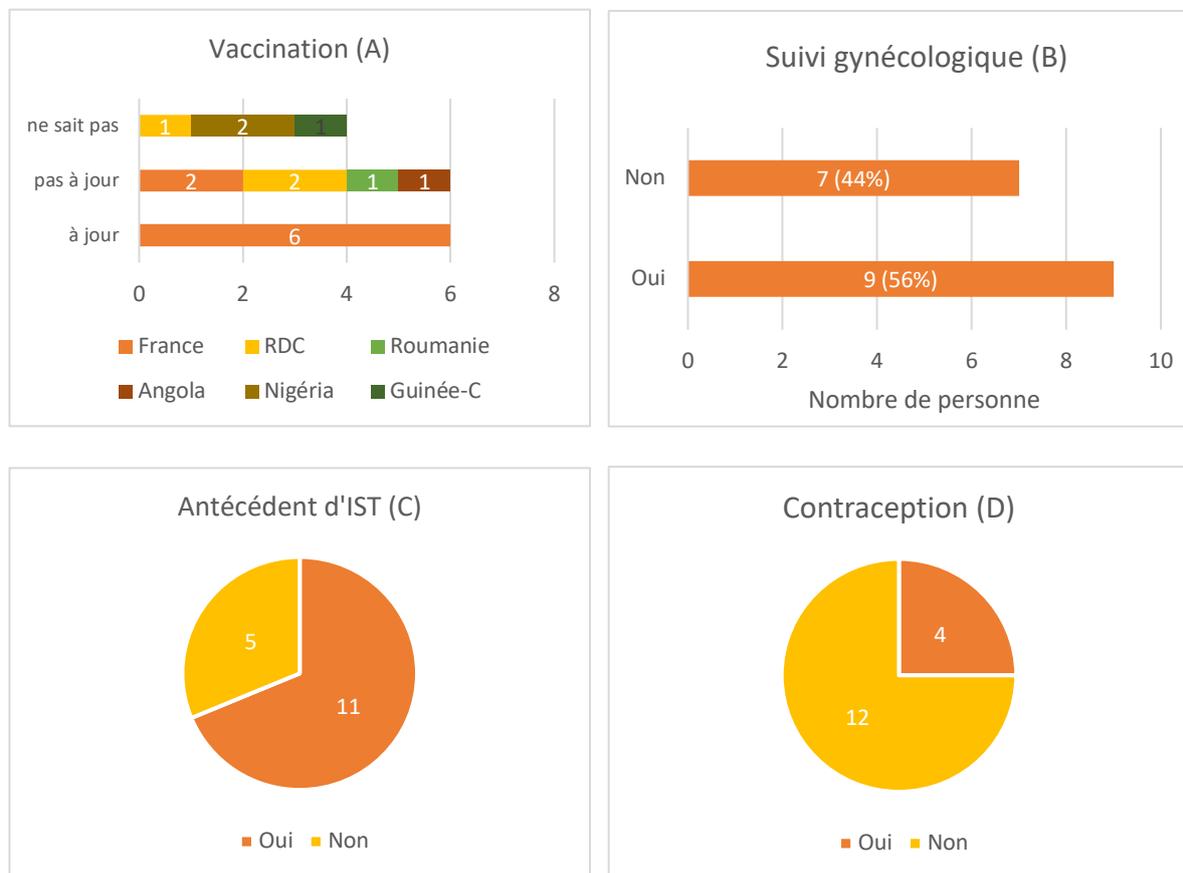


FIGURE 25 : ETAT DE SANTE DES FEMMES INTERROGÉES SELON LA VACCINATION (A), LE SUIVI GYNECOLOGIQUE (B), LES ANTECEDENTS D'IST (C) ET LA PRISE D'UNE CONTRACEPTION (D)

D'autre part, une majorité de femmes interrogées (63%, 10/16) rapporte avoir présenté au moins un antécédent d'IST (figure 25 (C)). Cette donnée peut également être un indicateur indirect de rapport sexuel à risque (bien que leur transmission puisse, bien sûr, s'effectuer même sans pénétration non protégée).

Enfin, seulement quatre personnes (4/16 soit 25%) rapportent avoir encore une contraception au moment de l'entretien (figure 25 (D)). Parmi les douze personnes n'ayant pas de contraception au moment de l'entretien, cinq ont eu une contraception mais l'ont arrêtée. Deux femmes l'ont arrêtée parce que ménopausées, une autre dans le cadre d'un projet de grossesse, et deux autres rapportent un défaut d'observance leur faisant préférer un arrêt. Enfin, parmi les sept femmes prenant ou ayant pris une contraception orale, cinq disent avoir eu une mauvaise observance donnant lieu à des IVG (2/5), des grossesses sous pilule contraceptive (1/5), ou un changement de contraception par implant ou stérilet.

## Pratique, risque, clients

---

### Pratique de la prostitution

L'ancienneté de la pratique de la prostitution était assez hétérogène avec une ancienneté moyenne de 4,8 an et un 2 ans de pratique en médiane. On note une valeur extrême de 30 ans qui correspond à la personnes interrogée la plus âgée des entretiens.

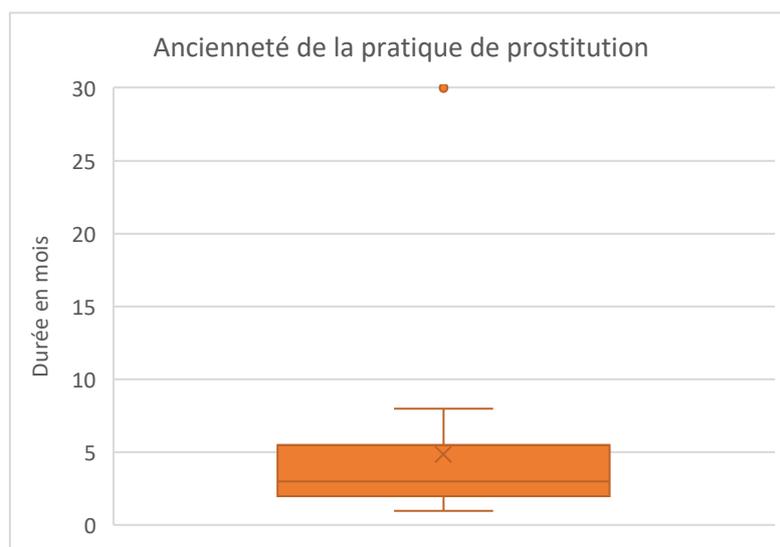


FIGURE 26 : ANCIENNETE DE LA PRATIQUE DE LA PROSTITUTION

La prostitution constitue la source principale de revenu pour toutes les personnes interrogées, à l'exception d'une seule. La pratique se distribuent entre l'*escorting* pour six des personnes interrogées, la prostitution de rue pour sept d'entre elles et une pratique *indoor* pour deux d'entre elles. (figure 27 (B))

La fréquence de travail varie entre une activité quotidienne pour huit femmes interrogées à hebdomadaire pour les huit autres. (figure 27 (A))

Les femmes exerçant la prostitution de rue pratiquent la prostitution de manière quotidienne alors que les femmes pratiquant une activité *d'escort* ou *indoor* ont une activité hebdomadaire.

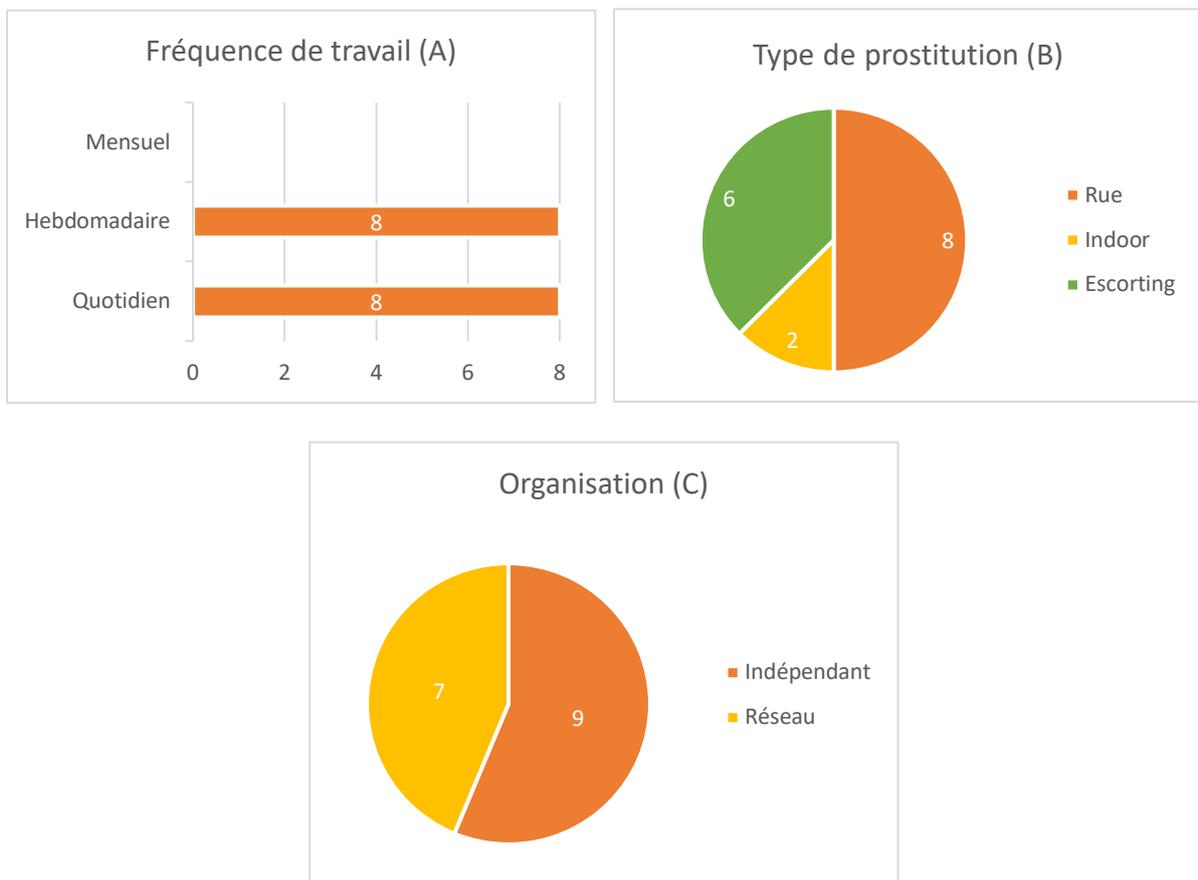


FIGURE 27 : FREQUENCE DE TRAVAIL (A), TYPE DE PROSTITUTION PRATIQUEE (B) ET APPARTENANCE A UN RESEAU (C)

Les femmes interrogées pratiquent la prostitution de manière indépendante pour neuf d'entre elles. Sept sont affiliées à un réseau (figure 27 (C)).

Si l'on observe le statut administratif en fonction de l'appartenance à un réseau, l'ensemble des femmes présentant une situation administrative précaire appartiennent à un réseau de prostitution. A l'inverse, toutes les femmes de nationalité française disent pratiquer la prostitution de manière indépendante. Enfin, concernant les femmes possédant un titre de séjour, deux femmes disent appartenir à un réseau, cependant ces deux femmes viennent d'avoir leur titre de séjour il y a moins d'un mois et disent vouloir arrêter la prostitution.

Enfin paragraphe prostitution et réseau

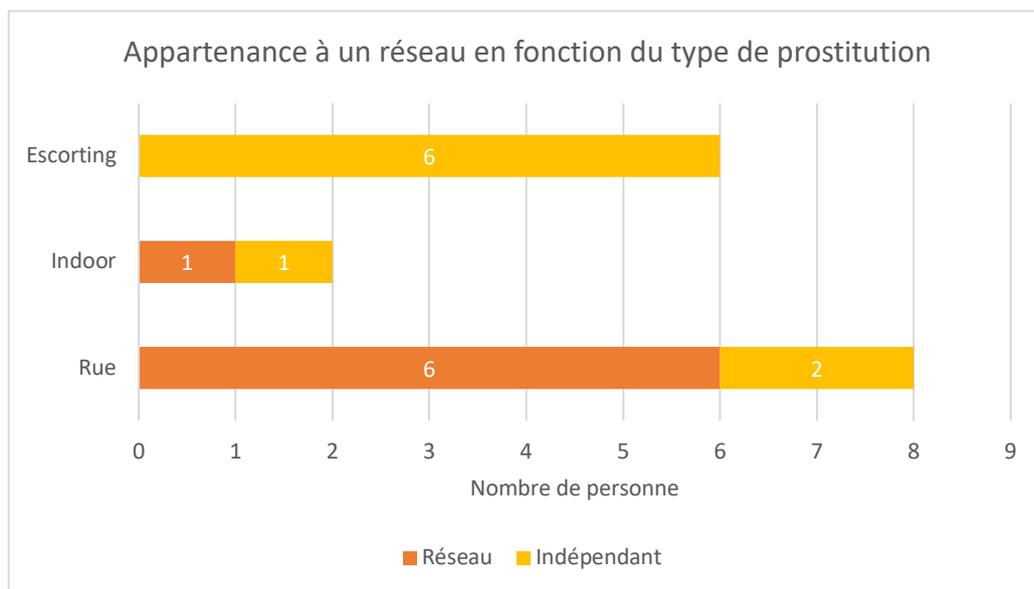


FIGURE 28 : APPARTENANCE A UN RESEAU EN FONCTION DU TYPE DE PRATIQUE

### Évaluation et contrôle du risque

Lors des entretiens, onze femmes (11/16 soit 69%) ont rapporté avoir eu un rapport potentiellement à risque définie par une pénétration anale ou vaginale non protégée, la rupture de préservatif ou le retrait intentionnel du préservatif par le client à l'insu de la femme en situation de prostitution.

Le principal type d'exposition à risque lors de la pénétration est la rupture de préservatif ; cependant, certaines femmes (3/11) qui ont présenté des ruptures de préservatif ont également été exposées à un retrait intentionnel du préservatif par le client. Par ailleurs, quatre femmes pratiquaient des pénétrations non protégées : il s'agit de femmes pratiquant la prostitution de rue avec une ancienneté variant entre un et trois an(s). (figure 29)

Beaucoup de femmes pratiquent la fellation non protégée puisque onze femmes sur seize interrogées répondent qu'elles pratiquent exclusivement la fellation non protégée pour des raisons financière faisant courir le risque d'un refus de la part des clients.

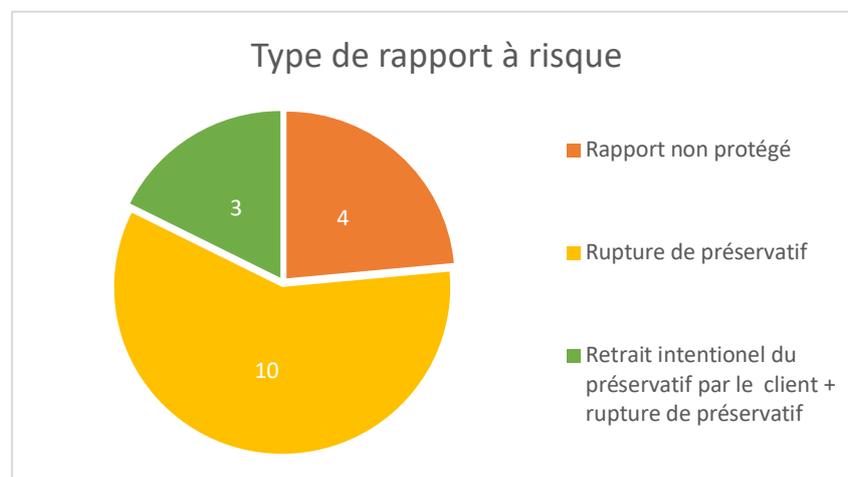


FIGURE 29 : TYPE DE RAPPORT A RISQUE

Lorsque que l'on quantifie le nombre d'exposition à risque des douze derniers mois en fonction du statut administratif, on constate que celui-ci est bien supérieur chez les personnes en situation de précarité administrative (figure 30). Une femme possédant un titre de séjour a été analysée dans le groupe de précarité administrative puisqu'elle venait d'avoir son titre de séjour depuis moins d'un mois lors de l'entretien : son profil des douze derniers mois se rapporte plus à celui d'une personne en précarité administrative. On constate sensiblement la même exposition pour les femmes interrogées possédant un titre de séjour ou la nationalité française

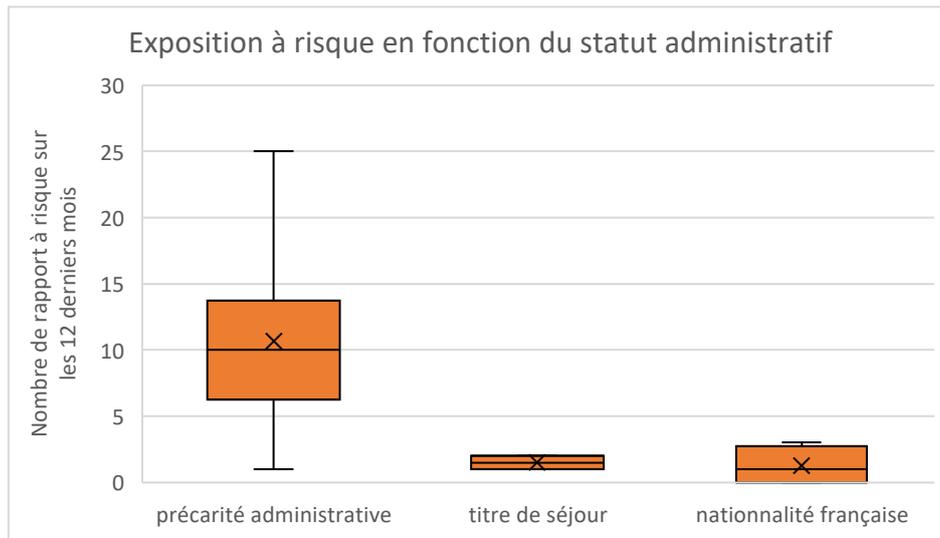


FIGURE 30 : EXPOSITION A RISQUE EN FONCTION DU STATUT ADMINISTRATIF

On retrouve une tendance à une plus grande exposition au risque lors de la pratique de la prostitution dans le cadre d'un réseau. (figure 31)

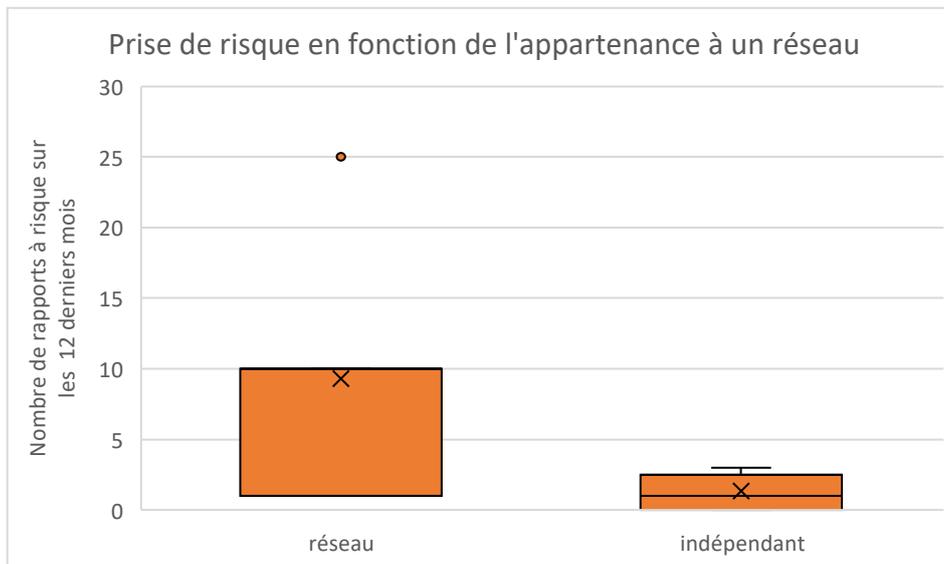


FIGURE 31 : PRISE DE RISQUE EN FONCTION DE L'APPARTENANCE A UN RESEAU

Enfin à l'occasion de la discussion sur les prises de risque, la connaissance des moyens de contrôle du risque et notamment le TPE a été évalué. Celui-ci est très peu connu puisque seulement quatre femmes disent avoir entendu parler du TPE, aucune des femmes ayant eu une exposition à risque n'ont consulté au décours et aucune n'a pris le TPE. (figure 32)

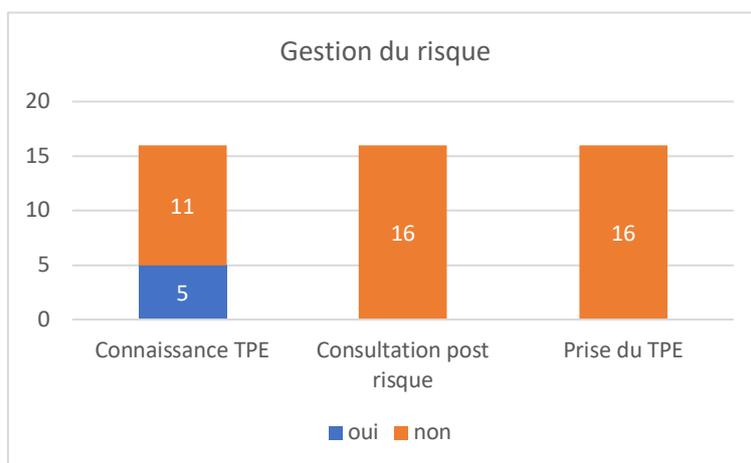


FIGURE 32 : GESTION DU RISQUE

### Clients

Toutes les femmes interrogées rapportent des demandes de pénétration non protégée contre une somme d'argent supplémentaire ou simplement comme condition de la transaction. Cela intervient plus de trois fois par mois pour six des femmes interrogées et environ une fois par mois ou moins pour six autres femmes. (figure 33)

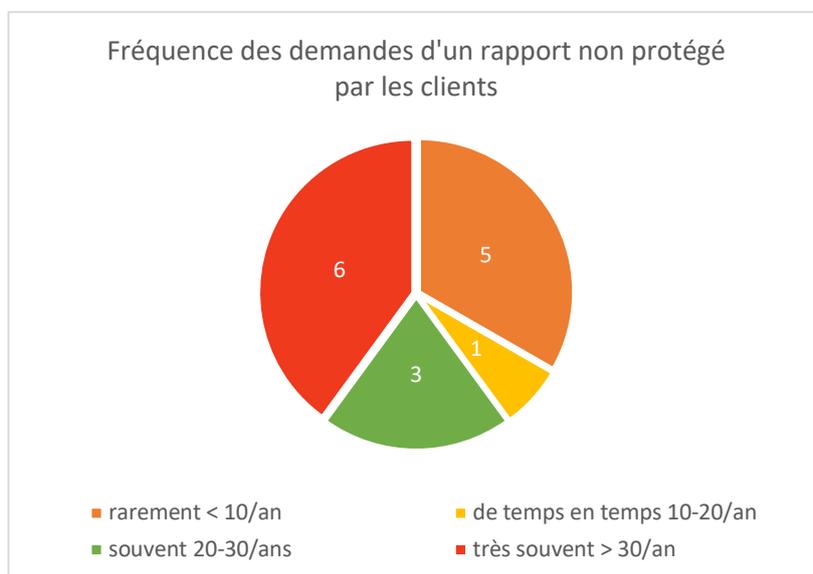


FIGURE 33 : FREQUENCE DES DEMANDES D'UN RAPPORT NON PROTEGE PAR LES CLIENTS

Seules deux femmes disent qu'il leur est difficile de refuser les rapports non protégés pour des raisons financières et par crainte de violences de la part des clients.

## Connaissance du VIH et de la PrEP

Toutes les femmes interrogées connaissent le VIH ainsi que ses modes de transmission. Par ailleurs, la majorité des femmes disent penser au VIH de temps en temps ou souvent, traduisant une charge mentale supplémentaire. Trois femmes ont rapporté que cela ne faisait pas partie de leurs préoccupations. (figure 34)

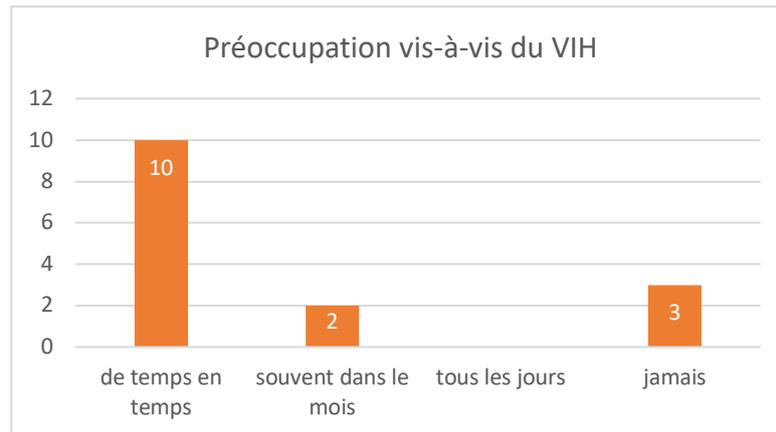


FIGURE 34 : PREOCCUPATION VIS-A-VIS DU VIH

Concernant la PrEP, sept femmes en connaissent l'existence ; il s'agit majoritairement de femmes pratiquant l'*escorting*. Trois d'entre elles ont un engagement dans le milieu associatif accompagnant les travailleuses du sexe dont une prenant actuellement la PrEP (figure 35). La source principale d'information vis-à-vis de la PrEP est soit par l'intermédiaire de groupe de soutien sur les réseaux sociaux soit par des associations accompagnant les personnes en situation de prostitution ou des associations plus centrées sur le thème du VIH comme Aides (figure 36). Cependant malgré la connaissance du terme « PrEP », trois d'entre elles confondaient celle-ci avec le TPE.

Par ailleurs sur les 3 femmes s'étant déjà vu proposer la PrEP, une a accepté et était sous PrEP au moment de l'entretien, une a changé son mode de pratique et jugé son risque comme très faible enfin la dernière présentait des problèmes de santé psychique et jugeait la PrEP comme ne faisant pas partie des problématiques du moment.

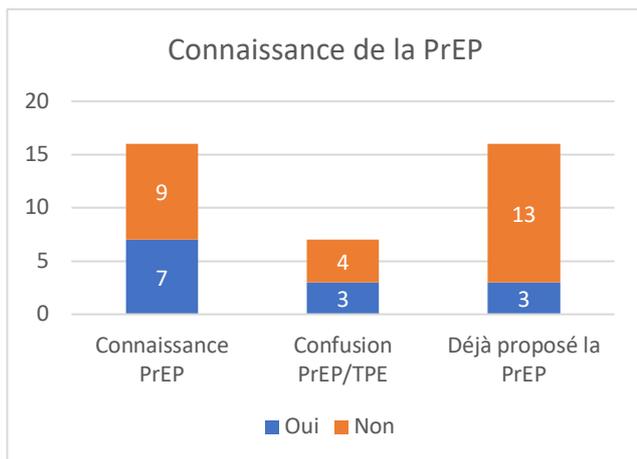


FIGURE 35 : CONNAISSANCE DE LA PREP

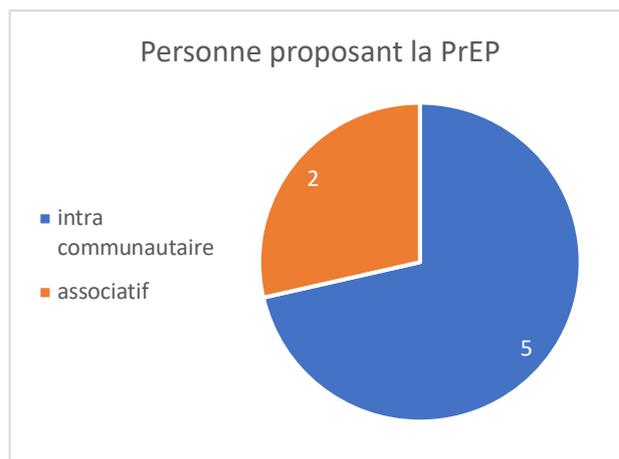


FIGURE 36 : PERSONNE PROPOSANT LA PREP

## Facteurs renforçant le recours à la PrEP selon les femmes interrogées

L'analyse des entretiens, après interprétation, a permis de mettre en évidence certains facteurs permettant de favoriser le recours à la PrEP chez les personnes en situation de prostitution. Le tableau 2 (p72) fait la synthèse des différents facteurs renforçant le recours à la PrEP.

### **Protéger soi-même, protéger les autres**

Le concept de la PrEP est accueilli de manière favorable par les femmes interrogées, à l'exception de deux d'entre elles.

Le premier sentiment évoqué, après explication de la PrEP, à la question de leur ressenti vis-à-vis de celle-ci est un sentiment positif se rapportant à la notion de « se protéger et de prendre soin de soi » que l'on trouve dans douze des quinze entretiens :

- « ...c'est très bien pour moi, dans mon intérêt, dans l'intérêt de ma santé, de ma protection. » (E4),
- « depuis que je prends la PREP [...] je me sais protéger » (E8),
- « c'est bien pour garder ton corps, pour te protéger » (E10),

- « it's a good thing, it's to protect my body » (E14)

On observe la notion de protection également des autres, mais dans deux entretiens seulement :

- « je considère pas que je me protège que moi mais je protège les autres. » (E3),
- « ... C'est pour sauver des vies. » (E1).

La notion de protection de ses enfants ou ceux à venir et surtout la responsabilité vis-à-vis d'eux est un autre élément intéressant pouvant constituer un facteur renforçant l'adhésion à la PrEP et pouvant provoquer la décision de prise de la PrEP. On retrouve cette notion uniquement parmi des femmes de nationalité étrangère et particulièrement chez les femmes d'Afrique subsaharienne (entretien E2, E10 et E 14) :

- « S'il t'arrive un accident t'attrape la maladie... tes enfants ils font comment sans toi ils restent toutes seules » (E2)
- « je garde mon corps, je ne peux pas faire ça avec les enfants.» (E 10)
- « I have my son I have to protect myself... » (E14)

### **Une précaution supplémentaire... pour se libérer d'un poids**

Bien que le VIH ne soit pas une préoccupation de chaque instant pour les femmes interrogées, celui-ci constitue une épée de Damoclès pour nombre d'entre elles. On retrouve plusieurs fois la notion d'utiliser la PrEP comme une précaution en plus :

- « C'est un moyen de prévention supplémentaire » (E3)
- « Ça fait une protection en plus parce qu'il reste la flippe quand même... » (E5)
- « ...c'est une précaution en plus pour se protéger » (E6)
- « Un moyen supplémentaire, un moyen de protection tout court » (E7)

Cette précaution supplémentaire permet d'avoir le sentiment de se libérer du poids lié à la crainte, à « la flippe » de la contamination par le VIH pour certaines interviewées :

- « ...oui il y a d'autres risques mais au moins sur ça elles sont tranquilles quoi. Et que ça fait déjà un immense souci de moins. » (E4)
- « j'aurais signé carrément ouais parce qu'il reste la flippe quand même » (E5)
- « je leur dis que c'est cool et que ça enlève un stress » (E8)

La PrEP permettrait donc de se libérer d'un poids mais aussi permettrait de vivre plus sereinement leur vie amoureuse et d'avoir une sexualité personnelle plus épanouie :

- « je pense que ça serait un moyen pour les travailleurs du sexe de mieux concilier leur vie privée et professionnelles. Et je pense que ça faciliterait les choses » (E5)
- « tu as beau lui dire que tu fais vraiment attention n'empêche que c'est légitime qu'il ait des flippes [...] N'empêche que c'est légitime que ton compagnon se pose des questions sur sa santé à lui » (E5)
- « [...] avec la prep et si je sais que je suis bien carrée côté pro je me permettrai de passer au sans préservatif avec la prep mais dans un cadre privé »
- « Je pourrais m'autoriser à retirer le préservatif avec quelqu'un d'autre, de ma vie intime » (E3)

### **Une sécurité au travail**

Une des interviewées compare presque la PrEP comme un moyen de protection au travail comme n'importe quel équipement de sécurité :

- « Je veux pouvoir effectuer mon boulot en toute sécurité et que mes collègues puissent faire la même chose et ça la PrEP le permet. » (E8)
- « Et du coup, ça rend le travail un petit peu plus confortable et sûr » (E8)

## Être acteur·trice de sa santé pour un meilleur suivi

Un autre point positif associé à la PrEP est de redevenir acteur·trice de sa santé et se réapproprier son corps :

- « Je crois que c'est [consultation trimestrielle] le minimum que tu peux faire pour toi-même » (E2)
- « Si on a du temps de sortir à faire les putes tous les soirs avec le risque de la maladie, on pense que la tête elle dit qu'on trouve les dix minutes pour le médecin tous les trois mois » (E2)
- « Bon c'est un peu difficile parce que tu travailles toute la nuit, mais tu y vas quand même. Pour ta santé quoi. » (E6)
- « it's a good thing you can do for yourself » (E15)
- « you can still do this for yourself it's important to take care of your body » (E15)

Quant au suivi trimestriel, celui-ci est perçu de manière positive par une partie (5/15) des personnes interrogées permettant aussi un suivi médical régulier et réaliser les dépistages :

- « Je trouve ça bien qu'il y ait un suivi, je trouve ça même nécessaire surtout pour celles qui passent un peu au travers des mailles du filet » (E4)
- « j'y vais tous les trois mois, mais parce que bon, du coup, parce que c'est là-bas je peux faire la totale depuis la prise de sang et compagnie » (E8)
- « it's a good thing I think that a woman who is a prostitute should go to the doctor every month » (E15)

## La prise en charge du traitement

De manière marginale, la prise en charge de la PrEP à 100% est perçu comme une bonne chose facilitant son accès :

- « et c'est gratuit ces trucs [...] c'est bien, c'est mieux » (E6)

- « c'est gratuit ?[...] mais est ce que l'état garanti le médicament ou un jour avec tout ce qui se passe il dit nan y a plus ou tu le paye maintenant » (E2)

Par ailleurs la prise d'un comprimé tous les jours ne constitue pas un facteur limitant pour une des femmes, mais plutôt perçus comme facilitant la prise en pratique de la PrEP :

- « c'est plus facile les cachets tu sais qu'il faut que tu les prennent tous les jours et tu le prends parce que t'es chez toi » (E2).

TABLEAU 2 : FACTEURS RENFORÇANT LE RECOURS A LA PREP

Facteurs renforçant le recours à la PrEP	
Item	Entretien
<b>Protéger soi-même, protéger les autres...</b>	
Se protéger et de prendre soin de soi	1-2-3-4-5-6-7-8-10-11-14-15-16
Protéger les autres	1-3
Protéger ses enfants	1-2-10-14
<b>Une précaution supplémentaire...pour se libérer d'un poids</b>	
La PrEP comme une précaution en plus	5-6-7-8
Pour se libérer d'un poids	3-4-5-8
<b>Être acteur de sa santé pour un meilleur suivi</b>	
Redevenir acteur·trice de sa santé	2-4
Suivi médical régulier	2-4-8-15-16
<b>Une sécurité au travail</b>	8
<b>Remboursement à 100%</b>	2-6-8

## Facteurs limitant le recours à la PrEP

---

L'ensemble des facteurs limitant le recours à la PrEP est synthétisé dans le tableau 3 (p 83).

### Un comprimé et de la chimie tous les jours

La prise d'un comprimé tous les jours constitue le principal frein à la prise de la PrEP. Elle est jugée contraignante par la plupart des femmes interrogées (9/15) :

- « mais pour moi je trouve ça compliqué parce que je suis pas habituée à prendre un médicament tous les jours donc ça serait difficile » (E1)
- « Alors contraignant oui vraiment, après, restreignant, pour quelqu'un, par exemple, qui sait très bien qu'elle n'a pas la capacité de prendre un truc tous les jours [...] j'ai un rythme débile et je me lève et je me couche jamais à la même heure et je mange pas à la même heure et les prises régulières... » (E3).

La contrainte d'une prise quotidienne peut susciter un stress supplémentaire :

- « C'est chiant. Non, c'est assez compliqué. [...] [a pilule contraceptive] Ça m'arrivait de la prendre des heures après, en me disant ah merde ma pilule machin. » E4
- « Oui tous les jours c'est difficile mais il y a des fois où tu peux oublier ça fait peur » (E11)

A cette contrainte, s'ajoute une crainte de l'oubli, et la perception d'un risque de moindre efficacité et donc d'une possible contamination accidentelle :

- « Ça peut être effrayant parce que j'imagine que s'il y a des interruptions ça pose un vrai problème d'efficacité » (E3)
- « Un moment-là où tu vas oublier et si t'oublie aujourd'hui tu as la maladie demain ça fait peur » (E4)

Enfin pour deux femmes d'Afrique subsaharienne c'est le concept même de prophylaxie et de prise d'un comprimé tous les jours qui n'est pas évident :

- « Si quelqu'un qui est malade oui mais tu es pas malade prendre un médicament chaque jour c'est pas bon. » (E9)
- « I don't do that [réponse à la question : what do you think about take a pill every days] if I am not sickness » (E14)

Au-delà de la modalité de prise quotidienne il y a la crainte des effets indésirables qui est perçue négativement par un grand nombre de personnes interrogées (8/15) :

- « Effets secondaires parce qu'il y en a que je redoute, peut-être plus que d'autres » E3
- « Les effets secondaires ça peut être un peu grave. Donc oui, ça fait réfléchir forcément » E4
- « Et il risque pas du tout ce truc y'a pas de risques ? » (E6)

Voire du sentiment qu'il est délétère pour le corps de prendre un médicament tous les jours :

- « J'ai peur pour mon corps. Parce que le médicament c'est bien pour le prendre parce que ça guérit et ça protège tout le monde, mais c'est encore poison quand tu le prends tous les jours » (E11)

L'autre préoccupation de certaines des interviewées est le risque d'interaction avec d'autres médicaments dont la contraception :

- « L'interaction que ça peut avoir avec d'autres médicaments ou avec une contraception ou des choses comme ça » (E4)
- « Voilà, si je suis sûr que ce n'est pas incompatible avec d'autres trucs » (E3)
- « J'ai la dépression j'ai un psychologue qui me suit qui me donne des médicaments je sais pas si c'est compatible » (E11)

## La peur du jugement par le monde médical

Une partie des femmes interrogées, et notamment celles pratiquant l'*escorting*, rapporte une appréhension à dévoiler leur profession auprès d'un professionnel de santé et donc de consulter pour une première consultation PrEP :

- « C'est que c'est super compliqué de dire à ton médecin en fait que tu es travailleuse du sexe » (E3)
- « Voire des médecins où ça c'est très très mal passé,[...] y'en a qui se sont senties comme des moins que rien » (E4)

Que ce soit en CEGIDD :

- « Il y a pas mal de travailleuses du sexe qui osent même pas dire à leur CEGIDD » (E3)

Avec leur médecin traitant :

- « Mais j'ai pas envie de tomber sur un médecin traitant pas *safe* » (E7)
- « Et au bout d'un moment, j'ai fini entre guillemets, par cracher le morceau par lui dire parce que c'est mon médecin. Et alors là, ça s'était hyper mal passé » (E4)

Ou même leur pharmacien :

- « C'est difficile d'aller à la pharmacie demander la PREP, je pense que comme on peut se sentir un peu con quand on va acheter des capotes » E8

Par ailleurs, du fait de la pandémie la circulation de « théories alternatives » c'est considérablement accéléré avec une défiance pour le monde médical plus prégnante qui s'exprime également lors des entretiens :

- « Mon ex-belle-mère, paix à son âme, elle l'a fait le vaccin. Et bah elle a été encore plus malade avec le vaccin que sans le vaccin. Alors comment on peut expliquer ça ? c'est pour ça que maintenant aujourd'hui je me dis bah... Les gens ils se méfient beaucoup maintenant. » (E6).

## **Un suivi qui peut être perçu comme contraignant**

Le suivi trimestriel est perçu comme contraignant par certaines femmes en lien avec l'appréhension voire la phobie du monde médical et des médecins qu'ont certaines femmes en situation de prostitution :

- « Je sais très bien que j'ai des collègues à qui cela plairait pas justement aussi, entre autres à cause de ce qu'on avait dit juste avant. Il y a des collègues qui ont développé quasiment une phobie pas médicale, mais en tout cas du personnel médical » (E4)

Mais aussi par des standards d'accès aux soins différents dans les pays d'origine de certaines femmes avec un recours au médical cantonné aux urgences :

- « Moi quand on est habitué à partir à l'hôpital quand on est malade ici aussi si je me sens bien pourquoi j'irai, je dois aller voir le médecin. Moi je pars pas » (E1)

## **La peur du jugement social**

Cette appréhension de vis-à-vis du monde médical n'est que le reflet du tabou que représente la prostitution dans notre société. Cette peur du jugement social est exprimée à de nombreuses reprises lors des entretiens :

- « Oui tu sens la vergogna la honte quelqu'un qui sache que tu le fais » (E11)
- « C'est compliqué donc pas toute la vérité parce que c'est la honte » (E10)
- « Parce qu'il a honte, voilà un sujet tabou » (E2)

Au tabou de la prostitution s'ajoute celui du VIH et de la peur de la symbolique d'une prise quotidienne d'un comprimé pouvant amener les autres membres de la communauté, en France ou au pays, à penser que la prise de ce médicament est en lien à une infection par le VIH. Cette crainte est surtout exprimée par les personnes d'Afriques subsaharienne :

- « Si je prends les médicaments j'en parlerai pas mais si tu prends ça on va te demander tu prends ça pour quoi. Et nous en Afrique on parle ils peuvent dire elle prend ça parce qu'elle le fait sans préservatif ou alors qu'elle est malade qu'elle a la maladie » (E11)
- « Les autres vont dire que je suis malade que je fais des mauvaises choses jamais j'en parlerai aux autres. Si je parle avec la copine elle va en parler à quelqu'un qui va en parler. Elle dirait regarde elle boit tous le temps le médicament elle est malade elle à la maladie ils vont le raconter à la cheftaine j'aurais plus de travail » (E10)
- « Les gens vont commencer à penser que pourquoi elle prend chaque jour un médicament, ils diraient oui elle est malade, les gens toujours ils parlent surtout les africains. Beaucoup beaucoup plus africains. On pense toujours au mal on se dit qu'il est malade. Il est malade il ne peut pas payer il ne peut pas remettre l'argent qu'on a dépensé pour lui. Ça va se savoir au pays là-bas en Angola. Surtout quand on voit quelqu'un prendre un médicament tous les jours on pense VIH, sida diabète » (E9)

Cette peur du jugement social est multiple, il peut s'agir de la peur universelle de la maladie « On pense toujours au mal on se dit qu'il est malade ». Mais il existe également des croyances culturelles religieuses voire magiques « in my country Nigeria many people believe in voodoo. That you are sick by bad spirits or because you did bad things, you are a bad person. » (E15)

Outre ces considérations socio-culturelles, on trouve également des raisons plus triviales comme l'impossibilité de travailler « ils vont le raconter à la cheftaine j'aurais plus de travail » (E10) et la nécessité de rembourser sa dette contractée pour venir en Europe « Il est malade il ne peut pas payer il ne peut pas remettre l'argent qu'on a dépensé pour lui » (E9)

### **Un recours pas si aisé**

Certains entretiens ont permis de mettre en évidence un isolement des personnes en situation de prostitution et ce quel que soit le type de prostitution. En effet, nombre d'*escorts*

travaillent seules sur internet, sans contact avec des collègues, et ne font pas partie d'un groupe de soutien :

- « Je pense qu'une majorité des prostituées sont isolées et que l'isolement créé par les conditions politiques, ça fait qu'il n'y aura pas beaucoup de prostituées qui vont aller voir un médecin qui pourrait lui en parler » E7
- « J'ai rencontré une collègue par hasard et elle m'a parlé des groupes de soutien et c'est comme ça que ça se fait à chaque fois » E8

Cela est probablement encore plus vrai pour les travailleuses de rue parfois en grande précarité administrative et sociale. Ces femmes sont souvent seules :

- « Les filles travaillent seules tu la trouves là toute seule » (E2),

non rompues au fonctionnement du système de soin français :

- « it's complicated for me I don't understand everything I only know [redacted] hospital » E15.

Cet isolement est souvent aggravé par la barrière de la langue :

- « It's difficult because I don't speak french [...] I speak english like a baby because I didn't go to school » (E14),

ou tout simplement favorisé par un éloignement géographique sans possibilité d'un accès facile à centre ou à un médecin prescripteur de la PrEP :

- « Mais pour les personnes qui vivent et travaillent en camionnette, tu vois qu'ils sont un peu excentrés ou les gens, par exemple, sont des dans des endroits où il n'y a pas CEGIDD c'est un peu compliqué du coup il y a cette réalité » (E8).

Il existe aussi une difficulté d'accès au traitement lui-même qui n'est pas forcément disponible dans toutes les pharmacies de ville : « c'est le fait que la plupart des pharmacies l'ont pas en réserve et ça je trouve que c'est vraiment à chier » (E8)

## Une méconnaissance de la PrEP

Avant même les questions d'accessibilité de la PrEP, il existe une méconnaissance importante de la PrEP : « Déjà il faut savoir que ça existe pour commencer » (E7) ; seul un quart des personnes interrogées (4/16) connaissent son nom et son principe. A ce manque de connaissances s'ajoute un manque de clarté quant à la possibilité d'utilisation de ce moyen de prévention par les femmes. En effet, parmi les quatre personnes connaissant l'existence de la PrEP, trois pensaient que celle-ci était uniquement réservée aux HSH ou aux couples sérodiscordants :

- « je savais pas que les personnes adultes pouvaient prendre la PREP c'est systématique, car je pense que c'est associé aux garçons homos » (E8)
- « AIDES a tellement orienté sa communication vers les hommes gay quand même que on ne se rend même pas compte que ça nous concerne » (E7)
- « c'est plutôt pour les personnes en couple quand l'un des deux partenaires est séropositif ou infecté, par le VIH voilà le fait que ça permettait une sexualité, que cela autorisait une sexualité non protégée, et que cela évitait la transmission » (E3)

Ce manque de connaissance sur la PrEP est expliqué par certaines interviewées par un manque de communication et de campagne d'information :

- « une des raisons pour laquelle je fais de la psycho sexo c'est aussi pour aller faire de l'éducation l'éducation sexuelle largement » (E3)
- « Mais c'est parce que j'ai l'impression qu'on en parle plus [du VIH]. (E5)
- « Je me dis que si un tel matraquage médiatique [comme le COVID19] avait eu lieu pour l'information au VIH, ça fait belle lurette que ce ne serait plus que de l'histoire ancienne. » (E13)

## Une sous-estimation du risque de contamination

Enfin un des principaux freins au recours à la PrEP est la sous-estimation du risque de contamination. Beaucoup de femmes interrogées ne se sentent pas concernées par ce moyen de prévention puisqu'elles estiment que leur pratique n'est pas ou peu à risque rendant difficile la compliance et l'accès à la PrEP:

- « Je crois pas voilà je crois pas que j'ai besoin même pas pour essayer. » (E2)
- « Je ne sais pas, si je sais que je n'ai pas le virus je ne peux pas » (E9)
- « J'en ai pas vraiment besoin parce que j'ai pas de pratique à risque enfin rarement » (E7)
- « Après quand il y a de la prise de risque inconsciente c'est plus compliqué la sensibilisation aux risques » (E3)

Cette sous-estimation du risque est plus forte parmi les femmes jeunes ayant débuté récemment la prostitution. C'est un point que soulève beaucoup des femmes interviewées qu'il s'agisse de leur propre expérience lors de leur début ou venant de l'observation de pratiques de nouvelles entrantes dans le milieu :

- « [...] sur la mise en danger, surtout des débutants. » (E7)
- « Je trouve ça un peu terrifiant par rapport aux jeunes [...] » (E3)

A la sous-estimation du risque il y a, semble-t-il une plus grande fréquence de pratiques à risque chez les débutantes, soit parce que très jeunes et peu informée sur les moyens de prévention :

- « I didn't go to the school in Nigeria [...] I didn't know all that about the condom, I started very early I was 16 » (E14)

Soit parce qu'il leur est beaucoup plus difficile de gérer les demandes insistantes de rapports non protégés de la part des clients :

- « Les clients sont comme le chien l'animal ils sentent t'as peur de comment tu te poses comment tu parles ils sentent que s'il va te faire comme ça tu vas céder ou je sais pas quoi » (E2)
- « T'es jeune t'es en face d'homme de 40-50 ans, ils sont très paternalisant [...] Je pense que c'est vraiment les jeunes qui sont vulnérables. » (E5)

Enfin, la précarité financière est l'un des principaux facteurs de prise de risques de la part des femmes en situation de prostitution notamment chez les femmes primo-arrivantes sans ressource financière ou familiale devant parfois rembourser de grosses dettes liées au coût du voyage en Europe :

- « I have to work for someone for a guy to pay back the money to come here » (E14)

Cette situation est amplifiée par le statut de demandeur d'asile qui interdit tout travail légal mais ne mets à disposition qu'une allocation de subsistance de 204 € par mois.

- « Je n'ai pas d'argent quand je n'ai pas d'argent je vais sortir pour chercher quelques choses pour le moment je fais la prostitution là chaque weekend pour gagner un peu d'argent » (E10)
- « J'ai fait la prostitution derrière la gare là parce que je devais prendre le train pour aller à l'OFII à Lyon » (E16)

### **Un accueil réservé de la PrEP**

Bien que la PrEP bénéficie d'un accueil favorable auprès de la majorité des femmes interrogées, celui-ci a été plus réservé voire hostile lors de deux entretiens. Cet accueil s'explique par une prise de risque limitée voire nulle de la part des interviewées remettant en cause à leurs yeux l'utilité de la PrEP par rapport au préservatif :

- « [...] j'ai jamais baisé sans capote je fais pas de cuni je fais pas de sodomie, c'est réglé je ne suis pas là pour mettre ma santé en jeu. » (E12)

- « Toutes les anciennes qui travaillent comme moi elles diront pourquoi je prendrais ça alors que je mets tout le temps la capote. » (E12)
- « Je teste tous mes clients lors de chaque rendez-vous avec autotest à mes frais. Et tous les rapports fellations comprises sont protégés » (E13)

Enfin selon les femmes interrogées, seul le préservatif permet une protection totale et ce ne serait qu'une question d'éducation des femmes en situation de prostitution et de sérieux. L'absence de sérieux de la part de certaines femmes en situation de prostitution est aussi un frein à la bonne compliance et observance de la PrEP :

- « Si tu es vraiment sérieux et évidemment instruit ça n'a pas lieu d'être puisque instruit c'est par définition être prudent car conscient des risques » (E13)
- « [...] les roumaines bonne chance pour leur donner ton traitement elles sont pas fiables t'as intérêt à leur courir après » (E12)

Un des principaux arguments opposés à l'utilisation de la PrEP qui ressort des entretiens est celui que la PrEP inciterait les comportements à risque et augmenterait donc la prévalence des autres infections sexuellement transmissibles :

- « Dédiaboliser le VIH avec la PrEP à mon sens c'est contre-productif, surtout dans un milieu comme l'escorting [...] » (E13)
- « [...] si c'est gratuit ce sera vu comme une solution miracle car gratuit et mal compris ça peut vite donner une vraie recrudescence des cas positifs par manque de dépistage par excès de confiance. (E13)
- « Après maintenant les roumaines elles font tout, la sodomie, sans capote, y a un manque d'hygiène c'est déplorable mais ton médicament ça va favoriser ça » (E12)

Une autre des craintes évoquées vis-à-vis de la PrEP est le manque de recul et le risque d'effet indésirable à long terme :

- « Et d'autre part ce sont les effets à long terme car comme on le sait la pilule contraceptive non plus n'est pas sans effet... » (E13)
- « Rien n'est anodin, à fortiori, la prise d'un traitement préventif. » (E13)

Enfin les solutions pour réduire les contaminations consisteraient à la réinstauration des maisons closes à l'image de Belgique permettant un meilleur encadrement des pratiques :

- « Ce qu'il faudrait c'est de dire en France c'est comme ça qu'on travaille, si tu veux pas tu retournes dans ton pays, moi j'ai travaillé dans une maison close en Belgique c'était carré. » (E12)

Mais également de porter les efforts sur des campagnes de préventions grand public et cela dès le lycée :

- « On fait plus de prévention, moi ce que j'aimerais c'est aller dans les lycées pour discuter de ça. Les jeunes maintenant elles disent amen à tout » (E12)
- « La solution réside dans un appel à la prise de conscience, au fond c'est l'affaire d'une ou deux générations... Guère plus. » (E13)

TABLEAU 3 : FACTEURS LIMITANT LE RECOURS A LA PREP

Facteurs limitant le recours à la PrEP	
Item	Entretien
<b>Un comprimé et de la chimie tous les jours</b>	
Une prise quotidienne	1-3-4-5-6-7-9-10-11-14-16
La culpabilité de l'oubli	3-4-5-7-10-11
La peur d'une moindre efficacité	3-4-11
Effets indésirables	1-3-4-6-9-10-11-12-13-15-16
Mauvais pour le corps	1-6-9-10-11
Interaction	2-3-4-6-11

Intérêt de la prophylaxie	11-12-13-14
<b>La peur du jugement par le monde médical</b>	
Appréhension à dévoiler leur profession	3-4-6-7-8
Médecin	3-4-6-7
CEGGID	3
Pharmacien	8
<b>Défiance vis-à-vis des médecins</b>	6
<b>Un suivi médical contraignant</b>	
Phobie médicale	4-7
Recours au système de soin uniquement curatif	1-9
<b>La peur du jugement social</b>	
Le tabou de la prostitution	1-2-3-4-6-9-10-14-15-16
La symbolique de la maladie	1-9-10-11-14-15-16
Facteurs culturels et religieux	9-10-14-15
Retentissement sur le travail	1-2-9-10-11-15
<b>Une accessibilité pas si aisée</b>	
Isolement des travailleuses	2-7-8
Précarité administrative	2-8-15-16
Barrière de la langue	8-14-15
Isolement géographique	8
Accès au traitement	8
<b>Un manque de visibilité</b>	
Manque de connaissance	1-2-5-6-9-10-11-14-15-16
Un traitement réservé au HSH	3-4-6-7
Un manque de communication envers les Travailleuse Du Sexe (TDS)	3-6-13

Facteurs limitant le recours à la PrEP (suite)	
Item	Entretien
<b>Une sous-estimation du risque d'infection</b>	1-2-3-5-7-8-9-14
Les jeunes entrantes plus à risque	2-3-5-6-7
Précarité financière	10-11-14-15
Appartenance à un réseau	2-3-4-10-14
<b>Hostilité envers la Prep</b>	
Contre-productif voire dangereux	13

Malgré un accueil de prime abord qui semble favorable de la PrEP auprès des personnes interrogées il existe malheureusement de nombreux freins au recours à la PrEP. On constate une forte hétérogénéité des facteurs limitant très variés et complexes souvent intriqués aux croyances socio-culturelle ou religieuse. Cependant un certain nombre de pistes ont été évoquées lors des entretiens qui pourraient faciliter et améliorer l'accès à la PrEP.

### Des pistes d'amélioration

---

L'ensemble des pistes d'amélioration est synthétisé dans le tableau 4 (p 90).

#### L'utilisation d'une forme injectable retard

La possibilité d'une modification du schéma de prise par une forme retard injectable a été fortement plébiscitée par les femmes interrogées (12/16). Cette galénique est associée à une simplification du schéma de prise et une tranquillité vis-à-vis de l'observance et de l'oubli :

- « C'est super que c'est pratique que c'est moins contraignant, pas avoir la peur d'oublier et ça apporte une tranquillité d'esprit à ce moment-là.» (E7)
- « It's cool, it's more easier » (E15)

- « Je suis certaine que je risquerai de l'oublier alors que mon injection je me mets un réveil. » (E4)
- « Je trouve ça trop bien [...] ça peut effectivement régler le problème pour les personnes qui ont difficilement accès à la PrEP en médoc journalier » (E8)

Un autre élément vu comme facilitant de la forme injectable est une plus grande discrétion puisque libérée d'une prise quotidienne :

- « It's better the others don't see that you are taking the pill » (E14)
- « Dans le privé c'est plus discret » (E4)

Cet enthousiasme est à pondérer par le risque rapporté par deux femmes ayant une activité de rue d'un manque d'assiduité dans les consultations et donc de l'administration de la forme retard :

- « Mais s'il faut que tu te déplace : bah tu te dis ah putain mais j'ai pas envie de me déplacer pour faire la piqûre » (E2)
- « Pour la forme injectable t'as intérêt à leur [les roumaines] courir après sinon elles viendront jamais » (E12)

### **Améliorer la communication**

Un autre élément souvent rapporté lors des entretiens est la nécessité d'améliorer la communication par l'intermédiaire de campagne grand public, et aussi de recentrer la communication sur la femme et sur les femmes en situation de prostitution :

- « En faire, on va dire on va appeler ça, ça ne s'appelle pas comme ça, mais on va dire de la publicité » (E6)
- « Eh ben déjà vite il faut le dire à tout le monde » (E3)

La formation des assistantes sociales, qui pourraient informer sur l'existence de la PrEP pour s'en faire relais auprès des personnes en situation de prostitution, est également évoqué :

- « Par son centre social, voire avec le centre social, puisque le centre social, il y a beaucoup de monde, il y a les assistantes sociales mettre des affiches, en parler » (E6)

Afin d'affiner et d'adapter la communication aux différents types de pratique il est plusieurs fois évoqué la nécessité de réaliser des maraudes en direction des femmes pratiquant la prostitution de rue souvent d'origine étrangère :

- « Tu vas faire un tête-à-tête avec elle comme certains bénévoles qui sortent le soir avec le café et ça. Et peut-être tu parles de ce projet là et après tu proposes des rendez-vous » (E2)
- « Bon y en a moins des maraudes et des fois, ça serait bien que vous vous en faites aussi et que vous leur proposer ça » (E6)

Pour tenter de rajeunir et coller au plus près des modes de communication des femmes pratiquant la prostitution sur internet il a été proposé de réaliser des campagnes d'information sur les groupes communautaire voire sur les sites d'*escorting* eux-mêmes :

- « Ce serait un des moyens. Sur les sites d'*escort*, par exemple, ça pourrait être un moyen de toucher des escortes isolées parce qu'il y en a beaucoup sur les sites d'*escort* qui sont pas dans des groupes de soutien, qui travaillent en solitaire. » (E7)

### **Des actions de santé communautaire**

S'inspirant des actions réalisées dans certains pays du Sud, la médecine communautaire a démontré son efficacité sur la sensibilisation et la diffusion de message de santé publique. Ainsi plusieurs interviewées ont rapporté la nécessité de réaliser des actions communautaires via les associations qui viennent en aide aux femmes au situation de prostitution ou communautaire de

certaine nationalité. Ces actions communautaires passent notamment par l'information et la formation des associations sur la PrEP et de manière plus générale sur la santé sexuelle :

- « Il peut y avoir des campagnes de sensibilisation n'empêche qu'une copine collègue qui te dit genre moi je prends la PrEP et concrètement ça se passe comme ça c'est quand même plus impactant je pense » (E8)
- « Il faudrait que cela puisse être délivré dans des endroits de confiance et de proximité comme les associations » (E4)

La crainte du jugement communautaire peut être le principal obstacle au partage d'expérience, alors qu'un tel partage est évoqué comme un facteur d'amélioration de la communication autour de la PrEP:

- « Si je prends les médicaments j'en parlerais pas mais si tu prends ça on va te demander tu prends ça pour quoi. » (E11)

Mais également de réaliser des consultations PrEP dans la cadre rassurant de l'association sans la crainte du jugement du professionnel de santé :

- « Pourquoi pas, qu'il y ait des médecins actifs qui se rapprochent volontairement du TDS, des femmes TDS, comme tu l'as fait par le biais de AIDE ou par le biais d'autres associations » (E4)

Il ressort des entretiens que le format individuel est à privilégier par rapport aux interventions de groupes notamment à cause de la peur du jugement de l'autre.

- « Mais je pense qu'il dirait nan nan nan je ne peux pas boire ça ils ont peur du sida on en parle pas. Ils ont peur des médecins. Ils ont peur de mourir. » (E10)

## Améliorer le recours au système de soin

Afin de rassurer les femmes sur la bienveillance des professionnels de santé par rapport à leur profession, certaines évoquent même un label « TDS *friendly* » sorte de *green book* des personnes en situation de prostitution permettant la prise en charge apaisée de ces femmes. :

- « on est en train de créer une liste de soignants et soignantes vers qui orienter nos collègues. » E7
- « le fait que ça soit bien dit dès le départ, ne vous inquiétez pas en gros, en large et en travers nous sommes tous TDS *friendly* on n'est pas là pour vous faire chier sur votre métier, bien au contraire, on joue dans la même équipe » (E4)

La prescription première par le médecin généraliste est vu comme un moyen d'améliorer l'accès à la PrEP :

- « j'ai du coup des collègues qui sont intéressées par la PREP, du coup, j'aurais plutôt envie de les envoyer vers cette généraliste plutôt qu'au CEGID » (E8)

TABLEAU 4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PISTES D'AMELIORATION DU RECOURS A LA PREP

<b>Des pistes d'améliorations</b>	
<b>Item</b>	<b>Entretien</b>
<b>Utilisation de forme injectable retard</b>	
Plus simple/plus de tranquillité	1-2-3-4-5-7-14-15
Plus discret	1-2-4-14-15
Risque d'oubli de l'injection	2-12
<b>Améliorer la communication</b>	
Campagne grand public	3-5-6
Relais par les travailleurs sociaux	6
Maraude	2-6-10
<b>Des actions communautaire</b>	
Information association/partage d'expérience	1-3-4-7-8
Des consultations délocaliser dans les associations	4
Format individuel	10-11-15
Jugement communautaire obstacle au partage d'expérience	10-11
<b>Améliorer le recours aux soins</b>	
Création d'un label « TDS friendly »	4-7-8
Prescription première en médecine générale	8

## DISCUSSION

---

### Discussion des résultats

---

#### La population interrogée

Il s'agit d'une étude exploratoire dont la taille et l'absence d'échantillonnage ne permettent pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population des femmes en situation de prostitutions ; néanmoins, plusieurs résultats et tendances sont recoupées par des données de la littérature.

On constate que la prise de risque est fortement liée à la précarité administrative des personnes (parce qu'en situation irrégulière sur le territoire ou demandeuses d'asile) ; cette relation est décrite dans la littérature (57). Cette incertitude est associée à une précarité économique devant l'impossibilité de pouvoir exercer un travail de manière légale, que la personne soit en situation irrégulière ou demandeur d'asile. L'état s'engage à fournir une allocation de subsistance le temps de l'examen de la demande d'asile, mais il s'agit d'une somme insuffisante au regard du coût de la vie en France puisqu'elle est de 204€ par mois si la personne est logée, et 426€ si la personne n'est pas logée. Cette précarité économique extrême peut contribuer à accepter une prise de risque plus importante contre une rémunération plus importante du service.

Un autre facteur d'une prise de risque accrue mentionné par les personnes interrogées est l'exercice de la prostitution dans le cadre d'un réseau. Celui-ci est défini au sens de Lavaud-Legendre comme l'ensemble des « agissements exploitant une volonté, voire une nécessité migratoire : un acte (recrutement, transport, transfert...), un moyen (violence, menace, tromperie...) et un but (l'exploitation de la personne) » (58). Il s'agit d'une définition large

pouvant inclure un panel d'histoires de vie différentes, allant d'une nécessité de remboursement du coût du voyage jusqu'en Europe avec un lien de subordination fort, au versement d'une partie des gains pour la mise en relation avec les clients ou d'un logement pour la pratique prostitutionnelle. Ce lien entre réseau de prostitution et prise de risque accrue est décrit notamment dans l'étude européenne pilotée par la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* menées auprès de 28 personnes pratiquant anciennement dans un réseau. (60)

Concernant l'état de santé des personnes interrogées, le taux de recours au dépistage était semblable à celui observé dans une enquête nationale menée auprès des travailleuses du sexes (80% vs 68 à 83% au niveau national) (57). Cependant, on retrouve un taux de suivi gynécologique inférieur parmi la population interrogée comparé à la littérature (56% vs 70%) (57).

Concernant les pratiques prostitutionnelles, on observe une proportion plus importante de personnes pratiquant des rapports non protégés que dans d'autres études, avec un taux de 75% d'utilisation du préservatif contre un taux variant entre 95% et 85% dans des études à l'échelle nationale (57). Cela peut s'expliquer par le faible effectif de cette étude ne permettant pas d'éliminer le fait du hasard, mais également aussi par une proportion importante de femme migrante en situation de précarité administrative.

Un autre point notable est la faible utilisation du préservatif lors des fellations, et cela quel que soit le type de prostitution. On observe un taux d'utilisation du préservatif dans seulement 30% des cas contre 55% à 75% dans la littérature (57). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la plupart de ces travaux remontent à une dizaine d'année alors que plusieurs femmes interviewées rapportent une difficulté croissante à maintenir le préservatif dans la fellation pour elles ou leurs collègues.

Pour finir, 100% des femmes interrogées ont une bonne connaissance du VIH et de ses modes de transmission, dans des proportions comparables à la littérature (93%) (55) ;

cependant, le taux de recours au TPE est nul dans cet échantillon malgré des accidents de préservatif ou des rapports à risque survenu au cours des douze derniers mois pour la majorité des femmes. Cela peut s'expliquer par une méconnaissance importante du TPE (68%) identique à celle de la population générale (70%) d'après l'enquête d'opinion annuelle réalisée par l'Ifop pour le compte du Sidaction (7). Cela peut traduire un manque de campagne de sensibilisation ciblé auprès des travailleuses du sexe et une connotation marquée d'un moyen de prévention réservé à la population HSH.

### **L'adhésion à la PrEP**

L'adhésion des patient.e.s au traitement est un défi de chaque instant, et encore plus grand peut-être pour un traitement prophylactique comme la PrEP. Plusieurs sentiments et schémas de pensée parfois contradictoires sont mobilisés par la·le patient·e devant suivre un traitement au long cours. Il existe différents facteurs d'adhésion du·de la patient·e au traitement notamment décrits dans la prise en charge du diabète de type II (61) ; or, les objectifs thérapeutiques et le caractère indolent du diabète dans les premières années de la maladie font écho à la problématique d'un traitement prophylactique comme la PrEP. L'estime de soi et la notion de reprise de contrôle de son corps sont souvent décrits comme des facteurs forts d'adhésion au médicament (62)(61). Dans notre étude, ce sentiment est exprimé par la majorité des femmes interrogées avec le sentiment de prendre soin de son corps, voire le sentiment de reprendre le contrôle en décidant de prendre ce traitement. Ce sentiment de maîtrise par la mobilisation des ressources internes (la personne croit en un contrôle possible sur les événements par ses actions) est également décrit comme un élément fort de l'adhésion du patient (63)(61). Enfin la mobilisation de ressources externes, notamment la famille est également un facteur fortement mobilisateur à l'adhésion.(64)(61).

Ces mécanismes pouvant renforcer l'observance sont contrebalancés par un ressenti émotionnel fortement négatif, ou domine la peur vis-à-vis du traitement, fortement exprimée ici, avec une interrogation quasi systématique sur les effets indésirables, les interactions, voire le sentiment d'un effet délétère pour le corps. Cette peur des effets indésirables est corrélée à un risque de non adhésion à la PrEP dans de nombreuses études (65)(61). Il est donc indispensable de rassurer les patients sur les effets indésirables lors de la consultation.

Le partage d'expérience de femmes déjà sous PrEP peut constituer un levier fort dans la décision de débiter le traitement. Ce retour d'expérience existe déjà dans certaines communautés notamment via l'existence de groupe de soutien d'*escorts* sur les réseaux sociaux. Cependant, ces groupes restent très confidentiels du fait des politiques d'utilisation des réseaux sociaux et du cadre réglementaire français. Une piste d'amélioration, tout du moins, pour cette population serait de développer ce système de groupe de soutien en collaboration avec les syndicats et associations communautaires et d'en promouvoir son existence. Néanmoins, la législation actuelle semble poser problème : en effet, l'existence publique de ces groupes constituerait un délit de proxénétisme au sens de la loi. La législation française entend par proxénétisme « le fait, par quiconque, de quelque manière que ce soit : 1° D'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui. [...] » (66).

La mise en pratique d'une communication communautaire de retour d'expérience semble plus difficile à mettre en œuvre chez les femmes d'origine subsaharienne. En effet, à ce sentiment de peur du médicament s'ajoute également un autre sentiment dévalorisant, celui de honte ou stigmatisation social par rapport à une maladie supposée que peut avoir la personne sous PrEP, ou un comportement déviant à la « norme » supposée. Ce mécanisme est très bien décrit dans des études d'observance patient de diabétique de type II (67). Ces émotions sont ici fortement exprimées lors des entretiens avec les femmes d'origine subsaharienne. Cela peut s'expliquer par un poids religieux et culturel plus important. L'Afrique a créé sa propre

« version » du christianisme et de l'islam. En effet, aux croyances traditionnelles animistes du mauvais sort et de l'esprit malin encore très présent se rajoutent la doctrine et les valeurs chrétienne et islamique promptes à dévaloriser les comportements considérés comme des péchés, dont la prostitution fait partie (68). Ces croyances parfois profondes se télescopent avec la modernité et la facilité de communication du XXIème siècle où ce qui se passe en France peut rapidement se savoir « au pays ». Un moyen de contourner ce poids culturel serait de libérer la parole avec le témoignage de quelques femmes volontaires ou d'aborder le sujet de manière détournée par l'intermédiaire de romans graphiques ou de vidéos traitant avec plus d'humour et de légèreté de la PrEP, et pouvant être diffusés au sein des communautés via les réseaux sociaux (69). Cette approche fait l'objet de travaux de réflexion de la part du COREVIH de l'arc alpin afin de mettre en œuvre une campagne d'information ciblée.

### **L'information avant la prescription**

Un facteur limitant de l'accès à la PrEP est la connaissance de son existence même, connaissance qui hormis certains entretiens de personnes militant dans des associations communautaires reste très minoritaire. Par ailleurs, ces dernières années, la communication s'est fortement orientée vers la population des HSH : d'une part parce qu'il s'agit encore d'une population à haut risque d'infection par le VIH ; mais aussi parce que le tissu associatif et les relais nationaux sont beaucoup plus développés. Cela peut s'expliquer par la relation forte entre l'histoire du VIH et la population HSH qui s'est en partie construite en réaction à ce « cancer gay » et autour des principes de Denver en réponse. A l'inverse, certaines populations soit ne se sentant pas concernée par la PrEP, soit ne recevant pas les informations des campagnes d'information car ne faisant pas partie de la cible des communicants, peuvent ne pas être en mesure de prendre la PrEP. Cela se retrouve dans les entretiens, avec un manque global de connaissance, et avec même l'idée que la PrEP était quelque chose réservé aux gays. Il semble

donc nécessaire de développer des campagnes d'information spécifiques envers la population des femmes en situation de prostitution, et venant des associations de travailleuses du sexe elle-même. Il est important également de développer des actions « hors les murs » soit par l'intermédiaire de maraude de rue ou virtuelle et l'intervention dans les associations et structures sociales venant en aide aux migrants, population à fort risque mais dans un isolement social le plus souvent.

### **Santé communautaire**

Le concept de santé communautaire est très développé dans les pays du Sud ; initialement vu comme un moyen de suppléer un système de soin peu développé dans les pays du sud, il se révèle être un levier fort dans la diffusion de message de prévention et d'adhésion au traitement dans les pays où arrivent des migrants.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires, et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités (70). Ce concept se développe lentement en France, avec notamment la réalisation de dépistage du VIH ou des hépatites dans les locaux des associations ou en campagnes hors les murs, et aussi le développement de consultation PrEP au sein des associations, voire sur les lieux de rencontre eux même dans le cas des HSH.

Un des freins fréquemment exprimés lors des entretiens est l'appréhension d'un jugement par la communauté médicale, pouvant conduire certaines femmes à ne pas consulter pour la PrEP ou un autre motif. Plusieurs solutions ont été évoquées lors des entretiens, certaines potentiellement difficiles à mettre en œuvre comme la création d'une sorte d'annuaire de praticiens « TDS *friendly* ». D'autres au contraire sont peut-être plus facilement réalisables,

comme la réalisation de consultation PrEP dans le cadre rassurant des locaux associatifs de travailleuse du sexe ou des associations venant en aide aux migrants (comme ce qui existe déjà pour les HSH) par exemple avec AIDES Marseille.

En pratique, sur le bassin grenoblois, il serait intéressant de développer ce genre de consultation avec l'Amicale du Nid, AIDES ou encore l'ADATE. Le relais des médecins généralistes semble essentiel pour mettre en œuvre ce type d'action, d'autant plus facilité par l'autorisation récente de la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville donnée par l'HAS. Il semble plus difficile de développer un tel programme d'emblée à l'échelle nationale devant un réseau d'association de TDS moins étoffé qu'AIDES par exemple.

### **Le médicament en lui-même**

Un des éléments majeurs d'amélioration de l'accès à la PrEP, de son observance et garant de son efficacité est la modification de la modalité de prise du traitement. Lors des entretiens, l'hypothèse testée d'un traitement injectable retard fait l'objet d'un plébiscite de la part des personnes interrogées. L'utilisation du Cabotégravir retard en PrEP pourrait être un levier majeur de l'adhésion au traitement. Cela a été mis en exergue par l'étude HPTN 084 démontrant la supériorité de la PrEP par Cabotégravir à action prolongée toutes les huit semaines comparé à la prise quotidienne en comprimé par Emtricitabine/Ténofovir (71). Cette étude a inclus 3223 femmes dans sept pays d'Afrique, et montré une réduction du risque d'infection de près de 90% par rapport à la PrEP par Emtricitabine/Ténofovir, motivant une levée prématurée de l'aveugle par le comité d'éthique afin de faire bénéficier de ce nouveau moyen de prévention à l'ensemble des femmes. Outre l'amélioration de l'observance et donc de l'efficacité, la forme injectable retard peut constituer un déclic dans la volonté de débiter les démarches en vue de la mise en place de la PrEP car perçue comme moins contraignante et non comme une « charge mentale » supplémentaire. Cette notion de déclic est retrouvée lors de

quelques entretiens comme étant un élément majeur dans l'accès à ce traitement. Cela peut s'expliquer par une moindre contrainte mais aussi par le concept d'efficacité personnelle qui désigne les croyances d'un individu à ses propres capacités d'actions de mise en œuvre d'un traitement. Ce sentiment à un effet direct sur la capacité à mettre en œuvre un traitement et à maintenir les efforts nécessaires en vue de réaliser ses objectifs. En d'autres termes, les individus qui doutent de leur capacité à maintenir une observance diminuent leurs efforts et abandonnent facilement voire, à l'extrême, évite cette hypothétique situation d'échec en refusant le traitement (61). Il serait donc intéressant de mettre en œuvre une étude complémentaire du rôle de la PrEP par Cabotégravir comme facteur facilitant.

## Limites de l'étude

---

### L'échantillon

L'échantillon est de seize entretiens. Bien que le choix des personnes interrogées balaye plusieurs des profils de la prostitution (*escorting*, primo-arrivante, prostitution de rue) il a été impossible de couvrir l'ensemble du panel prostitutionnel. Notamment il aurait été intéressant d'interviewer des femmes jeunes ayant récemment débuté cette activité. Par ailleurs bien que nous ayons réalisé une maraude virtuelle sur la plupart des sites de rencontres, une seule personne a accepté l'entretien. Elle pratiquait par ailleurs l'*escorting* et non une prostitution de rue.

### Des biais de recrutement

Il existe plusieurs biais de recrutement dans cette étude. Du fait de la situation sanitaire particulière liée au SARS-Cov-19, les recrutements se sont déroulés sur un an et demi avec possiblement une modification de la population en situation de prostitution : il s'agit en effet d'une population très mobile.

Par ailleurs un dédommagement de trente euros pour l'entretien était prévu lors de l'étude, cela pouvant inciter les personnes à répondre au-delà de l'intérêt porté à la PrEP en elle-même. A l'autre bout du spectre, certaines personnes interrogées étaient soit déjà sous PrEP soit militantes dans des associations de femme en situation de prostitution, donc déjà sensibilisées à la PrEP.

### **Des biais de confusion**

On retrouve également de possible biais de confusion, notamment du fait de l'intervalle long de la réalisation des entretiens : certaines femmes ont bénéficié plusieurs fois de la présentation de la PrEP à différents moments avant d'être interrogées.

### **Des biais d'investigation**

Pour les personnes en situation irrégulière ou ayant entamé une demande d'asile il est difficile de juger la sincérité complète de leurs propos. En effet bien que le doctorant ait été présenté comme médecin et introduit par les travailleurs sociaux, sa position peut être associée à une forme de statut officiel pouvant influencer sur leur demande d'asile. Par ailleurs il existe aussi probablement une perception du médecin comme une figure d'autorité parmi les femmes d'Afrique subsaharienne, qui peut-être n'osent pas contredire un médecin.

### **Des biais d'interprétation**

L'analyse de la partie qualitative n'a été réalisée que par une seule personne également enquêteur principal. On note une absence de triangulation qui aurait pu renforcer la validité des résultats.

### **Biais déclaratif**

Il existe également un risque de biais déclaratif, notamment sur les notions de prise de risque et d'observance potentielle à un traitement per os quotidien par une sous-estimation du risque et une sur-évaluation de la capacité à être observant.

# CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Guillaume DEBLAISE

TITRE :

Facteurs renforçant et limitant le recours à la PrEP des femmes en situation de prostitution de l'arc alpin

CONCLUSION :

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil à part entière dans la prévention de l'infection par le VIH depuis quelques années. Ce mode de prévention initialement porté par la communauté HSH reste limité chez les femmes en situation de prostitution en France : en effet, sur près de 24 000 personnes prenant régulièrement la PrEP en 2020 en France, seulement 300 étaient des femmes (toutes indications confondues).

Face à ce constat, nous avons mené un travail pour comprendre comment des personnes en situation de prostitution se positionnent face à ce mode de prévention, et quels seraient les facteurs limitants et favorisant l'accès à la PrEP. Il s'agit d'une étude exploratoire qualitative qui a reposé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de seize femmes en situation de prostitution entre septembre 2020 et octobre 2021.

Les profils de ces personnes reflètent ceux qui sont présents dans les données de la littérature. Nos entretiens nous ont permis de mettre en lumière une tendance entre des facteurs de fragilité d'ordre administrative et financière d'une part et la prise de risque lors de la pratique prostitutionnelle d'autre part. Parmi les facteurs limitants l'accès à la PrEP, la peur du jugement porté par les acteurs du monde médical et le manque de visibilité de la PrEP auprès des femmes en situation de prostitution limitent particulièrement l'accès à ce moyen de prévention. Parmi les principaux facteurs favorisant, on identifie des sentiments forts de protection de son corps et de ses proches ainsi qu'un moyen de diminuer la crainte de l'infection par le VIH.

Ces entretiens permettent d'identifier des éléments permettant d'améliorer l'accès à la PrEP chez les femmes en situation de prostitution ; ils résident dans l'adaptation de la communication aux différentes populations cibles, et leurs inclusions dans des actions de santé communautaires, et aussi par le mode d'administration de la PrEP dont la forme retard injectable faciliterait l'entrée dans une démarche d'un traitement par PrEP. A ce titre une étude évaluant la faisabilité et l'amélioration de l'accès à la PrEP par Cabotégravir se justifie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 12.02.2022

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président  
et par délégation

Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

CHU Grenoble Alpes  
Médecine et Santé au Travail  
Pr V. BONNETERRE  
Chef de Service - RPPS 1040 313 1199  
CS 10217 - 38043 GRENOBLE cedex 9

Pr. Vincent BONNETERRE

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Chiffres du VIH en France : L'impact de la PrEP [Internet]. vih.org. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/dossier/chiffres-du-vih-en-france-limpact-de-la-prep/>
2. Wertheim JO, Worobey M. Dating the age of the SIV lineages that gave rise to HIV-1 and HIV-2. PLoS Comput Biol. mai 2009;5(5):e1000377.
3. Pneumocystis Pneumonia -- Los Angeles [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/lmrk077.htm>
4. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 20 mai 1983;220(4599):868-71.
5. Act Up-Paris | Principes de Denver [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <http://site-2003-2017.actupparis.org/spip.php?mot1373>
6. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Accelerating access initiative: widening access to care and support for people living with HIV/AIDS : progress report, June 2002. Geneva, Switzerland: World Health Organization : UNAIDS; 2002.
7. Sondage Ifop – Les jeunes, l'information et la prévention du sida : dégradation continue des connaissances, amplifiée par la crise de la Covid-19 [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://presse.sidaction.org/communiqu/208484/Sondage-Ifop-Les-jeunes-l-information-prevention-du-sida-degradation-continue-connaissances-amplifiee-par-crise-de-Covid-19>
8. UNAIDS\_FactSheet\_fr.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf)
9. Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

10. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH [Internet]. EPI-PHARE. 2020 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2020/>
11. ANRS\_RapportEpidemiologieVIH2013\_2018\_EN.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.anrs.fr/sites/default/files/2020-07/ANRS\\_RapportEpidemiologieVIH2013\\_2018\\_EN.pdf](https://www.anrs.fr/sites/default/files/2020-07/ANRS_RapportEpidemiologieVIH2013_2018_EN.pdf)
12. UNAIDS data 2020 [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaid-data>
13. Masson E. Immunité innée et adaptative du tractus génital féminin [Internet]. EM-Consulte. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/761357/immunite-innee-et-adaptative-du-tractus-genital-fe>
14. Galvin SR, Cohen MS. The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. *Nat Rev Microbiol.* janv 2004;2(1):33-42.
15. Bomsel M. Premières étapes de la transmission du VIH à travers les muqueuses. *Virologie.* 7 nov 2002;6(5):363-78.
16. Sodora DL, Gettie A, Miller CJ, Marx PA. Vaginal transmission of SIV: assessing infectivity and hormonal influences in macaques inoculated with cell-free and cell-associated viral stocks. *AIDS Res Hum Retroviruses.* avr 1998;14 Suppl 1:S119-123.
17. Butler DM, Delpont W, Kosakovsky Pond SL, Lakdawala MK, Cheng PM, Little SJ, et al. The Origins of Sexually Transmitted HIV Among Men Who Have Sex with Men. *Sci Transl Med.* 10 févr 2010;2(18):18re1.
18. Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. *J Exp Med.* 1 janv 1996;183(1):215-25.
19. Veazey RS, Marx PA, Lackner AA. The mucosal immune system: primary target for

HIV infection and AIDS. *Trends Immunol.* nov 2001;22(11):626-33.

20. Mehandru S, Poles MA, Tenner-Racz K, Horowitz A, Hurley A, Hogan C, et al. Primary HIV-1 infection is associated with preferential depletion of CD4+ T lymphocytes from effector sites in the gastrointestinal tract. *J Exp Med.* 20 sept 2004;200(6):761-70.
21. Shaw GM, Hunter E. HIV transmission. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 1 nov 2012;2(11):a006965.
22. Chun TW, Engel D, Berrey MM, Shea T, Corey L, Fauci AS. Early establishment of a pool of latently infected, resting CD4(+) T cells during primary HIV-1 infection. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 21 juill 1998;95(15):8869-73.
23. Persaud D, Zhou Y, Siliciano JM, Siliciano RF. Latency in Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection: No Easy Answers. *J Virol.* févr 2003;77(3):1659-65.
24. Tokars JI, Marcus R, Culver DH, Schable CA, McKibben PS, Bandea CI, et al. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. The CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group. *Ann Intern Med.* 15 juin 1993;118(12):913-9.
25. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Curr Opin HIV AIDS.* mars 2012;7(2):99-105.
26. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 12 juill 2016;316(2):171-81.
27. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet.* 15 juin 2019;393(10189):2428-38.

28. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
29. Tsai CC, Follis KE, Sabo A, Beck TW, Grant RF, Bischofberger N, et al. Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl)adenine. *Science*. 17 nov 1995;270(5239):1197-9.
30. García-Lerma JG, Otten RA, Qari SH, Jackson E, Cong M-E, Masciotra S, et al. Prevention of rectal SHIV transmission in macaques by daily or intermittent prophylaxis with emtricitabine and tenofovir. *PLoS Med*. févr 2008;5(2):e28.
31. Résumé des caractéristiques du produit - TENOFOVIR DISOPROXIL EG 245 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61425934&typedoc=R>
32. [emtriva-epar-product-information\\_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/emtriva-epar-product-information_fr.pdf) [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/emtriva-epar-product-information\\_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/emtriva-epar-product-information_fr.pdf)
33. Patterson KB, Prince HA, Kraft E, Jenkins AJ, Shaheen NJ, Rooney JF, et al. Penetration of Tenofovir and Emtricitabine in Mucosal Tissues: Implications for Prevention of HIV-1 Transmission. *Sci Transl Med*. 7 déc 2011;3(112):112re4.
34. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ». 2018;46.
35. Radzio J, Aung W, Holder A, Martin A, Sweeney E, Mitchell J, et al. Prevention of vaginal SHIV transmission in macaques by a coitally-dependent Truvada regimen. *PloS One*. 2012;7(12):e50632.
36. Subbarao S, Otten RA, Ramos A, Kim C, Jackson E, Monsour M, et al.

Chemoprophylaxis with tenofovir disoproxil fumarate provided partial protection against infection with simian human immunodeficiency virus in macaques given multiple virus challenges. *J Infect Dis.* 1 oct 2006;194(7):904-11.

37. Martin JN, Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Bamberger JD, Kohn RP, et al. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. *AIDS Lond Engl.* 26 mars 2004;18(5):787-92.

38. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis.* sept 2014;14(9):820-9.

39. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, et al. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women. *Science.* 3 sept 2010;329(5996):1168-74.

40. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet.* 2 janv 2016;387(10013):53-60.

41. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1506273>. Massachusetts Medical Society; 2015 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1506273>

42. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med.* 2 août 2012;367(5):399-410.

43. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N*

Engl J Med. 2 août 2012;367(5):423-34.

44. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med.* 2 août 2012;367(5):411-22.

45. Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodini N, Nair G, et al. Tenofovir-Based Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med.* 5 févr 2015;372(6):509-18.

46. RTU\_Truvada\_argumentaire\_11\_2015.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: [https://news.utip.fr/newsletter/2015/07\\_12/RTU\\_Truvada\\_argumentaire\\_11\\_2015.pdf](https://news.utip.fr/newsletter/2015/07_12/RTU_Truvada_argumentaire_11_2015.pdf)

47. CT-15663\_TRUVADA\_PIC\_INS\_AvisPostAud\_CT15663.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15663\\_TRUVADA\\_PIC\\_INS\\_AvisPostAud\\_CT15663.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15663_TRUVADA_PIC_INS_AvisPostAud_CT15663.pdf)

48. Laëtitia G. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. 2021;17.

49. Guide Prep 2021 - Français [Internet]. calameo.com. [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/aides/read/0062255000aa42fef48d6>

50. Laurent De Sutter, Agnes Maupre. Histoire de la prostitution. Le Lombard. Bruxelles: DARGAUD-LOMBARD S.A.; 2016. (La petite bibliothèque des savoirs; vol. 10).

51. Athénée. Les deipnosophistes. Les belles lettres. paris; 1956. 384 p.

52. Alain Corbin. Les Filles de noce misère sexuelle et prostitution, XIXe et XXe siècles. Flammarion. 2015. (Champs histoire).

53. Parent-Duchâtelet A-J-B (1790-1836) A du texte. De la prostitution dans la ville de Paris : considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration... ; suivi d'un Précis hygiénique, statistique et administratif sur la prostitution dans les principales villes de l'Europe. [Volume 2] / par A.-J.-B. Parent-Duchâtelet,... ; [précédé d'une notice

historique sur l'auteur, par le Dr François Leuret] ; complété par des documents nouveaux et des notes par [Adolphe] Trébuchet,... et Poirat-Duval,... [Internet]. 1857 [cité 1 févr 2022].

Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k86377g>

54. Journal officiel [Internet]. code pénal (ancien), article R34 déc 24, 1958. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006490543/1958-12-24/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490543/1958-12-24/)

55. rapport\_renfort\_lutte\_systeme\_prostitutionnel.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2021].

Disponible sur:

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rapport\\_renfort\\_lutte\\_systeme\\_prostitutionnel.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_renfort_lutte_systeme_prostitutionnel.pdf)

56. Rapport sur la Traite des Personnes en France - 2019 [Internet]. [cité 23 nov 2021].

Disponible sur: [https://fr.usembassy.gov/wp-](https://fr.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/50/UPD_US_EMBASSY_France_-_2019_TIP_Report_Country_Narrative_-_FINAL403ae2.pdf)

[content/uploads/sites/50/UPD\\_US\\_EMBASSY\\_France\\_-\\_2019\\_TIP\\_Report\\_Country\\_Narrative\\_-\\_FINAL403ae2.pdf](https://fr.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/50/UPD_US_EMBASSY_France_-_2019_TIP_Report_Country_Narrative_-_FINAL403ae2.pdf)

57. Clémence T. Etat de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et facteur de vulnérabilité sanitaire. HAS Serv Éval Économique Santé Publique. 2016;154.

58. Lavaud-Legendre B. Les femmes soumises à la traite des êtres humains adhérent-elles à l'exploitation ? Une mauvaise formulation pour un vrai problème. Étude réalisée auprès de Nigérianes sexuellement exploitées en France. Arch Polit Criminelle. 6 déc 2012;34(1):103-21.

59. cpfr21-96.09.12-Services des hôtessees | Insee [Internet]. [cité 17 janv 2022].

Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cpfr21/sousCategorie/96.09.12?champRecherche=false>

60. Zimmerman C, Watts C. Risks and responsibilities: guidelines for interviewing trafficked women. Lancet Lond Engl. 14 févr 2004;363(9408):565.

61. Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au

traitement médicamenteux: modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien -

Application aux patients diabétiques de type 2 -. :362.

62. Nigro G, Angelini G, Grosso SB, Caula G, Sategna-Guidetti C. Psychiatric predictors of noncompliance in inflammatory bowel disease: psychiatry and compliance. *J Clin Gastroenterol.* janv 2001;32(1):66-8.

63. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966;80(1):1-28.

64. Betegnie A-L, Lehmann A, Baudrant M, Roustit M, Bedouch P, Grange L, et al. Adhésion aux biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires : identifier les leviers pour mieux accompagner le patient. *Rev Rhum.* déc 2014;81(6):472-7.

65. Hansson Scherman M, Löwhagen O. Drug compliance and identity: reasons for non-compliance. Experiences of medication from persons with asthma/allergy. *Patient Educ Couns.* juill 2004;54(1):3-9.

66. Section 2 : Du proxénétisme et des infractions qui en résultent (Articles 225-5 à 225-12) - Légifrance [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165301/>

67. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care.* oct 2005;28(10):2543-5.

68. Tabard R. Religions et cultures traditionnelles africaines. *Rev Sci Relig.* 30 juin 2010;(84/2):191-205.

69. Giroux C. Utilisation du réseau Facebook dans une campagne de prévention pour jeunes adolescents : analyse secondaire des données d'une étude postcampagne. *Commun Rev Commun Soc Publique.* 1 déc 2013;(10):127-46.

70. Motamed S. Resumen. *Inf Psychiatr.* 15 sept 2015;91(7):563-7.
71. Tolley EE, Li S, Zangeneh SZ, Atujuna M, Musara P, Justman J, et al. Acceptability of a long-acting injectable HIV prevention product among US and African women: findings from a phase 2 clinical Trial (HPTN 076). *J Int AIDS Soc.* oct 2019;22(10):e25408.

## ANNEXES

---

### Annexe I : grille d'interrogatoire

---

#### 1- Données socio-démographiques :

##### Administratives :

Pays d'origine :

Date d'arrivée en France si d'origine étrangère :

Situation administrative :

- Irrégulière
- demande d'asile
- titre de séjour
- nationalité française

Couverture médicale :

- AME
- CMU/CMUC
- ACS
- Sécu + Mutuelle

Logement :

- Personnel
- Hébergé par un 1/3
- Hôtel
- Logement social
- Foyer d'accueil
- Hébergement d'urgence
- Sans domicile

Niveau d'étude :

- Primaire
- Brevet ou équivalent
- Bac ou équivalent
- Supérieures

Maîtrise du français : OUI / NON

### **Médicales**

Dernier dépistage VIH :

Dernier dépistage IST :

Vaccination :

Suivi gynécologique : OUI / NON

Dernière consultation :

Contraception :

Nombre de contact médicale par an :

ATCD d'IST :

### **Pratiques**

Depuis combien de temps pratiquez-vous cette activité :

Fréquence de travail :

- Quotidien
- Hebdomadaire
- Mensuel
- Occasionnel

lieu :

- Indoor : appartement, hôtel, bar, salon de massage...
- Dans la rue
- Domicile personnel
- Domicile client

Mode prostitutionnel :

- Rue
- Internet
- Escorting

Organisation :

- Réseau
- Pas de réseau / indépendant
- Ne se prononce pas

Évaluation du risque

Nombre de rapport vaginal ou anal sans préservatif dans les 6 derniers mois (craquage de capote, rapport non protégé) :

Avez-vous déjà consulté un médecin après un rapport sans préservatif ? OUI / NON

Avez-vous déjà pris un traitement contre le VIH après un rapport sans préservatif : OUI / NON

- Si oui Nombre de fois dans les 12 derniers mois :

Clients :

Quelle proportion de client selon vous demande des relations non protégées ?

Comment cela se passe en pratique pour refuser quand un client vous demande un rapport non protégé ?

Source principale de revenu :

**2- PReP et VIH :**

VIH

Connaissez-vous le VIH ? OUI / NON

Si oui : qu'est-ce que vous pouvez me dire sur le VIH en quelques mots

Comment attrape-t-on le VIH ?

- Est-ce que vous redoutez d'avoir le VIH ? OUI / NON
  - Si oui : vous y pensez ?
    - tous les jours
    - souvent dans le mois,
    - de temps en temps,
    - jamais

PrEP

Avez-vous déjà entendu parler de la PrEP ? OUI / NON

Si oui :

- qu'est-ce que vous connaissez de la PrEP ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant la PrEP ?
- Avez-vous déjà pris la PrEP ?

Est-ce qu'on vous a déjà proposé la PrEP ? OUI / NON

Si oui quand :

Qui vous en a parlé :

Explication sur la PrEP : médicament qui protège contre le VIH en prenant un comprimé tous les jours.

Explications sur le suivi médical

Si demande rassurer sur les effets indésirables

Maintenant que vous savez comment fonctionne la PrEP je vais vous poser quelques questions sur votre ressenti ou ce que vous pensez par rapport à la PrEP :

- *Comment vous ressentez le fait de prendre un médicament / produit chimique tous les jours ?*
- *Que pensez-vous de prendre en pratique un comprimé tous les jours ?*
- *Que représente pour vous le regard des autres si vous prenez un comprimé tous les jours ?*
- *Que représente pour vous le fait d'aller voir le médecin tous les 3 mois ?*
- *Que représente pour vous le fait de faire une prise de sang tous les 3 mois ?*
- *Pensez-vous que des temps d'accompagnement/ de parole en groupe/individuel faciliteraient la prise de la PrEP ?*
- *Qu'est-ce qui vous déciderait à prendre la PrEP ?*
- *Qu'est-ce qui vous déciderait à ne pas prendre la PrEP ?*
- *Quels sont les difficultés et obstacles à prendre la PrEP pour vous personnellement ?*  
*(réponses libres)*
  - Questions orientant :
    - *Quelles sont les difficultés et obstacles pour vous d'aller chez le médecin ou à la pharmacie ? (crainte de la police ou autre chose)*
    - *D'autres priorités pour l'instant ?*
      - *Si oui lesquelles*
- *Qu'est-ce qui vous permettrait de prendre plus facilement la PrEP ?*
  - *Que pensez-vous de prendre le médicament sous une autre forme (injection) 1 fois par mois ? Cela vous ferait-il changer d'avis ?*

- Quels sont vos idées pour faciliter / améliorer l'accès / la prise de la PrEP ?
  
- Conseillerez-vous la PrEP à des connaissances / autour de vous ?
  - o Si oui : que diriez-vous à vos connaissances pour les convaincre / leur parler de la PrEP ?
  - o Si non : que diriez-vous à vos connaissances pour les dissuader / leur parler de la PrEP ?
  
- Est-ce que vous pensez que cela changerait vos pratiques ?
  
- En quoi la PrEP changerait ou ne changerait pas vos pratiques ?

Après toute ces questions sur la PrEP seriez-vous prête à la prendre ?

OUI / NON

Souhaitez-vous prendre la PrEP ? Souhaitez-vous prendre rendez-vous avec un médecin pour commencer la PrEP ?



Référence CNIL :

2219087 v 0

## Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 23 août 2020

Monsieur Guillaume DEBLAISE

39 RUE DE L'ÉVENTAIL  
72100 LE MANS

### ORGANISME DÉCLARANT

<b>Nom :</b>	Monsieur DEBLAISE Guillaume	<b>N° SIREN/SIRET :</b>	
<b>Service :</b>		<b>Code NAF ou APE :</b>	
<b>Adresse :</b>	39 RUE DE L'ÉVENTAIL	<b>Tél. :</b>	0672611912
<b>CP :</b>	72100	<b>Fax. :</b>	
<b>Ville :</b>	LE MANS		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 24 août 2020

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*